



BERICHT AUS LEHRE UND FORSCHUNG

Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige – Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer*innenorientierter Versorgungskonzepte

Prof. Dr. PH Norbert Seidl
Prof. Dr. PH Christa Büker
Prof. Dr. phil. Änne-Dörte Latteck
Martina Brinker, M. Sc.
Nele Buschsieweke, M. Sc.
Alexandra Hirschmann, M. Sc.
Matthias Voß, M. A.

Dezember 2023

<https://doi.org/10.57720/4593>



Dieses Dokument steht unter einer [CC BY-4.0 Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



Institut für Bildungs-
und Versorgungsforschung
im Gesundheitsbereich

Berichte aus Lehre und Forschung

Nr. 55

Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige – Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer*innenorientierter Versorgungskonzepte

Herausgeber

Hochschule Bielefeld
Fachbereich Gesundheit
InBVG – Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung
im Gesundheitsbereich

Projektförderung



Copyright

Hochschule Bielefeld, Dezember 2023

Prof. Dr. PH Norbert Seidl
Prof. Dr. PH Christa Büker
Prof. Dr. phil. Änne-Dörte Latteck
Martina Brinker, M. Sc.
Nele Buschsieweke, M. Sc.
Alexandra Hirschmann, M. Sc.
Matthias Voß, M. A.

ISSN 1433-4461
<https://doi.org/10.57720/4593>



Dieses Dokument steht unter einer [CC BY-4.0 Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

ZUSAMMENFASSUNG

Die Zahl der pflegebedürftigen Personen in Deutschland ist stark angestiegen. Pflegende Angehörige sind eine tragende Säule in der Pflege, doch ihre Belastungen sind enorm. Sie leiden unter gesundheitlichen Einschränkungen und psychischer Belastung und die Pflegesituation beeinträchtigt ihr Sozialleben, ihre Beziehung zu der pflegebedürftigen Person und ihre finanzielle Situation.

Das Verbundvorhaben „Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige – PuRpA“ wurde ins Leben gerufen, um wissenschaftliche und praxisorientierte Rahmenkonzepte für die stationäre Vorsorge- und Rehabilitation, Begleitangebote für pflegebedürftige Personen und sektorenübergreifendes Case Management für pflegende Angehörige zu entwickeln. Gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW von September 2020 bis Dezember 2023, wurde das Verbundvorhaben von der AW Kur und Erholungs GmbH sowie dem Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. getragen, während die Hochschule Bielefeld (HSBI) die wissenschaftliche Begleitung übernahm.

Die Ziele umfassten neben der Entwicklung auch die Erprobung dieser Konzepte in kooperierenden Vorsorge- und Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen und Beratungsstellen in Nordrhein-Westfalen. Die Projekte sollten finalisierte und validierte Rahmenkonzepte hervorbringen, die deutschlandweit von Einrichtungen der stationären Vorsorge und Rehabilitation sowie Pflegeeinrichtungen genutzt werden können.

Der vorliegende Bericht skizziert das Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung der drei Modellprojekte hinsichtlich der Konzeptentwicklung, die sich vor allem auf Scoping Reviews und Fokusgruppen stützte. Schwerpunktartig werden das Vorgehen und die Ergebnisse der Validierung der Rahmenkonzepte beschrieben.

Die wissenschaftliche Begleitung der drei Modellkonzepte orientierte sich am Modell des Medical Research Councils (MRC), welches zur wissenschaftlichen Begleitung von Entwicklungs- und Evaluationsprozessen komplexer Interventionen konzipiert wurde. Die wissenschaftliche Begleitung basierte auf einem Mixed-Methods-Design, d. h., die Konzepte wurden jeweils mit einer Kombination aus quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden validiert.

In der Projektlaufzeit konnte gezeigt werden, dass die pflegenden Angehörigen, die an der Erprobung teilgenommen haben, weitestgehend positive Erfahrungen mit den entwickelten Konzepten gemacht haben und dass die ambulanten und stationären Maßnahmen in vorhandene Strukturen integriert werden können.

Zusätzlich wurde auf Basis der Ergebnisse ein übergeordnetes Modell entwickelt, welches Konsequenzen für eine zielgruppenadäquate Gestaltung von Unterstützungsangeboten aufzeigt und so einen Rahmen für die zukünftige Entwicklung solcher Angebote bieten soll. Es beschreibt Nutzer*innenorientierung im Kontext pflegender Angehöriger und pflegebedürftiger Personen und beinhaltet eine grafische Darstellung des Modells.

Abschließend wurden anhand der Ergebnisse Implikationen für die nutzer*innenorientierte Versorgung pflegender Angehöriger und pflegebedürftiger Personen abgeleitet, die die Herausforderungen für Vorsorge- und Rehabilitations-, aber auch Pflegeeinrichtungen sowie lokale Standorte berücksichtigen. Gleichzeitig werden politische und gesellschaftliche Forderungen gestellt.

Im Verbundvorhaben wurde der erhebliche Unterstützungsbedarf der Zielgruppe pflegender Angehöriger bestätigt. Es bedarf daher dringend flächendeckender und nachhaltiger Maßnahmen, die darauf abzielen, die Gesundheit dieser Gruppe zu fördern und ihre Pflegefähigkeit zu stärken. Die durch die AW Kur und Erholungs GmbH und den Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. entwickelten Rahmenkonzepte, welche [hier](#) öffentlich zugänglich sind, sollen die Entwicklung solcher Angebote unterstützen.

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung	3
Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	9
1. Einleitung	11
2. Hintergrund	14
2.1 Pflegende Angehörige	14
2.2 Pflegebedürftige	15
2.3 Belastungen pflegender Angehöriger	16
2.4 Literatur	17
3. Methodischer Überbau	19
3.1 Medical Research Council Guidance – MRC-Modell	20
3.2 Nutzer*innenorientierung	21
3.3 Konzeptentwicklung und Validierung I	22
3.4 Konzepterprobung und Validierung II	24
3.4.1 Fragebogenerhebungen	24
3.4.2 Leitfadengestützte Interviews	25
3.4.3 Ergänzende Schritte zur Validierung	27
3.5 Literatur	28
4. Modellprojekt: „Konzeptentwicklung Stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“	30
4.1 Projektbeschreibung	30
4.2 Zielsetzung und Fragestellung	30
4.3 Konzeptentwicklung	32
4.4 Konzeptvalidierung	43
4.4.1 Methodisches Vorgehen	43
4.4.2 Ergebnisse	48
4.4.2.1 Stichprobenbeschreibung	48
4.4.2.2 Zugang	52
4.4.2.3 Gestaltung des Aufenthaltes	59
4.4.2.4 Therapeutisches Angebot	64
4.4.2.5 Nachhaltigkeit und subjektiver Nutzen	79
4.4.2.6 Abschließende Bewertung	95
4.5 Diskussion	97
4.6 Fazit	102
4.7 Literatur	104

5.	Modellprojekt: „Konzeptentwicklung Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen“	106
5.1	Projektbeschreibung	106
5.2	Zielsetzung und Fragestellung	107
5.3	Konzeptentwicklung	109
5.4	Konzeptvalidierung	118
5.4.1	Methodisches Vorgehen	118
5.4.2	Ergebnisse	122
5.4.2.1	Stichprobenbeschreibung	122
5.4.2.2	Zugang zu Begleitangeboten (Gelingensbedingungen)	125
5.4.2.3	Gelingensbedingungen für ein nutzer*innenorientiertes Begleitangebot	130
5.4.2.4	Gelingensbedingungen für nutzer*innenorientierte Tandem- bzw. Interaktionsangebote	142
5.4.2.5	Gelingensbedingungen der Kontextfaktoren	151
5.4.2.6	Subjektive Bewertung und Nutzen eines gemeinsamen Aufenthaltes	153
5.5	Diskussion	161
5.6	Fazit	167
5.7	Literatur	168
6.	Modellprojekt: „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“	171
6.1	Projektbeschreibung	171
6.2	Zielsetzung und Fragestellung	173
6.3	Konzeptentwicklung	174
6.3.1	Scoping Review	174
6.3.2	Fokusgruppen	179
6.4	Validierung	180
6.4.1	Methodik	180
6.4.2	Ergebnisse	182
6.4.2.1	Stichprobenbeschreibung	183
6.4.2.2	Zugang	185
6.4.2.3	Organisation	185
6.4.2.4	Durchführung	186
6.4.2.5	Bewertung	193
6.4.2.6	Herausforderungen bei der Umsetzung (CMpA-Interviews)	200
6.4.2.7	Gelingensbedingungen	201
6.5	Diskussion	202
6.6	Fazit	207
6.7	Literatur	209
7.	Konsequenzen für eine nutzer*innenorientierte Gestaltung von Unterstützungsangeboten	212
8.	Implikationen	216
Anhang		218

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Suchstrategie: Modellprojekt Stationäre Vorsorge und Rehabilitation	33
Tab. 2: Bedarfe pflegender Angehöriger hinsichtlich stationärer Vorsorge und Rehabilitation	36
Tab. 3: Spektrum kooperierender Vorsorge- und Rehabilitationskliniken.....	43
Tab. 4: Interpretation des HPS-k-Summenwertes (DEGAM, 2014, S. 89).....	46
Tab. 5: Datenaufbereitung: Bereinigte Stichproben	47
Tab. 6: Stichprobenbeschreibung: Fragebogenerhebung zum Zeitpunkt t0	49
Tab. 7: Stichprobenbeschreibung: Qualitative Interviews nach der stationären Maßnahme	50
Tab. 8: Selbstwirksamkeit, Belastungen und Lebensqualität pflegender Angehöriger.....	80
Tab. 9: Suchbegriffe/Literaturrecherche Datenbank PubMed	110
Tab. 10: Zusammenfassung der Bedarfe und Gelingensbedingungen pflegebedürftiger Personen und pflegender Angehöriger hinsichtlich eines Begleitangebots mit Interventionen zur Verbesserung der Beziehung/Interaktion	114
Tab. 11: Soziodemografische Beschreibung der t0-Stichprobe	123
Tab. 12: Stichprobenbeschreibung der Interviewteilnehmer*innen/pflegende Angehörige	124
Tab. 13: Stichprobenbeschreibung der Interviewteilnehmer*innen/pflegebedürftige Personen....	125
Tab. 14: Ergebnisse des Assessments - Summenskalen zu den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Selbstversorgung	156
Tab. 15: Ergebnisse des SCQ (t0/t1)	157
Tab. 16: Ergebnisse des SF-12 (t0/t1)	160
Tab. 17: sekundäre Forschungsfragen der Interviews mit Case Manager*innen für pflegende Angehörige.....	173
Tab. 18: Beispiel Suchstrategie	174
Tab. 19: Soziodemografische Daten der Interviewteilnehmenden (n = 3)	183
Tab. 20: F-SozU Vorher-nachher Analyse auf Einzelfallbasis (n = 10 von 11)	198
Tab. 21: Wohlbefinden zu t0 und t1 (n = 10 von 11)	199
Tab. 22: Gelingensbedingungen aus Nutzer*innenperspektive nach Kategorie.....	201

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart (Destatis, 2022).....	15
Abb. 2: Zeitlicher Ablauf: Wissenschaftliche Begleitung im Verbundvorhaben PuRpA.....	19
Abb. 3: Medical Research Council Guidance: Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (modifiziert nach Craig et al., 2008).....	21
Abb. 4: Schematischer Ablauf der Fragebogenerhebung.....	25
Abb. 5: Schritte der Fokussierten Interviewanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2020).....	26
Abb. 6: Flussdiagramm zur Studienauswahl nach Tricco et al., 2018.....	33
Abb. 7: Bewertungsskala der CSES-8.....	45
Abb. 8: Schaubild Kategorien von Gelingensbedingungen.....	48
Abb. 9: Wie wichtig war Ihnen das?: Informationen zu Unterbringungsmöglichkeiten der pflegebedürftigen Person.....	56
Abb. 10: Gelingensbedingungen: Zugang zu stationärer Vorsorge und Rehabilitation.....	58
Abb. 11: Wie wichtig war Ihnen das?: Zeitgleiche Anwesenheit anderer pflegender Angehöriger und Möglichkeiten, miteinander ins Gespräch zu kommen.....	60
Abb. 12: Gelingensbedingungen: Gestaltung des Aufenthaltes.....	63
Abb. 13: Wie wichtig war Ihnen das?: Erlernen von Selbstfürsorge, Möglichkeit, über Ängste und Sorgen zu sprechen, und Einzelgespräche mit Psycholog*innen.....	65
Abb. 14: Wie wichtig war Ihnen das?: Sozialberatung mit spezifischen Themen und Erläuterungen zu Unterstützung im Alltag.....	67
Abb. 15: Wie wichtig war Ihnen das?: Beispiele aus dem Alltag pflegender Angehöriger und Wissensvermittlung mit praktischen Beispielen und Übungen.....	69
Abb. 16: Wie wichtig war Ihnen das?: Kompetenz/Wissen der Mitarbeitenden hinsichtlich der Situation pflegender Angehöriger.....	76
Abb. 17: Gelingensbedingungen: therapeutisches Angebot.....	78
Abb. 18: Wie wichtig war Ihnen das?: Vorbereitung auf die Zeit nach der Maßnahme.....	80
Abb. 19: CSES-8: Einschätzung der Zuversichtlichkeit.....	81
Abb. 20: HPS-k: Belastungen durch die häusliche Pflege.....	82
Abb. 21: SF-12: Gesundheitsbezogene Lebensqualität pflegender Angehöriger in der Vorsorge...	83
Abb. 22: SF-12: Gesundheitsbezogene Lebensqualität pflegender Angehöriger in der Rehabilitation.....	83
Abb. 23: Komponenten subjektiven Nutzens stationärer Angebote.....	85
Abb. 24: Subjektiver Nutzen: Wahrnehmung eigener Bedürfnisse.....	86
Abb. 25: Subjektiver Nutzen: Unternehmen von Dingen, die Freude bereiten.....	86
Abb. 26: Subjektiver Nutzen: Bewegung im Alltag.....	88
Abb. 27: Subjektiver Nutzen: Anwendung von Entspannungstechniken.....	90

Abb. 28: Subjektiver Nutzen: Gelassenheit im Umgang mit der pflegebedürftigen Person.....	90
Abb. 29: Subjektiver Nutzen: Pflegen sozialer Kontakte	91
Abb. 30: Subjektiver Nutzen: Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen.....	92
Abb. 31: Subjektiver Nutzen: Aktive Suche nach Lösungen.....	92
Abb. 32: Gelingensbedingungen: Nachhaltigkeit und subjektiver Nutzen.....	95
Abb. 33: Abschließende Bewertung: Zufriedenheit mit dem Aufenthalt	96
Abb. 34: Flussdiagramm nach Elm et al. 2019	111
Abb. 35: Vorbereitung auf die Reha/Vorsorge: Wichtigkeit	128
Abb. 36: Gelingensbedingungen: Zugang zu Begleitangeboten.....	129
Abb. 37: Gelingensbedingungen: Angebote des Begleitangebotes	132
Abb. 38: Gelingensbedingungen: Betreuung/Versorgung im Rahmen des Begleitangebotes	137
Abb. 39: Gelingensbedingungen: Rahmenbedingungen des Begleitangebotes	140
Abb. 40: Gelingensbedingungen Begleitangebot	141
Abb. 41: Gründe gegen die Inanspruchnahme	142
Abb. 42: Gelingensbedingungen: Tandem-Angebote	146
Abb. 43: Gelingensbedingungen: Rahmenbedingungen der Tandem- bzw. Interaktionsangebote.....	147
Abb. 44: Gemeinsam genutzte Angebote	149
Abb. 45: Gelingensbedingungen: Verhältnis von Nähe und Distanz.....	149
Abb. 46: Gelingensbedingungen Tandem- bzw. Interaktionsangebote.....	150
Abb. 47: Gelingensbedingungen: Kontextfaktoren	153
Abb. 48: Bewertung Begleitangebot	153
Abb. 49: Selbstentwickelte Fragen nach Kaluza (2015)	158
Abb. 50: Gelingensbedingungen: Kontextfaktoren	161
Abb. 51: Übersicht zum Verlauf des Modellprojekts (eig. Darstellung).....	172
Abb. 52: Flussdiagramm zur Studienauswahl (eig. Abb. nach Tricco et al., 2018).....	175
Abb. 53: Themen des CMpA und wahrgenommene Veränderungen durch das CMpA	189
Abb. 54: t1-Freitextantworten – Was hat Ihnen besonders gut gefallen? (n = 11 von 11).....	195
Abb. 55: Wahrgenommene Wirkungstendenzen (n = 11 von 11).....	197
Abb. 56: Diagramm Alltagsübertragbarkeit t1 (n = 11 von 11)	198
Abb. 57: Übergeordnetes, mehrdimensionales Modell: Nutzer*innenorientierte Entlastung pflegender Angehöriger	213

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ASS	Assessment
AWO	Arbeiterwohlfahrt
CSES-8	Eight-Item Caregiver Self-Efficacy Scale
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.
Destatis	Statistisches Bundesamt
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
DGP	Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.
DSG NRW	Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HPS-k	Häusliche Pflege-Skala
HSBI	Hochschule Bielefeld
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KSK	Körperliche Summenskala (SF-12)
KZP	Kurzzeitpflege
MAXQDA	Programm zur qualitativen Datenanalyse
Md.	Median
MDK	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MRC	Medical Research Council
MW	Mittelwert
NBA	Neues Begutachtungsassessment
NRW	Nordrhein-Westfalen
PCC	Population, Concept, Context
PG	Pflegegrad
PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews
PSK	Psychische Summenskala (SF-12)
PuRpA	Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige
RCT	Randomisiert kontrollierte Studie
RKI	Robert Koch-Institut
SCQ	Sense of Competence
SD	Standardabweichung
SF-12	Short Form (Fragebogen zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität)

SGB	Sozialgesetzbuch
SIS	Strukturierte Informationssammlung
SPSS	Statistical Package für Social Sciences
SPSS-Prinzip	Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsummieren
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
t0/t1	Messzeitpunkt vor/nach der Maßnahme
TP	Tagespflege
TRAPD	Translation, Review, Adjudication, Pretest, Documentation
T-RENA	Trainingstherapeutische Rehabilitationsnachsorge
Z. n.	Zustand nach

1. EINLEITUNG

Die Zahl der pflegebedürftigen Personen in Deutschland ist in den letzten beiden Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2023). Im Jahr 2021 waren nach dem Pflegeversicherungsgesetz fast 5,0 Millionen Menschen pflegebedürftig (Destatis, 2022). 84 % hiervon wurden durch Angehörige versorgt, mehr als 3,1 Millionen pflegebedürftige Personen sogar ohne die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes. Pflegenden Angehörige stellen demnach die tragende Säule der pflegerischen Versorgung dar und werden zuweilen auch als „Deutschlands größter Pflegedienst“ bezeichnet (Robert Koch-Institut [RKI], 2015). Die Hauptverantwortung in der Pflege tragen überwiegend enge Familienangehörige (Bundesministerium für Gesundheit, 2011). Vorrangig übernehmen die eigenen Kinder oder der/die (Ehe-)Partner*in die Betreuung und Pflege. Sie übernehmen Tätigkeiten aus unterschiedlichen Bereichen wie Körperpflege, Ernährung und Mobilität, Betreuung, Haushaltsführung oder Organisation zusätzlicher Hilfe und Pflege. Häufig ist die Pflegesituation mit einer hohen emotionalen Belastung verbunden (Bohnet-Joschko & Bidenko, 2022). Ein Großteil der pflegenden Angehörigen ist gesundheitlich eingeschränkt und physisch sowie psychisch belastet (Bom et al., 2019; Janson et al., 2022). Pflegenden Angehörige in Deutschland weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf als Personen, die nicht pflegen (Rothgang & Müller, 2018). Dies zeigte sich z. B. in Bezug auf psychische Leiden. Rothgang & Müller (2018) gehen davon aus, dass bei pflegenden Angehörigen, die die Hauptpflege übernehmen, ein erhöhtes Depressionsrisiko besteht. Die Gesundheit der Pflegenden hat allerdings einen entscheidenden Einfluss darauf, ob die häusliche Pflege aufrechterhalten und die pflegebedürftige Person auch zukünftig zu Hause versorgt werden kann (Wang et al., 2022).

Um die häuslichen Pflegearrangements langfristig zu erhalten, ist es daher eine gesundheitspolitische Notwendigkeit, die Belastungen von pflegenden Angehörigen durch das Vorhalten von passenden Entlastungsangeboten zu reduzieren und ihre Gesundheit und Pflegefähigkeit zu stärken. Mit dem Pflege neu ausrichtungsgesetz hat der Gesetzgeber 2012 hierfür Anknüpfungspunkte geschaffen und den pflegenden Angehörigen den Zugang zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen erleichtert. Um Belastungen entgegenzuwirken, sehen die §§ 23 und 40 aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB) seitdem vor, dass die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen berücksichtigt werden. D. h. pflegende Angehörige haben bei entsprechender Indikation einen gesetzlichen Anspruch auf stationäre Vorsorge und Rehabilitation, die diese besondere Situation der häuslichen Pflege mit einbezieht. Die Inanspruchnahme der Maßnahme setzt allerdings die parallele Versorgung der pflegebedürftigen Person voraus. Im Falle der stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen bei einer gemeinsamen Unterbringung in derselben Einrichtung nach §40 SGB V einen gesetzlichen Anspruch auf die Finanzierung der Versorgung. Alternativ können die pflegebedürftigen Begleitpersonen gemäß § 42 SGB XI auch in einer Kurzzeitpflege in Ortsnähe der Vorsorge-/oder Rehabilitationsklinik oder am Heimatort untergebracht werden. Um die entsprechenden Leistungen gemäß der „doppelten Prozesskette“ zu organisieren, benötigen pflegende Angehörige häufig Unterstützung und Beratung. Geleistet werden kann diese Beratung in Form eines Case Managements, welches pflegende Angehörige vor und nach der Inanspruchnahme einer stationären Maßnahme begleitet und unterstützt. Im § 45 SGB XI sind zwar Leistungen für Pflegepersonen sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag definiert, bislang gibt es jedoch keine gesonderten rechtlichen Ansprüche für pflegende Angehörige im Bereich des Case Managements.

Die S3-Leitlinie „Pflegende Angehörige von Erwachsenen“ formuliert die stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz als Empfehlung (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. [DEGAM], 2018). Der Schaffung von individualisierten Rehabilitationsangeboten, die an den sich verändernden demografischen und gesellschaftlichen Bedingungen ausgerichtet sind, kommt in Zukunft besondere Bedeutung zu (Bengel & Mittag,

2020). Ein umfangreiches und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstelltes Gutachten zur Bestandsaufnahme der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige kommt zu dem Schluss, dass ein flächendeckendes Angebot für pflegende Angehörige in Deutschland bei Weitem nicht verfügbar ist (Hertle et al., 2014). Die bestehenden Angebote sollten daher an die Bedürfnisse pflegender Angehöriger angepasst werden, ein „eigener Reha-Zweig“ ist nicht erforderlich (Hertle et al., 2014, S. 74). Herausfordernd ist allerdings, dass einem großen Teil der Einrichtungen Erfahrungen und ein Konzept fehlen, um den besonderen Bedarfen pflegender Angehöriger gerecht zu werden – insbesondere in Bezug auf Begleitangebote und die Unterbringung der pflegebedürftigen Person (Sommer et al., 2021).

Vor diesem Hintergrund wurde das Verbundvorhaben „Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ (PuRpA) ins Leben gerufen. Das Verbundvorhaben besteht aus drei eigenständigen Modellprojekten und einem Querschnittsprojekt und wurde von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2023 gefördert. Projektträger sind die AW Kur und Erholungs GmbH und der Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V., als Projektpartner hat die Hochschule Bielefeld (HSBI) die wissenschaftliche Begleitung übernommen.

Die Projekte hatten zum Ziel, praxis- und wissenschaftsbasierte Rahmenkonzepte

- für die stationäre Vorsorge/Rehabilitation für pflegende Angehörige,
- für entsprechende Begleitangebote für die pflegebedürftigen Personen und
- für ein zugehendes, unterstützendes Case Management für pflegende Angehörige

zu entwickeln und in kooperierenden Vorsorge- und Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen und Beratungsstandorten in Nordrhein-Westfalen zu erproben. Als Projektträger übernahmen die AW Kur und Erholungs GmbH und der Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. die Konzeptentwicklungen. Am Ende der Projektlaufzeit stehen nun finalisierte und umfangreich validierte Rahmenkonzepte zur Verfügung, welche deutschlandweit von Einrichtungen der stationären Vorsorge und Rehabilitation, Pflegeeinrichtungen und Beratungsstellen genutzt werden können.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung durch die Hochschule Bielefeld beschrieben – diese gliedern sich in die Bereiche der Konzeptentwicklung und -validierung. Da es das Hauptziel des Querschnittsprojekts war, die Rahmenkonzepte in der Erprobung zu validieren, entfällt hierauf der größere Anteil. Nach allgemeinen Ausführungen zur Zielgruppe der pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Personen und einer Einordnung der Belastungen durch die häusliche Pflege (Kapitel 2) wird in Kapitel 3 der methodische Überbau des Verbundvorhabens PuRpA für alle drei Modellprojekte beschrieben. Hierbei wird zum einen auf das „MRC“-Modell (Medical Research Council Guidance) eingegangen, welches für die Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen konzipiert wurde (Craig et al., 2008), und zum anderen das Thema der Nutzer*innenorientierung theoretisch untermauert. Die Ausrichtung an den Nutzer*innen der Maßnahmen, den pflegenden Angehörigen, war im Verbundvorhaben zentral und bestimmte in allen drei Modellprojekten die inhaltliche Arbeit. Nach der theoretischen Einführung folgt die Beschreibung der gewählten quantitativen und qualitativen Methoden zur Konzeptentwicklung und -validierung. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung werden in den Kapiteln 4, 5 und 6 dargelegt – jeweils in Bezug auf das einzelne Modellprojekt. Im Sinne eines Querschnittsprojekts, welches die Ergebnisse der unterschiedlichen Modellprojekte zusammenführt, wird in Kapitel 7 ein übergeordnetes theoretisches Modell zur Nutzer*innenorientierung von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige abgeleitet. Dieses soll zukünftigen Bestrebungen zum Aufbau von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige im ambulanten und stationären Bereich als Ausgangslage dienen.

Der vorliegende Bericht richtet sich an Verbände, Vereine und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Leistungsträger, Politik, Selbsthilfe, Wissenschaft, aber auch an alle anderen Interessierten.

Literatur

- Bohnet-Joschko, S. & Bidenko, K. (2022). Hochbelastete Gruppen pflegender Angehöriger – Ergebnisse einer Clusteranalyse. *Das Gesundheitswesen*, 84, 510-516. <https://doi.org/10.1055/a-1378-8897>
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2019): The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 59(5), e629–e642.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Von TNS Infratest Sozialforschung, München. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf
- Bengel, J. & Mittag, O. (2020). Grundlagen und Selbstverständnis. In R. Buschmann-Steinhage & T. Widera (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Psychologie* (S. 15-30). Springer.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 337:a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V., [DEGAM]. (2018). *Pflegende Angehörige von Erwachsenen* (AWMF-Register-Nr. 053-006, DEGAM-Leitlinie Nr. 6). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-006l_S3_Pflegende-Angehorige-von-Erwachsenen_2019-03.pdf
- Hertle, D., Lüken, F., Trümner, A., Tewes, C., Rohjans, M., & Veit, C. (2014). Vom Bedarf zur Reha: Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. https://www.bqs.de/default-wAssets/docs/ak_Gutachen_pflegerische_Angehoerige_final_1.1.zip
- Janson, P., Willeke, K., Zaibert, L., Budnick, A., Berghöfer, A., Kittel-Schneider, S., Heuschmann, P. U., Zapf, A., Wildner, M., Stupp, C., & Keil, T. (2022). Mortality, Morbidity and Health-Related Outcomes in Informal Caregivers Compared to Non-Caregivers: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 5864. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105864>
- Robert Koch-Institut, [RKI] (2015). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE kompakt* 6(3), 1-12. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3137/3.pdf?sequence=1>.
- Sommer, J., Braun, B. & Meyer, S. (2021). *Studie zur Untersuchung der Bedarfe von Müttern/Vätern und pflegenden Frauen und Männern (mit und ohne Kinder im Haushalt) in Vorsorge- und Reha-Maßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes*. Interval GmbH. https://interval-berlin.de/wp-content/uploads/2022/08/MGW_Abschlussbericht_Interval_BIAG.pdf
- Statistisches Bundesamt, [Destatis] (2022). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse 2021*. (Artikelnummer: 5224001219005) [Excel Datei]. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.xlsx?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt, [Destatis] (30.03.2023). *Pflege: Pflegebedürftige in Deutschland. Tabellen. Zeitreihe: Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#250648
- Wang, S., de Almeida, J. & Declercq, A. (2022). Factors associated with informal caregivers' ability to continue care: a subgroup analysis. *Age and Ageing*, 51, 1-9. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac275>

2. HINTERGRUND

Um eine Einführung in das Thema der häuslichen Pflege zu geben, werden im Folgenden die Begrifflichkeiten „pflegende Angehörige“ und „Pflegebedürftige“ erläutert. Anschließend wird der Problemhintergrund skizziert, der die Ausgangslage zur Schaffung des Verbundvorhabens PuRpA darstellte.

2.1 Pflegende Angehörige

Für den Begriff der „pflegenden Angehörigen“ existieren zahlreiche Definitionen, welche jeweils andere Schwerpunkte fokussieren. Darüber hinaus finden sich einige Begriffe, die synonym verwendet werden – wie „pflegende Bezugsperson“, „Pflegerperson“, „pflegende Zugehörige“ und „informell Pflegende“. Am häufigsten wird der Begriff „pflegende Angehörige“ angewandt (Marienfeld, 2020).

Die S3-Leitlinie der DEGAM (2018) definiert pflegende Angehörige beispielsweise als Personen, „die einen pflegebedürftigen Menschen aus dem familiären oder erweiterten Umfeld unentgeltlich [...] und längerfristig körperlich pflegen und/oder hauswirtschaftlich versorgen und/oder psychosozial betreuen“. Aspekte, die sich hierin finden, sind zum einen das Verwandtschaftsverhältnis, das Unentgeltliche, die Zeitlichkeit und die verschiedenen Teilaspekte der pflegerischen Versorgung. Dass es sich bei der häuslichen Pflege um eine nicht erwerbsmäßige Pflege handelt, findet sich auch im Gesetz: Gemäß § 19 SGB XI handelt es sich bei pflegenden Angehörigen um Pflegepersonen, „die eine pflegebedürftige Person im Sinne des § 14 nicht erwerbsmäßig in ihrer häuslichen Umgebung“ pflegen. In dieser Definition wird zusätzlich die häusliche Umgebung als Kriterium hervorgehoben. Darüber hinaus legt das Gesetz fest, wann pflegende Angehörige Leistungen zur sozialen Sicherung erhalten können. Dies ist der Fall, wenn Angehörige die Pflege für wenigstens zehn Stunden wöchentlich (verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche) übernehmen. In Bezug auf das Verwandtschaftsverhältnis schließt die Definition der Leitlinie allerdings nicht nur die Familie mit ein, sondern lässt auch Personen aus dem erweiterten Umfeld zu. So findet sich in der Literatur auch häufiger der Begriff der „Zugehörigkeit“ (Marienfeld, 2020). Die Begriffsbestimmung von Bauernschmidt & Dorschner (2018) geht ebenfalls – neben der verwandtschaftlichen – auch auf die emotionale Verbundenheit ein, welche auch bei Freunden, Bekannten oder Nachbar*innen gegeben sein kann. Laut Behrndt & Gräbel (2016) spielt die Familie aber eine entscheidende Rolle im Rahmen der häuslichen Pflege. Gemäß den Autoren stellen Familien immer noch die wichtigste Institution in der Bereitstellung instrumenteller und emotionaler Unterstützung für pflegebedürftige Personen dar. Marienfeld (2020) konkretisiert, dass es sich hierbei z. B. um Kinder, Eltern und Ehepartner*innen handeln kann.

Die bereits angesprochene Definition von Bauernschmidt & Dorschner (2018) nimmt darüber hinaus das Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Verpflichtung in den Blick, welches sie als Kontinuum beschreiben. In diesem sind es pflegende Angehörige, die Hilfe, Pflege und Betreuung leisten (Bücker, 2021). Sie übernehmen Tätigkeiten aus unterschiedlichen Bereichen. Von Bohnet-Joschko & Bidenko (2022) werden hierbei fünf Tätigkeitsbereiche unterschieden:

- Körperpflege, Ernährung und Mobilität
- medizinisch-pflegerische Versorgung
- Haushaltsführung
- Organisation von Hilfe und Pflege
- Betreuung der hilfebedürftigen Person

Pflegende Angehörige stellen keine homogene Gruppe dar und lassen sich beispielsweise anhand der Pflegesituation (Verhältnis zu Hilfebedürftigen, zeitlicher Aufwand und Dauer der Pflege) als auch durch soziodemografische Faktoren (Geschlecht, Alter und Erwerbstätigkeit) charakterisieren (Bohnet-Joschko & Bidenko, 2022). Im Rahmen des Verbundvorhabens wurden unterschiedliche Lebensphasen pflegender Angehöriger in den Blick genommen. Dahinter steht die Annahme, dass Belastungsfolgen und Bedürfnisse sich je nach Lebensalter unterscheiden. Fokussiert werden sollten junge Erwachsene in Schule, Studium und Ausbildung, Erwachsene im erwerbsfähigen Alter und Erwachsene im Rentenalter.

Eine zentrale Statistik zur Anzahl pflegender Angehöriger in Deutschland gibt es nicht. Auch in der Pflegeversicherung wird nur ein Anteil der pflegenden Angehörigen erfasst, z. B. da die unterstützenden Personen nicht immer nach einer Pflegebegutachtung als leistungsberechtigt nach SGB XI eingestuft werden. Hochrechnungen zum Anteil pflegender Angehöriger an der deutschen Bevölkerung variieren zwischen neun und 37 % teilweise stark. Ebenso variieren Schätzungen zur konkreten Anzahl der pflegenden Angehörigen in Deutschland zwischen 5,3 und 8,0 Millionen Menschen (Zentrum für Qualität in der Pflege [ZQP], 2023). Die genaue Anzahl pflegender Angehöriger je Lebensphase ist demnach unbekannt. Es ist jedoch bekannt, dass etwa 2,5 Millionen Berufstätige in Deutschland ihre Familienmitglieder zu Hause pflegen und betreuen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020). Etwa ein Drittel pflegender Angehöriger befinden sich selbst im Rentenalter (Leitner & Vukoman, 2015).

2.2 Pflegebedürftige

Als pflegebedürftig gelten Personen, die nach §14 Abs. 1 des SGB XI „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen“ (Bundesministerium der Justiz [BMJ], 2022).

Statistisch gesehen ist über die Hälfte der pflegebedürftigen Personen in Deutschland weiblich (61,9%) und der größte Anteil im höheren Alter verortet. Die größte Gruppe liegt im Altersbereich von 80 bis 85 Jahren (1 060 915). Obgleich die Pflegebedürftigkeit mit steigendem Alter zunimmt, betrifft sie jede Altersgruppe und nicht nur ältere Menschen. Im Jahr 2021 waren bspw. 4,3 % Kinder unter 15 Jahren pflegebedürftig (214 072 von 4. 961. 146) (Destatis, 2022). Auch im Hinblick auf die Ursachen zeigt sich ein differenziertes Bild. Bei älteren Personen ab 66 Jahren bis 90 Jahren sind es vorwiegend psychische Verhaltensstörungen, Multimorbidität, Krankheiten des Kreislaufsystems oder Krebserkrankungen. Bei Kindern unter 19 Jahren liegt der Schwerpunkt u. a. bei angeborenen Fehlbildungen oder Deformitäten und Chromosomenanomalien oder psychischen Verhaltensstörungen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen [MDS], 2013). Aus den heterogenen Pflegesituationen heraus resultiert ein vielfältiger individueller Unterstützungsbedarf, der bspw. im praktischen Bereich wie Haushalt und Begleitung zu (ärztlichen) Terminen liegen kann oder pflegerische Tätigkeiten, Betreuung/„Beaufsichtigung“, emotionale Unterstützung sowie Hilfe bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte umfasst (Büker, 2021).

Überwiegend erfolgt diese Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige. 84 % aller pflegebedürftigen Menschen werden mit steigender Tendenz im eigenen Zuhause von Angehörigen versorgt (s. Abb. 1). Bei Kindern ist dieser Anteil sogar noch höher und im Vergleich der Altersgruppen am höchsten (2021: 99,9 %; 213 770 von 214 072). Bei mehr als der Hälfte (51,5 %) übernehmen Angehörige die Pflege allein, ohne die Unterstützung durch einen Pflegedienst (Destatis, 2022).

Pflegebedürftige Menschen in Deutschland: 4.961.146 (100%)			
Pflegebedürftige zu Hause versorgt: 4.167.685 (84%)			Pflegebedürftige vollstationär in Heimen: 793.461 (16%)
allein durch Angehörige: 2.553.921 (51,5%)	zusammen mit/ durch ambulante Pflege-/ Betreuungsdienste: 1.046.798 (21,1%)	PG1 & ausschl. landesrechtliche bzw. ohne Leistungen: 565.274 (11,4%)	

Abb. 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart (Destatis, 2022)

Aktuell leben in Deutschland fast 5,0 Millionen pflegebedürftige Menschen (Destatis, 2022). Seit 1999 steigen die Zahlen kontinuierlich an und werden Vorausberechnungen zur Folge u. a. durch die zunehmende Lebenserwartung und die älter werdende Babyboom-Generation auch zukünftig weiter ansteigen (Destatis, 2022; Destatis, 2019).

2.3 Belastungen pflegender Angehöriger

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, sind pflegende Angehörige häufig emotional stark belastet und verfügen über einen schlechten physischen und psychischen Gesundheitszustand (Bohnet-Joschko & Bidenko, 2022; Bom, et al., 2019; Janson, et al. 2022). Häufig zeigen sich Symptome von Angst und Depressionen, ein erhöhtes Stresslevel und ein geringes subjektives Wohlbefinden (Riffin et al., 2019; Pinguart & Sörensen 2003; Bedaso et al., 2022). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen pflegende Angehörige einen schlechteren Gesundheitszustand auf und sind häufiger von Anpassungsstörungen, Depressionen, Wirbelsäulenerkrankungen und Schmerzen betroffen (Janson et al., 2022). Neben den körperlichen und mentalen Belastungen hat die Betreuung und Pflege auch häufig Einfluss auf das Sozialleben und die finanzielle Situation der pflegenden Angehörigen (Hajek et al., 2021; Vasileiou et al., 2017; Coumoundouros et al., 2018; Gardiner et al., 2014). Zudem kann durch die häusliche Pflegesituation auch die Beziehung zu der pflegebedürftigen Person beeinträchtigt sein (Enright et al., 2020). Belastungen zeigen sich folglich auf vielfältigen Ebenen – physisch, psychisch, sozial, finanziell und in der Beziehung zur pflegebedürftigen Person.

Betrachtet man unterschiedliche Gruppen informeller Pflegepersonen, scheinen besonders weibliche pflegende Angehörige, Personen, die ihre/n Ehepartner*in pflegen, und pflegende Angehörige, die sehr intensive Pflege und Betreuung leisten, von den negativen gesundheitlichen Auswirkungen betroffen zu sein (Bom et al., 2019). Hier besteht die Annahme, dass diese Gruppen durch mehrere andere Verpflichtungen stärker von den Pflegeaufgaben betroffen sind.

Der Blick in die Literatur zum Thema *Belastungen pflegender Angehöriger/caregiver burden* zeigt die Notwendigkeit passender Entlastungsangebote, um die Gesundheit pflegender Angehöriger und deren Pflegefähigkeit zu stärken. Diskutiert werden hierfür zwei mögliche Strategien: entweder die Verringerung des objektiven Umfangs der geleisteten Pflege (z. B. durch Tages- oder Kurzzeitpflege oder durch die Stärkung von Kompetenzen des/der Pflegebedürftigen) oder die Verbesserung von Bewältigungsfähigkeiten und Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen (z. B. psychoedukative Interventionen, Selbsthilfegruppen) (Sörensen et al., 2002). Für beide Strategien können „Prävention und Rehabilitation“ (PuRpA) Ansatzpunkte bieten.

Unter dem Begriff „Prävention“ sind im übergeordneten Sinne Interventionen zu verstehen, die das Ziel verfolgen, gesundheitliche Beeinträchtigungen hinauszuzögern, zu schmälern oder gänzlich zu vermeiden (Franzkowiak, 2022). Die Prävention stellt für die Gruppe der pflegenden Angehörigen einen lohnenswerten Ansatz dar, da der Anteil derer, die aufgrund der häuslichen Pflege physisch oder psychisch erkranken, hoch ist. So richtet sich Prävention in erster Linie an Bevölkerungsgruppen ohne pathogene Risiken bzw. mit leicht erhöhten pathogenen Risiken. Angehörige, die die häusliche Pflege beginnen, könnten von einer präventiven Ausrichtung entsprechender Interventionen profitieren. Rehabilitation richtet sich hingegen insbesondere an Personen mit chronischer Erkrankung. Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen zur Reduktion oder Beseitigung der Folgen einer chronischen Erkrankung und dient der Vermeidung der Verschlimmerung einer bestehenden gesundheitlichen Schädigung (Walter et al., 2021). Von Rehabilitation könnten also all jene pflegenden Angehörigen profitieren, die bereits eine Erkrankung erworben haben.

Vor dem Problemhintergrund der intensiven Belastungen infolge häuslicher Pflege ist 2020 das Verbundvorhaben PuRpA ins Leben gerufen worden. Die stationäre Vorsorge-/Rehabilitation mit und ohne Begleitung der pflegebedürftigen Person inklusive eines vor- und nachbereitenden, zugehenden Case Managements stellte die Grundidee der eigenständigen Modellprojekte dar.

Das Vorgehen bei der Konzepterstellung und -erprobung, insbesondere der wissenschaftlichen Begleitung, wird in Kapitel 3 zum methodischen Überbau des Verbundvorhabens näher erläutert.

2.4 Literatur

- Bauernschmidt, D., & Dorschner, S. (2018): Angehörige oder Zugehörige? – Versuch einer Begriffsanalyse. *Pflege*, 31(6), 301–309.
- Bedaso, A., Dejen, G., & Dukko, B. (2022). Depression among caregivers of cancer patients: Updated systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 31, 1809–1820. <https://doi.org/10.1002/pon.6045>
- Behrndt, E.-M., & Gräbel, E. (2016). Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. & Schwinger (Hrsg.), *Pflegereport. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus* (S. 169–187). Schattauer.
- Bohnet-Joschko, S., & Bidenko, K. (2022). Hochbelastete Gruppen pflegender Angehöriger – Ergebnisse einer Clusteranalyse. *Das Gesundheitswesen*, 84, 510–516. <https://doi.org/10.1055/a-1378-8897>
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2019): The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 59(5), e629–e642.
- Bücker, C. (2021). *Pflegende Angehörige stärken. Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege*. W. Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2020). Akuthilfe für pflegende Angehörige beschlossen. Abgerufen am 11.12.2023 von <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/akuthilfe-fuer-pflegende-angehoerige-beschlossen-155552#:~:text=Rund%203%2C4%20Millionen%20Menschen,2%2C5%20Millionen%20Menschen%20erwerbst%C3%A4tig>
- Bundesministerium der Justiz (2022). Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/___14.html (12.08.2022).
- Coumoundouros, C., Ould Brahim, L., Lambert, S. D., & McCusker, J. (2018). The direct and indirect financial costs of informal cancer care: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 27, e622–e636. <https://doi.org/10.1111/hsc.12808>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V., [DEGAM]. (2018). *Pflegende Angehörige von Erwachsenen* (AWMF-Register-Nr. 053-006, DEGAM-Leitlinie Nr. 6). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-006l_S3_Pflegende-Angehoeerige-von-Erwachsenen_2019-03.pdf
- Enright, J., O'Connell, M. E., Branger, C., Kirk, A., & Morgan, D. (2020). Identity, relationship quality, and subjective burdens in caregivers of persons with dementia. *Dementia*, 19(6), 1855–1871.
- Franzkowiak, P. (2022). Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i091-3.0>
- Gardiner, C., Brereton, L., Frey, R., Wilkonson-Meyers, L., & Gott, M. (2014). Exploring the financial impact of caring for family members receiving palliative and end-of-life care: A systematic review of the literature. *Palliative Medicine*, 28,(5), 375–390. <https://doi.org/10.1177/0269216313510588>
- Hajek, A., Kretzler, B., & König, H.-H. (2021). Informal Caregiving, Loneliness and Social Isolation: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 12101. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212101>
- Janson, P., Willeke, K., Zaibert, L., Budnick, A., Berghöfer, A., Kittel-Schneider, S., Heuschmann, P. U., Zapf, A., Wildner, M., Stupp, C., & Keil, T. (2022). Mortality, Morbidity and Health-Related Outcomes in Informal Caregivers Compared to Non-Caregivers: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 5864. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105864>

- Leitner, S., & Vukoman, M. (2015). Zeit, Geld, Infrastruktur? Vereinbarkeitspolitik für pflegende Angehörige. *GENDER–Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 7(1), 17–18.
- Marienfeld, S. (2020). Problemhintergrund. In Ä.-D. Latteck, N. Seidl, C. Büker, & S. Marienfeld (Hrsg.), *Pflegende Angehörige. Genderspezifische Erwartungen an soziale Unterstützungssysteme* (15–32). Barbara Budrich. <https://doi.org/10.2307/j.ctv153k5cf>
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen [MDS]. (2013). Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Pflegebericht 2011/2012. Verfügbar unter: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Pflegeberichte/MDS_Pflegebericht_2011-12.pdf
- Pinquart, M., & Sörensen S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Riffin, C., van Ness, P. H., Wolff, J. L., & Fried, T. (2019). A Multifactorial Examination of Caregiver Burden in a National Sample of Family and Unpaid Caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(2), 277–283. <https://doi.org/10.1111/jgs.15664>
- Rothgang, H., & Müller, R. (2018). *Barmer Pflegereport 2018 - Pflegende Angehörige an der Grenze der Belastbarkeit*. <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegereport/pflegereport-2018-1058898>
- Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42(3), 356–372. <http://10.1093/geront/42.3.356>
- Statistisches Bundesamt (2019). Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html#_3m3pqkzic (26.09.22).
- Statistisches Bundesamt (2022). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse 2021*. (Artikelnummer: 5224001219005) [Excel Datei]. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.xlsx?__blob=publicationFile
- Vasileiou, K., Barnett, J., Barreto, M., Vines, J., Atkinson, M., Lawson, S., & Wilson, M. (2017). Experiences of Loneliness Associated with Being an Informal Caregiver: A Qualitative Investigation. *Frontiers in Psychology*, 8, 585. <https://doi:10.3389/fpsyg.2017.00585>
- Walter, U., Patzelt, C., & Nowik, D. (2021). Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i050-2.0>
- Zentrum für Qualität in der Pflege. (2023). *Pflegende Angehörige in Deutschland*. Abgerufen am 11.12.2023 von <https://www.zqp.de/schwerpunkt/pflegende-angehoerige/>.

3. METHODISCHER ÜBERBAU

Dieses Kapitel befasst sich mit der Beschreibung der Methodik im Verbundvorhaben – d. h., es wird übergeordnet die Methodik der Modellprojekte und des Querschnittsprojekts beschrieben. Beginnend mit der Vorstellung des zugrunde liegenden Modells, der Medical Research Council Guidance, und der Nutzer*innenorientierung werden anschließend die Datenerhebungen und -auswertungen entlang der Konzeptentwicklung und -erprobung erläutert. Im Projektvorhaben wurde ein multi-methodisches Forschungsdesign zur Erzielung eines maximalen Erkenntnisgewinns durch die Verknüpfung von Ergebnissen gewählt (Döring & Bortz, 2016). Die Erhebungen wurden im Rahmen eines sequenziellen, explorativen Mixed-Methods-Designs durchgeführt (Schreier & Echterhoff, 2010). Es kamen zeitlich versetzt unterschiedliche Erhebungsmethoden zur Anwendung, die einen explorativen und keinen hypothesentestenden Charakter hatten. Angelegt war das Verbundvorhaben PuRpA für eine Laufzeit von drei Jahren. Nach einer kostenneutralen Verlängerung wurde diese um drei Monate verlängert.

Im Anschluss an die konstituierende Sitzung, an den Aufbau aller Projektstrukturen und die Kick-Off Veranstaltung begann die inhaltliche Arbeit im Rahmen der Konzeptentwicklung (von Frühjahr 2021 bis Herbst/Winter 2021) (s. Abb. 2). In diesem Zusammenhang wurden drei systematische, internationale Literaturrecherchen und Fokusgruppen bzw. Interviews mit Expert*innen und Nutzer*innen durchgeführt. Diese Vorarbeit diente den Projektträgern als Grundlage zur Ausarbeitung der drei Rahmenkonzepte. Bevor diese erprobt wurden, erfolgte ein erster Validierungsschritt in Form von Expert*innen Workshops. An diesen nahmen u. a. Vertreter*innen aus stationären Einrichtungen teil, um die Rahmenkonzepte auf ihre Praktikabilität und Umsetzbarkeit hin zu überprüfen. Es erfolgten entsprechende Anpassungen an den Rahmenkonzepten, welche im Anschluss in Vorsorge- und Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen und an Case Management-Standorten erprobt wurden. Die Erhebungen im Rahmen der Erprobungsphase erfolgten von Frühjahr 2022 bis Frühjahr/Sommer 2023. Um die Konzepte zu validieren, wurden Interviews und eine Fragebogenerhebung zu zwei Zeitpunkten (vor und nach der Maßnahme) mit den pflegenden Angehörigen durchgeführt. Darüber hinaus erfolgte in einem Modellprojekt noch eine Datenerhebung mittels Interviews mit Case Manager*innen und in einem anderen ein Assessment mit den pflegebedürftigen Personen, die als Begleitpersonen teilnahmen. Fortlaufend fanden in den Modellprojekten Reflexionsrunden, interkollegiale Austauschtreffen bzw. strukturierte Anbieterbefragungen statt, um auch die Sichtweise der Leistungserbringer zu eruieren. Mit der Durchführung erneuter Expert*innen Workshops war der zweite Validierungsschritt abgeschlossen. Die drei Rahmenkonzepte wurden finalisiert und stehen online auf der [Verbundhomepage](#) zur Verfügung.

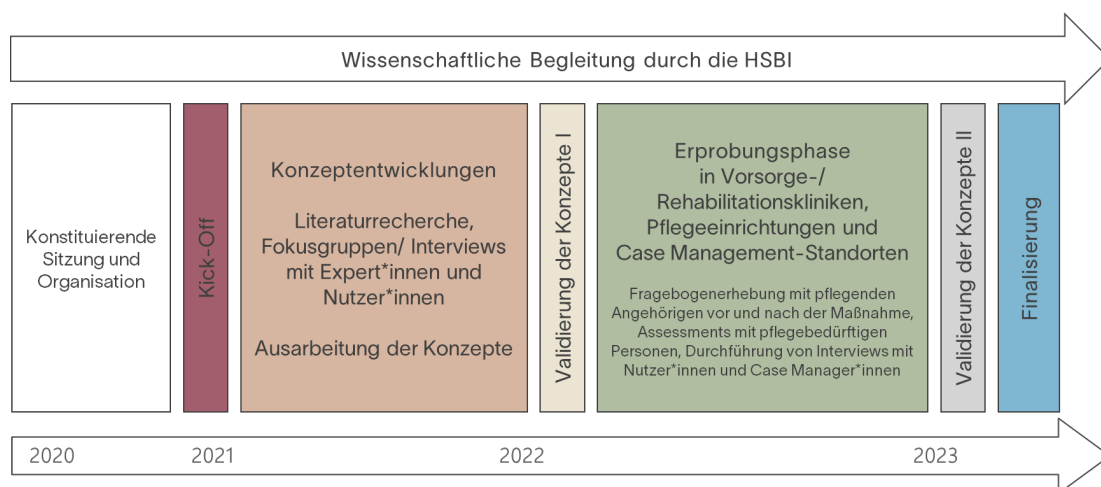


Abb. 2: Zeitlicher Ablauf: Wissenschaftliche Begleitung im Verbundvorhaben PuRpA

Aufgrund ihrer besonderen Lebensumstände, ihres Gesundheitszustandes und ihres Alters sind pflegende Angehörige und pflegebedürftige Personen als vulnerabel anzusehen. Ihr Schutz hatte bei der Durchführung der Untersuchung sowohl bei der Auswahl, der Rekrutierung, dem Informations- und Einwilligungsprozess als auch bei den Befragungen oberste Priorität. Die Interessen der Forschenden wurden nicht über die Interessen und den Schutz der Teilnehmer*innen gestellt. Im Vorfeld der Erhebungen erfolgte ein ethisches Clearing des Forschungsvorhabens durch die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP). Das Vorhaben wurde von der Ethikkommission der DGP begutachtet und am 25. März 2021 für ethisch unbedenklich erklärt. Für einen erforderlichen Nachtrag zum Ethikantrag erhielt das Verbundvorhaben am 05. November 2021 das ethische Clearing. Auf die Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) wurde geachtet.

3.1 Medical Research Council Guidance – MRC-Modell

Der Auftrag und die Durchführung der Projekte orientierte sich am MRC-Modell, d. h. einem Modell zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (Craig et al., 2008). Das Modell wurde 2000 vom britischen Medical Research Council entwickelt, um Wissenschaftler*innen und Fördermittelgeber*innen dabei zu unterstützen, geeignete Forschungsmethoden zu erkennen und anzuwenden. Komplexe Interventionen werden gewöhnlich als Interventionen beschrieben, die mehrere interagierende Komponenten enthalten. Zwischen einfachen und komplexen Interventionen besteht ein fließender Übergang. Nur wenige Interventionen können als „einfach“ beschrieben werden. Die Komplexität hängt u. a. von der Anzahl der interagierenden Komponenten und der Anzahl der Gruppen oder Organisationsebenen ab, die von der Intervention betroffen sind. Einfluss hat auch der Grad der zulässigen Flexibilität oder Anpassung der Intervention. Bei der Aufzählung der Merkmale wird deutlich, dass es sich bei Angeboten, die im Rahmen der Modellprojekte geschaffen wurden, um komplexe Interventionen handelt. Als Beispiel sei hier die stationäre Rehabilitation genannt, bei welcher es sich um eine multidisziplinär-multimodale Leistung handelt. Hinzu kommt, dass *Rahmenkonzepte* geschaffen wurden, die von den jeweiligen Leistungserbringern noch zu adaptieren waren.

Gemäß dem MRC-Modell entsprachen die Projektaufträge dem ersten Schritt der Entwicklung (s. Abb. 3, S. 21) – so tragen alle Modellprojekte die *Konzeptentwicklung* schon im Namen. Im Verbundvorhaben sollte allerdings über die reine Entwicklung von Konzepten hinausgegangen werden, sodass auch der zweite Schritt des Modells einbezogen wurde, die Machbarkeit und Pilotierung. Die Erprobung der entwickelten Konzepte hatte einen hohen Stellenwert, sodass für diese Phase auch ein großer Teil der Zeit eingeräumt wurde. Der zweite Schritt der Machbarkeit und Pilotierung wurde im Verbundvorhaben als Validierung bezeichnet. Da neben der Umsetzbarkeit in der Praxis auch die möglichen Wirkungen der entwickelten Konzepte von Interesse waren, sollte dieser Bereich ebenfalls exploriert werden. Eine Ergebnisevaluation im Sinne des MRC-Modells fand allerdings nicht statt, da Projektauftrag und das entsprechende Studiendesign dies nicht vorsahen. Der letzte Schritt der Implementierung meint die Einführung der Intervention in die reguläre, flächendeckende Versorgung. Die Erkenntnisse aus den vorhergehenden MRC-Schritten können als Grundlage dieser Implementierung dienen, hierfür wurden Gelingensbedingungen und Barrieren für die flächendeckende Umsetzung herausgearbeitet.

Das genaue Vorgehen in den Schritten Entwicklung (1) und Pilotierung/Machbarkeit (2) wird in den Kapiteln 3.2 und 3.3 beschrieben. Diese behandeln die „Konzeptentwicklung und Validierung I“ und die „Konzepterprobung und Validierung II“.

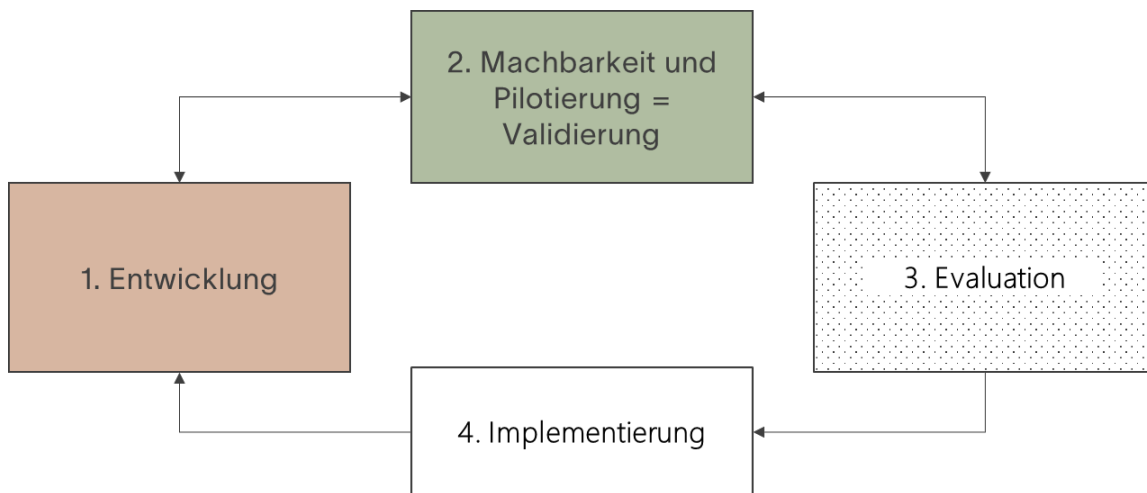


Abb. 3: Medical Research Council Guidance: Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (modifiziert nach Craig et al., 2008)

3.2 Nutzer*innenorientierung

Leitthema der Querschnittsanalysen ist die zielgruppengerechte bzw. nutzer*innenorientierte Ausrichtung der Versorgungskonzepte. Zunächst wird das Konzept Nutzer*innenorientierung beschrieben.

Gemäß Mozygemba et al. (2009) repräsentiert Nutzer*innenorientierung ein pragmatisches Konzept, besonders im politischen Kontext. Es legt den Schwerpunkt darauf, gesundheitliche und soziale Angebote sowie Dienstleistungen nicht nach den Möglichkeiten der Anbietenden zu gestalten, sondern sie nachfrage- bzw. nutzer*innenorientiert bereitzustellen (Geene et al., 2021). Im Gesundheitswesen werden häufig Synonyme wie Bürger*innenorientierung, Patient*innenorientierung sowie Versicherten- und Verbraucher*innenorientierung verwendet.

Das moderne Gesundheitswesen erlebt einen Paradigmenwechsel von passiver Teilhabe zu einer aktiven Rolle der Individuen in ihren eigenen Gesundheitsprozessen (Gerlinger, 2009). Friesacher (2010) betrachtet diese emanzipatorischen Prozesse als zentrale Dimension im Nutzer*innenkonzept. Das Ziel besteht darin, Strukturen und Prozesse an den Bedürfnissen der Nutzer*innen auszurichten (Gerlinger, 2009).

Nutzer*innen werden im Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit durch den Sozialversicherungsrat definiert als „Bürger[*innen], Versicherte und Patient[in]nen, die in unterschiedlichen Rollen dem Gesundheitssystem gegenüberstehen und durch ihr Wissen, ihre Einstellung und ihr Nutzerverhalten wesentliche, aber bislang vernachlässigte Einflussgrößen bei der Steuerung des Systems und seiner Ergebnisse darstellen“ (Ewert, 2017). Dierks und Schaeffer (2006) argumentieren außerdem, dass Nutzer*innen eine wertvolle Informationsquelle in der Versorgungsforschung darstellen.

Um das Ziel des Konzepts zu verdeutlichen, Strukturen und Prozesse von Gesundheitsangeboten an den Bedürfnissen der Nutzer*innen auszurichten (Gerlinger, 2009), wird im siebten Kapitel ein Modell präsentiert. Dieses Modell basiert auf den Querschnittsanalysen der Modellprojekte des Verbundvorhabens PuRpA und soll einen übergeordneten Rahmen bieten, der bei der Entwicklung zukünftiger nutzer*innenorientierter Konzepte für pflegende Angehörige als Hilfestellung dienen kann.

Das Konzept der Nutzer*innenorientierung befasst sich mit verschiedenen Dimensionen bzw. lässt sich auf den drei Handlungsebenen Mikroebene, Mesoebene und Makroebene verorten.

Auf der **Mikroebene** befasst es sich mit der Beziehung zwischen Nutzer*innen und Gesundheitsdienstleistenden. Konkret werden im Kontext von Nutzer*innenorientierung auf dieser Ebene partizipative Ansätze wie Empowerment, shared decision making und informed consent gesehen. Gleichzeitig geht es um die Berücksichtigung individueller Wünsche und Erwartungen. Psychosoziale Aspekte des Krankseins und subjektive Krankheitskonzepte sind weitere auf dieser Ebene zu berücksichtigende Konzepte. Insgesamt fordert Nutzer*innenorientierung auf dieser Individual-ebene eine holistische Versorgung, Pflege oder Behandlung, die sich an den Kriterien der evidenzbasierten Praxis orientieren sollte. Dafür ist es notwendig, entsprechende Strukturen zu schaffen, Abläufe zu organisieren und Qualifikationen zu erwerben, um patient*innenorientiertes Handeln zu ermöglichen (Mozygemba et al., 2009). Besonders wichtig auf dieser Ebene sind die subjektiven Bedürfnisse, Erfahrungen und Bewertungen der individuellen Nutzer*innen. Dabei ist es wichtig, soziale Diversität der heterogenen Zielgruppe zu berücksichtigen (Dierks & Schaeffers, 2006).

Die **Mesoebene** befasst sich mit der bedarfsgerechten Gestaltung des Versorgungssystems durch die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung. Operativ steht z. B. die Differenzierung der Versorgungsstrukturen nach verschiedenen spezifischen Bedarfen unterschiedlicher Nutzer*innen im Fokus. Beispielsweise sollte der Versorgungsort sich nach dem Bedarf und den Möglichkeiten richten statt nach den Zuständigkeiten bestimmter Leistungsanbieter. Notwendig im Sinne der Nutzer*innenorientierung ist außerdem die Bereitstellung sachgerechter Informationen. Das primäre Ziel der skizzierten Prozesse ist, dass die Nutzer*innen effektive Mittel zur Partizipation im Sinne der informierten Mitentscheidung haben.

Im Bereich der **Makroebene** beinhaltet Nutzer*innenorientierung die Beteiligung an der Gestaltung der Rahmenbedingungen. Der Fokus liegt auf der Definition von Gesundheitszielen sowie der Mitentscheidung über die von der Krankenversicherung finanzierten Leistungen und den Bedarf an verfügbaren Versorgungskapazitäten. Dieser Partizipationsprozess umfasst die Einbindung in die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung, wie beispielsweise den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), sowie die Möglichkeit zur Beteiligung auf verschiedenen politischen Ebenen, darunter Bund, Länder, Kommunen und Landkreise, durch Wahlen und Mitbestimmung (Mozygemba et al., 2009).

Zusammenfassend bezieht sich Nutzer*innenorientierung auf verschiedene Adressaten. Neben den Nutzer*innen, die eine heterogene Gruppe mit verschiedenen Eigenschaften darstellen, sind das z. B. Leistungs- und Finanzierungserbringer, aber auch politische Entscheidungsträger. Mittelpunkt des Konzeptes ist, den Nutzer*innen Autonomie und Partizipation zu ermöglichen, indem die Akteur*innen im Gesundheitswesen **für** die Nutzer*innen tätig sind. Als Inanspruchnehmende von Leistungen im Gesundheitswesen sind selbstverständlich auch pflegende Angehörige Nutzer*innen (Ewert, 2012). Wie Nutzer*innenorientierung im Kontext pflegender Angehöriger aussehen kann oder sollte, wird daher in Kapitel 7 dargelegt.

3.3 Konzeptentwicklung und Validierung I

Gemäß dem MRC-Modell werden im Folgenden die Schritte erläutert, die der Konzeptentwicklung vor der Erprobung dienen. Dies waren in erster Linie systematische, internationale Literaturrecherchen, die Durchführung von Fokusgruppen/Interviews mit Expert*innen und Nutzerinnen und die abschließende erste Validierung der Rahmenkonzepte durch Expert*innen-Workshops.

Scoping Reviews

Im Rahmen der Modellprojekte wurde jeweils eine systematische internationale Literaturrecherche in Form eines Scoping Reviews durchgeführt. Da Scoping Reviews eine systematische Erfassung der Bandbreite eines Themenbereichs bieten und eine von der Art der Quellen unabhängige, umfassende Evidenzsynthese ermöglichen, wurde die Methode gewählt, um bestehende Konzepte zu erfassen (Arksey & O'Malley, 2005; Munn et al., 2022; von Elm, et al., 2019). Die Wahl der Methode

des Scoping Reviews erfolgte zudem aufgrund ihrer besonderen Eignung, Entscheidungsträgern Einblick in einen komplexen und heterogenen Themenbereich sowie den aktuellen Forschungsstand zu bieten (Peters et al., 2020). Für ein Scoping Review ist es nicht erforderlich, eine Bewertung der methodischen Qualität der Literatur vorzunehmen (Peters et al., 2015; Arksey & O'Malley, 2005; von Elm et al., 2019). Im Rahmen der vorliegenden Reviews wurde eine Bewertung in Bezug auf die Evidenzlevel nach Shekelle et al. (1999) vorgenommen. Diese hatte allerdings keine Auswirkungen auf den Auswahlprozess der Literatur, sondern diente nur zur Einschätzung der Relevanz für die Konzeptentwicklung.

In Anlehnung an Peters et al. (2015, 2020) und Munn et al. (2018, 2022) wurden, um das Vorgehen systematisch zu gestalten, zu Beginn Review-Protokolle angelegt. Diese enthielten neben dem Titel, den Zielen und der Fragestellung auch die Methodik in Form der Ein- und Ausschlusskriterien, die Studientypen und die Suchstrategie. Die Ein- und Ausschlusskriterien orientierten sich am für Scoping Reviews gängigen PCC-Schema (Population, Concept, Context) (Aromataris & Munn, 2020). Im Review-Protokoll wurden darüber hinaus die weiteren Schritte dokumentiert. Die Protokolle wurden mit der AW Kur und Erholungs GmbH bzw. dem Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. abgestimmt, eine Veröffentlichung der Priori-Review-Protokolle erfolgte nicht. Die Auswertung wurde deskriptiv-analytisch anhand der im Recherche-Protokoll definierten Fragen und Unterfragen durchgeführt. Die individuellen Recherchestrategien zu den Modellprojekten werden jeweils in den Kapiteln 4.3, 5.3 und 6.3 genauer erläutert.

*Fokusgruppe(n) mit Nutzer*innen und Expert*innen/Interviews mit Nutzer*innen*

Neben der Literaturrecherche wurden in der Phase der Konzeptentwicklung auch Fokusgruppen in den jeweiligen Modellprojekten durchgeführt. Eine Fokusgruppe stellt eine qualitative Datenerhebungsmethode in Form eines moderierten Gespräches über vorgegebene Themen in einer Gruppe dar (Pohontsch et al., 2018). Ziel von Fokusgruppen ist die Erkundung von Meinungen und Einstellungen der einzelnen Gruppenteilnehmer*innen und der ganzen Gruppe. Es geht nicht um die Herbeiführung eines Konsenses aller Beteiligten, sondern um die Darstellung verschiedener Facetten zu unterschiedlichen Meinungen und Vorstellungen (Pohontsch et al., 2018; Schulz, 2012). Der Fokus bezieht sich auf eine gezielte inhaltliche Problemstellung und deren Beantwortung, um ein besseres Verständnis oder tiefgehende Informationen zum Thema gewinnen zu können (Mayer, 2019). Daher wurde die Methode genutzt, um zu erheben, wie nutzer*innenorientierte und zielgruppengerechte Konzepte zur Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige und ihre pflegebedürftigen Angehörigen gestaltet werden können.

In Vorbereitung der Fokusgruppen wurden Leitfäden, basierend auf einer Übersichtsrecherche, die im Rahmen der Antragstellung durchgeführt wurde, schrittweise nach dem SPSS-Prinzip („Sammeln“, „Prüfen“, „Sortieren“ und „Subsummieren“) nach Helfferich (2011) entwickelt. Aufgrund der pandemischen Lage fanden alle Gruppen in einem Online-Format statt, womit sowohl Herausforderungen in der technischen Umsetzung als auch bei der Rekrutierung der Teilnehmenden verbunden waren. Im Anschluss wurden die Fokusgruppeninterviews transkribiert und mithilfe der Analyse-Software MAXQDA ausgewertet. Die Auswertung erfolgte entlang der Fragestellung systematisch und regelgeleitet in Anlehnung an die qualitative Auswertung nach Mayring (2010). Dabei wurde weitestgehend nach der inhaltlich strukturierenden Variante der qualitativen Inhaltsanalyse vorgegangen und sich an der deduktiven Kategorienanwendung orientiert (Mayring 2010). Ober- und Unterkategorien wurden deduktiv entsprechend der Zielsetzung und Fragestellung des jeweiligen Modellprojekts in Anlehnung an die Themenbereiche des Leitfadens festgelegt und in einem Kodierleitfaden definiert. Neu generierte Aspekte wurden durch induktiv gebildete Unterkategorien ergänzt. Ausgewertet wurden in jedem Modellprojekt pseudonymisierte Transkripte der Fokusgruppeninterviews sowie fünf Transkripte von Einzelinterviews mit pflegenden Angehörigen als Ersatz für eine Nutzer*innen Fokusgruppe in einem der Modellprojekte. Zudem wurden im Anschluss

in jedem Modellprojekt die Transkripte der anderen beiden Modellprojekte gelesen und hinsichtlich relevanter und Modellprojekt spezifischer Aussagen gescreent und dem zuvor gebildeten Kategoriensystem zugeordnet. Die aufbereiteten Ergebnisse wurden den Projektträgern der AW Kur und Erholungs GmbH bzw. dem Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. zur Entwicklung einer ersten Pilotversion zur Verfügung gestellt. Wesentliche Inhalte der Leitfäden sind in den Kapiteln zur Konzeptentwicklung in den einzelnen Modellprojektkapiteln nachzulesen.

*Expert*innen Workshops*

Zur Validierung der initialen Pilotversionen der Konzepte sowie zur Validierung der überarbeiteten Konzepte wurden Expert*innen Workshops durchgeführt. Im Sinne partizipativer Forschungsvorhaben wurden den Workshops keine strikten Vorgaben zugrunde gelegt (Unger, 2013). Die Workshops dienten als kommunikative Validierung, die die Rückmeldung der beforschten Expert*innen zu den jeweiligen Konzeptständen ermöglichen sollte (Meyer, 2018). Die Rückmeldungen wurden von den Projektträgern konzeptuell eingearbeitet, sodass im Anschluss die Erprobung erfolgen konnte.

3.4 Konzepterprobung und Validierung II

Gemäß dem MRC-Modell werden im Folgenden die Schritte erläutert, die der Pilotierung und Machbarkeit (Validierung) dienen. Dies waren in erster Linie die Fragebogenerhebungen zu zwei Zeitpunkten und die Durchführung leitfadengestützter qualitativer Interviews mit Nutzer*innen und in einem Modellprojekt mit Case Manager*innen. In dem Modellprojekt zu den Begleitangeboten fand außerdem noch ein Assessment mit pflegebedürftigen Personen statt, welches in Kapitel 5.5.1. näher beschrieben ist.

3.4.1 Fragebogenerhebungen

Die Fragebogenerhebungen wurden als vorexperimentelles Prä-Post-Design umgesetzt (Campbell & Stanley, 1963). Hierbei wurde in jedem Modellprojekt eine Vollerhebung angestrebt. Es wurden alle pflegenden Angehörigen, die eine Maßnahme wahrgenommen haben und mindestens 18 Jahre alt waren, dazu eingeladen, Fragebögen auszufüllen. Der t0-Bogen wurde vor der Maßnahme (optimalerweise vier Wochen zuvor) und der t1-Bogen vier Wochen nach der Maßnahme versandt. Die Fragebogenentwicklung erfolgte in enger Abstimmung mit den Modellprojekten und unter Bezugnahme der entwickelten Rahmenkonzepte und zugrunde liegenden Wirkmodelle. Inhalte der Bögen waren u. a. Fragen zur Soziodemografie und zur Pflegesituation. Des Weiteren wurden in jedem Modellprojekt spezifisch passende (zum Teil validierte) Instrumente verwendet, z. B. zur Erfassung der Belastungen durch die häusliche Pflege oder zum psychischen Wohlbefinden. Um dem Hauptziel der wissenschaftlichen Begleitung, der Validierung der Konzepte, Rechnung zu tragen, wurden darüber hinaus Fragen für den t1-Bogen entwickelt. Hierfür wurden in Abstimmung mit den Modellprojekten Validierungsschwerpunkte und thematische Schwerpunkte festgelegt. Die Basis zur Auswahl der Validierungsschwerpunkte bildete die Arbeit von Bowen et al. (2009). Ausgewählt wurden „Akzeptanz“, „Umsetzung/Einhaltung“ und „subjektiver Nutzen“ als Schwerpunkte der Validierung. Als thematische Schwerpunkte wurden die Qualitätskriterien bzw. der Zehn-Punkte-Plan aus den Konzepten herangezogen (s. Rahmenkonzepte der Projektträger). Um alle Fragen auf Verständlichkeit sowie die Vollständigkeit des Antwortformates, das Layout und die Dauer des Ausfüllens zu testen, wurden Pretests des t0- und t1- Bogens mit pflegenden Angehörigen durchgeführt. Neben den Fragebögen wurden auch die entwickelten Anschreiben getestet. Hierzu erhielten die teilnehmenden pflegenden Angehörigen im Vorfeld den Fragebogen sowie das Anschreiben mit dem Auftrag, das Anschreiben zu lesen und den Fragebogen unter Kontrolle der Zeit auszufüllen. In einem anschließenden telefonischen Interview wurden anhand eines strukturierten Leitfadens die Rückmeldungen der Pretester*innen im Sinne eines qualitativen Pretests gesammelt (Döring &

Bortz, 2016). Nach Sichtung und Zusammenfassung aller Rückmeldungen wurden die Anschreiben und die Fragebögen überarbeitet.

Nach Finalisierung der Bögen wurden die Fragebogenpakete durch die HSBI gedruckt, zusammengestellt und an die Einrichtungen versandt. Die Erfordernisse an den Versand und der dahinterliegende Prozess wurden den Einrichtungen bzw. Standorten in Form von Flow Charts zur Verfügung gestellt. Abbildung 4 zeigt einen vereinfachten schematischen Ablauf.

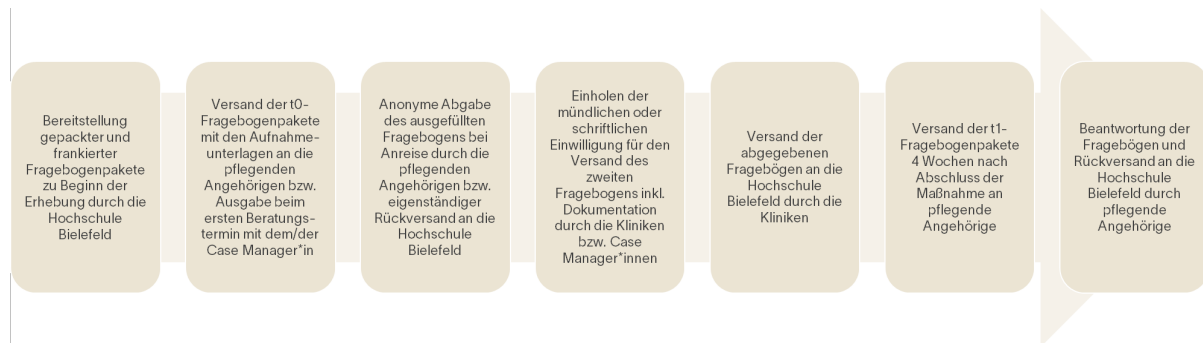


Abb. 4: Schematischer Ablauf der Fragebogenerhebung

3.4.2 Leitfadengestützte Interviews

Je nach Modellprojekt wurden leitfadengestützte Einzelinterviews mit pflegenden Angehörigen, zum Teil auch pflegebedürftigen Personen oder Anbietern (hier Case Manager*innen) geführt. Die Entscheidung für die Datenerhebung fiel auf leitfadengestützte beziehungsweise nichtstrukturierte Interviews als Forschungsmethode, weil sie eine offene, aber strukturierte Erhebung zulässt (Morse & Field, 1998).

Der Leitfaden diente als Gedächtnisstütze für die Interviewenden, um Struktur zu bieten, während gleichzeitig eine flexible Gestaltung des Gesprächsverlaufs ermöglicht wurde (Mayer, 2015). Dieser offene Ansatz beabsichtigt auch, bei Bedarf Verständnishilfen anzubieten oder zusätzliche Fragen einzufügen, um das Gespräch voranzutreiben und die Interviewten dazu zu ermutigen, weiterzuerzählen (Moers & Field, 1998).

Die Auswahl der Interviewfragen basiert auf dem SPSS-Prinzip, das die Schritte des Sammelns (1), Prüfens (2), Sortierens (3) und Subsummierens (4) beschreibt (Helfferich, 2011). Die Fragen des Leitfadens wurden gemäß Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) so strukturiert, dass sie sich vom Allgemeinen zum Spezifischen bewegten. Die Fragen waren inhaltlich auf vorher festgelegte Validierungsschwerpunkte ausgerichtet, basierend auf den Ansätzen von Bowen et al. (2009). Dabei lag der Fokus beispielsweise auf der Umsetzung oder der Akzeptanz der Konzepte.

Generell bietet ein Pretest in der qualitativen Forschung die Gelegenheit, notwendige Anpassungen an den Datenerhebungsmaterialien oder dem Verfahren vor der Durchführung zu identifizieren und umzusetzen, um sicherzustellen, dass die Fragen angemessen gestellt werden oder klar formuliert sind (Hurst et al., 2015). Aufgrund der kleinen Stichprobe und des nichtstandardisierten Ansatzes wurde in diesem Fall auf einen Pretest des Leitfadens verzichtet. Falls während des Interviews Fragen nicht eindeutig waren, wurden sie umformuliert oder näher erläutert, und der Leitfaden wurde gegebenenfalls vor dem nächsten Interview angepasst.

Die Interviews fanden aufgrund der Pandemiesituation telefonisch statt und wurden mit externen Audioaufnahmegegeräten oder der Software Camtasia bzw. OBS Studio aufgenommen und anschließend durch ein externes Transkriptionsbüro verschriftlicht. Im Anschluss erfolgte auf Basis der Freiwilligkeit die Erhebung soziodemografischer Daten und von Informationen zur Pflegesituation. Es wurden lediglich personenbezogene Daten erfasst, die für den Forschungsprozess erforderlich

waren. Diese Daten wurden gemäß den geltenden Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Datenschutzgesetzes Nordrhein-Westfalen (DSG NRW) behandelt.

Für die Interviewteilnahme erhielten die Teilnehmenden eine Kompensation in Form eines Wunschgutscheines.

Die Rekrutierung erfolgte im Rahmen der Fragebogenerhebung. Mit den t1-Fragebögen erhielten alle pflegenden Angehörigen, die ein Angebot der drei Modellprojekte nutzten und ihr Einverständnis gegeben hatten, ca. vier Wochen nach Abschluss der Maßnahme eine Interviewanfrage in Form einer Postkarte. Die Rekrutierung der pflegebedürftigen Personen geschah zum Abschluss des Aufenthaltes durch die Pflegefachpersonen der Pflegeeinrichtung ebenfalls mittels Postkarte. Bei Interesse konnten sich die Personen bei den Mitarbeiter*innen der HSBI telefonisch oder per E-Mail melden und wurden über das Projekt und den Ablauf der Interviews aufgeklärt. Bei Teilnahmewunsch erhielten sie im Anschluss ein Informations- und Aufklärungsschreiben, welches über das Projekt, die Rechte und den Datenschutz informierte, sowie eine Einwilligungserklärung für die Tonaufnahme. Mit allen Personen, die sich bereit erklärt hatten, wurde ein Interview geführt. Es handelt sich daher um eine Selbstselektions-Stichprobe als Unterform der Gelegenheitsstichprobe (Döring & Bortz, 2016). Eine theoretische Stichprobe konnte aufgrund der schwierigen Erreichbarkeit der Zielgruppe nicht gewählt werden.

Die Interviews waren auf eine maximale Dauer von einer Stunde begrenzt, um sicherzustellen, dass die Teilnehmenden nicht übermäßig belastet werden und um ihre Konzentration zu wahren, insbesondere aufgrund der bekannten, auch zeitlichen Belastungssituation der Zielgruppe (Liu et al., 2020).

Die Auswertung erfolgte entlang der Fragestellung systematisch und regelgeleitet in Anlehnung an die qualitative Auswertung nach Kuckartz & Rädiker (2020). Die Daten wurden mithilfe der Software MAXQDA einer qualitativen, fokussierten Analyse unterzogen, die auf den Schritten der fokussierten Interviewanalyse von Kuckartz und Rädiker basiert. Abbildung 5 veranschaulicht diese Schritte.

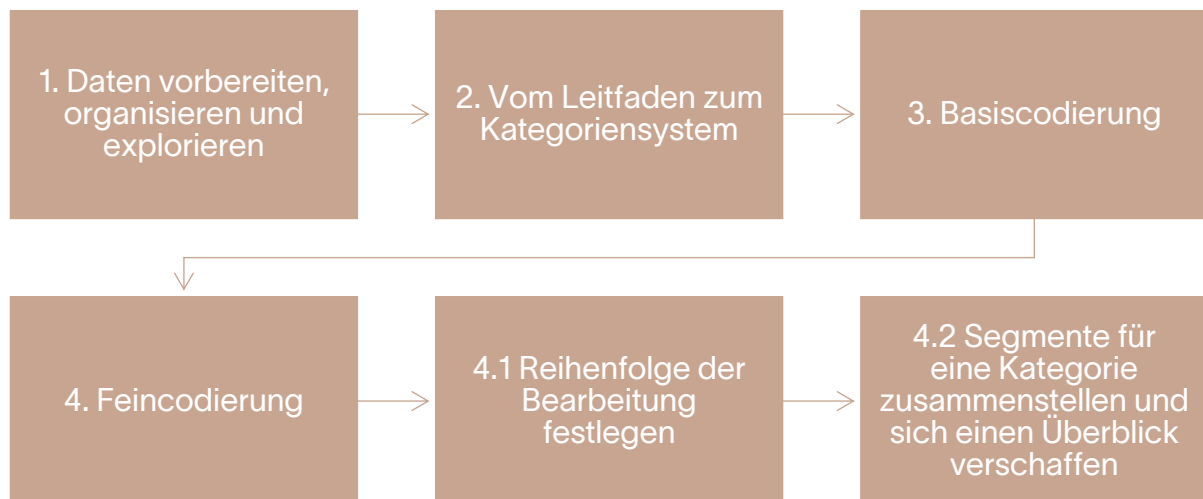


Abb. 5: Schritte der Fokussierten Interviewanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2020)

Zunächst wurden die Daten vorbereitet, organisiert und explorativ erkundet. Daraufhin wurde in Anlehnung an den Interviewleitfaden ein Kategoriensystem entwickelt. Anschließend begann die Basiscodierung, bei der grundlegende Kategorien den entsprechenden Textstellen zugeordnet wurden. Danach wurde mit der Feincodierung begonnen, wobei eine Bearbeitungsreihenfolge festgelegt wurde und Segmente für bestimmte Kategorien zusammengestellt wurden (Kuckartz & Rädiker, 2020).

Im Rahmen der qualitativen Datenanalyse sind Gelingensbedingungen für eine nutzer*innenorientierte Umsetzung abgeleitet worden, die durch die Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse gestützt und in den Ergebnisteilen (Kapitel 4.4.2, Kapitel 5.4.2 und Kapitel 6.4.2) gemeinsam dargestellt werden. Sie basieren auf Aussagen, die mit der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit der pflegenden Angehörigen verbunden sind oder sind Schlussfolgerungen daraus. Zudem sind die geäußerten Wünsche der Befragten einbezogen. Aspekte, die mit der Unzufriedenheit zusammenhängen, skizzieren die Herausforderungen der Erprobung. Die Gelingensbedingungen sind daher als Hinweise aus den Erfahrungen der Nutzer*innen zu sehen, nicht als alleinstehende Erfolgsgaranten. Zudem wurden sie zum Teil aus Einzelhinweisen abgeleitet und decken damit nicht zwingend die Ansichten der Gesamtgruppe ab.

3.4.3 Ergänzende Schritte zur Validierung

Um im Rahmen der Validierung nicht nur die Sicht der Nutzer*innen zu erfassen, sondern auch die Meinungen und Erfahrungen der Leistungserbringer einzubeziehen, wurden in den Projekten regelmäßig

- Reflexionsrunden mit beteiligten Vorsorge- und Rehabilitationskliniken,
- interkollegiale Austauschrunden mit Case Manager*innen und
- strukturierte Anbieterbefragungen mit den „Einrichtungstandems“ (bestehend aus Vorsorge-/Rehabilitationsklinik und Pflegeeinrichtung)

geführt. Ihre Sichtweise wurde ebenfalls in die Überarbeitung der Rahmenkonzepte einbezogen.

Am Ende der Erprobung fanden des Weiteren noch einmal Expert*innen Workshops statt. Wie im Rahmen der „Konzeptentwicklung und Validierung I“ bereits beschrieben, dienten die Workshops der kommunikativen Validierung. Durch den Einbezug aller genannten Erhebungsverfahren und den generierten Ergebnissen fand die endgültige Finalisierung der Rahmenkonzepte statt. Diese sind auf der [Verbundhomepage](#) verfügbar.

3.5 Literatur

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 1, 19–32.
- Aromataris, E. & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institut, <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., RN, DNSc, FAAN, Kaplan, C. P., Squiers, L., Fabrizio, C., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452–457. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.002
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Rand McNally & Company.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 337:a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Dierks, M. L., & Schaeffer, D. (2006, September). Die Nutzerperspektive in der Versorgungsforschung. *Public Health Forum*, 14 (52) 24–25.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Springer-Verlag.
- Ewert, B. (2012). Nutzer im Gesundheitswesen: Koproduzenten zwischen Autonomieansprüchen, Kompetenzanforderungen und Verunsicherung. *WSI-Mitteilungen*, 65(3), 169–178.
- Ewert, B. (2017). Zwischen Individuum und Leistungsempfänger. Von dem Begriff des Nutzers im Gesundheitswesen. *Blätter der Wohlfahrtspflege (BdW)*, 164(1), 20–22.
- Friesacher, H. (2010). Nutzerorientierung – zur normativen Umcodierung des Patienten. In B. Paul & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Risiko Gesundheit* (S. 55–72). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Geene, R., von Haldenwang, U., Bär, G., Kuck, J., & Lietz, K. (2021). Nutzerorientierte familiäre Gesundheitsförderung – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Netzwerk Gesunde Kinder. *Prävention und Gesundheitsförderung*. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2 (16), 95–103.
- Gerlinger, T. (2009). Nutzerorientierung im Gesundheitswesen – Probleme und Perspektiven. In K., Mozygamba, S. Mümken, U. Krause, M. Zündel, M. Rehm, N. Höfling-Engels, D. Lüdecke & B. Qurban (Hrsg.), *Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* Huber.
- Helferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (4. Aufl.). VS Verlag.
- Hurst, S., Arulogun, O. S., Owolabi, A. O., Akinyemi, R., Uvere, E., Warth, S., & Ovbiagele, B. (2015). Pre-testing Qualitative Data Collection Procedures to Facilitate Methodological Adherence and Team Building in Nigeria. *International journal of qualitative methods*, 14, 53–64.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2020). *Fokussierte Interviewsanalyse mit MAXQDA*. *Schritt für Schritt*. Springer VS.
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burdens: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 7(4), 438–445.
- Mayer, H. (2019). Das Interview mit Gruppen als Sonderform der mündlichen Befragung. In H. Mayer (Hrsg.), *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (5. Aufl., S. 231–137). facultas.
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden*. facultas.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601–613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Meyer, F. (2018). Yes, we can (?) Kommunikative Validierung in der qualitativen Forschung. In F. Meyer, J. Miggelbrink & K. Beurskens (Hrsg.), *Ins Feld und zurück – praktische Probleme qualitativer Forschung in der Sozialgeographie* (S. 163–168). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55198-1>
- Morse, J. & Field, P. (1998). *Qualitative Pflegeforschung*. Ulstein Medical.
- Mozygemba, K., Mümken, S., Krause, U., Zündel, M., Rehm, M., Höfling-Engels, N., Lüdecke, D., & Qurban, B. (2009). *Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* Hans Huber.
- Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Peters, M., & Tricco, A. C. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBI Evidence Synthesis*, 20(4), 950–952.
- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18(1), 143. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12874-018-0611-x> (11.11.2020).
- Peters, M. D., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI evidence synthesis*, 18(10), 2119–2126.
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBI Evidence Implementation*, 13(3), 141–146.
- Pohontsch, N. J., Müller, V., Brandner, S., Karlheim, C., Jünger, S., Klindtworth, K., Stamer, M., Höfling Engels, N., Kleineke, V., Brandt, B., Xyländer, M., Patzelt, C., & Meyer, T. (2018). Gruppendiskussionen in der Versorgungsforschung Teil 1: Einführung und Überlegungen zur Methodwahl und Planung. *Das Gesundheitswesen*, 80, 864–870.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (4. erweiterte Auflage). Oldenbourg.
- Schreier, M., & Echterhoff, G. (2010). Mixed-Methods-Designs. In W. Hussy, M. Schreier & G. Echterhoff (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (S. 285–296). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-95936-6_10
- Schulz, M. (2012). Quick and easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung*. Springer VS.
- Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Developing guidelines. *British Medical Journal*, 318(7183), 593–596.
- Unger, H. (2013). *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Springer VS.
- von Elm, E., Schreiber, G., & Haupt, C. C. (2019). Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 1–7.

4. MODELLPROJEKT: „KONZEPTENTWICKLUNG STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE“

4.1 Projektbeschreibung

Das Modellprojekt „Konzeptentwicklung Stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ wurde von der AW Kur und Erholungs GmbH, Arbeiterwohlfahrt Bezirk Westliches Westfalen e. V. als Projektträger durchgeführt. Das Projekt hatte zum Ziel, ein modular aufgebautes, praxis- und wissensbasiertes Rahmenkonzept für die stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige zu entwickeln und zu erproben. Die Erprobung des Konzeptes erfolgte 2022/2023 in vier kooperierenden Rehabilitationskliniken in Nordrhein-Westfalen. Hierunter befanden sich Kliniken mit den Schwerpunkten Orthopädie, Innere Medizin/Kardiologie und Psychosomatik. Außerdem war eine Kinderfachklinik unter den Einrichtungen vertreten. Die Kliniken haben die Rahmenkonzeption für ihre Einrichtung adaptiert und ihr Behandlungskonzept für pflegende Angehörige entsprechend angepasst. Des Weiteren beteiligten sich zwei Vorsorgekliniken an der wissenschaftlichen Begleitung, welche bereits vor Projektbeginn Leistungen zur stationären Vorsorge für pflegende Angehörige erbrachten.

Die Validierung des Rahmenkonzeptes wurde von der Hochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich, übernommen. Ziel des Projekts war es, am Ende der Laufzeit ein finalisiertes und umfangreich validiertes Rahmenkonzept zur Verfügung zu stellen, welches deutschlandweit von Einrichtungen der stationären Vorsorge und Rehabilitation genutzt werden kann. So trägt das Projekt dazu bei, dass vorsorge- oder rehabilitationsbedürftige pflegende Angehörige zukünftig auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene stationäre Maßnahmen vorfinden. So sollen sie aus ihren Alltagsbelastungen herauskommen, den Fokus auf die eigenen Bedürfnisse und Gesundheit richten und ihre Selbstfürsorgekompetenz stärken können.

4.2 Zielsetzung und Fragestellung

Mit der wissenschaftlichen Begleitung, insbesondere der Validierung des Modellprojekts „Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ wurden folgende Ziele verfolgt:

- Beschreibung der Zielgruppe, die stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige in Anspruch nimmt
- Identifikation von Gelingensbedingungen einer nutzer*innenorientierten Ausgestaltung von stationärer Vorsorge und Rehabilitation
- Erfassung von Anpassungsbedarf in Bezug auf das Rahmenkonzept
- Ermittlung von Herausforderungen bei der Umsetzung
- Erfassung des Beitrags von stationärer Vorsorge und Rehabilitation zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation pflegender Angehöriger

Im Ergebnis steht ein erprobtes Rahmenkonzept zur Verfügung, welches deutschlandweit genutzt werden kann. Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sollen Anstöße zur Adaption der hauseigenen Konzepte erhalten, um eine Nutzer*innenorientierung und Ausrichtung auf pflegende Angehörige zu erreichen. Nicht zuletzt dient das Vorhaben dazu, ein bislang weitgehend vernachlässigtes Forschungsfeld aufzugreifen und Anregungen für weitergehende Untersuchungen zu geben. Es ist zu erwarten, dass die Erkenntnisse auch über Nordrhein-Westfalen hinaus auf Interesse stoßen und von Bedeutung sind.

In der ersten Phase des Projekts wurde dem Status quo von stationärer Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige nachgegangen. Die Sichtweisen verschiedener Interessengruppen (u. a. pflegende Angehörige, Leistungserbringer und Kostenträger, Selbsthilfevertretung und Wissenschaft) sollten dabei Berücksichtigung finden. Folgende Fragen standen im Mittelpunkt:

- Welche präventiven und rehabilitativen Ansätze bestehen für pflegende Angehörige in Verbindung mit einem stationären, mehrwöchigen Aufenthalt?
- Gibt es im Zusammenhang mit stationärer Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige Best-Practice Modelle und/oder Good-Practice Kriterien?
- Welche Bedarfe haben pflegende Angehörige hinsichtlich stationärer Vorsorge und Rehabilitation? Welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen liegen vor, die die Notwendigkeit einer stationären Maßnahme begründen?
- Hinsichtlich welcher Zielsetzung sollte die Maßnahme ausgerichtet sein? Welche therapeutischen Leistungen sind vonnöten?
- Welche Unterschiede bestehen zwischen stationärer Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige?
- Was ist über die Wirksamkeit stationärer Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige bekannt?
- Welche Faktoren gelten als Gelingensbedingungen für die Durchführung dieser stationären Maßnahmen? Mit welchen Herausforderungen ist zu rechnen?
- Inwiefern sollten/müssen Konzepte auf die verschiedenen Lebensphasen der pflegenden Angehörigen zugeschnitten sein? Welche Rolle spielt die Art der Pflegebedürftigkeit der zu pflegenden Person?
- Inwiefern sollte/muss die Maßnahme auf verschiedene Indikationen der pflegenden Angehörigen zugeschnitten sein?

Nach der Exploration des Handlungsfeldes und der Entwicklung des Rahmenkonzeptes durch die AW Kur und Erholungs GmbH standen in der zweiten Projektphase die Umsetzung des Konzeptes in kooperierenden Kliniken und die Validierung im Mittelpunkt. Zentral war hierbei die Beurteilung des Geschehens aus Nutzer*innenperspektive sowie die Entwicklung von Gelingensbedingungen für die konzeptionelle Ausgestaltung und Umsetzung von stationärer Vorsorge und Rehabilitation. Vor diesem Hintergrund galt es, die folgenden Fragen zu beantworten:

- Wie gestaltet sich der Zugang pflegender Angehöriger zu entsprechenden Maßnahmen (Bewusstsein für die mögliche Inanspruchnahme, Gründe für die Maßnahme, persönliche Ziele und Erwartungen, Hilfe bei der Beantragung, Klinikwahl, Informationen im Vorhinein)?
- Wie empfinden und beurteilen Nutzer*innen das jeweils in der Klinik umgesetzte Konzept der stationären Vorsorge bzw. Rehabilitation für pflegende Angehörige (Ankommen, Angebote/Therapien für pflegende Angehörige, Umsetzung und Organisation dieser, Vorbereitung auf zu Hause)?
- Welche weitergehenden Wünsche und Erwartungen bestehen an das Angebot der stationären Vorsorge und Rehabilitation?
- Welche Wirkungen und Veränderungen nehmen die pflegenden Angehörigen durch die Maßnahme wahr (Gesundheitszustand, Wissen, Handlungskompetenz, Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit etc.)?
- Was sind relevante Gelingensbedingungen von stationärer Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige?

Aus den Ergebnissen beider Phasen wurden zum Ende des Projekts die finalisierte und umfangreich validierte Version des Rahmenkonzeptes und entsprechende Gelingensbedingungen für die

Erbringung solcher Angebote abgeleitet. Das Rahmenkonzept ist auf der [Homepage des Projektträgers](#) verfügbar.

4.3 Konzeptentwicklung

Scoping Review – methodisches Vorgehen

Wie bereits unter Kapitel 3.3 beschrieben, stellte ein Scoping Review die geeignete Grundlage für die entsprechende Konzeptentwicklung im Modellprojekt „Stationäre Vorsorge und Rehabilitation pflegende Angehörige“ des PuRpA Verbundvorhabens dar.

Für die Literaturrecherche wurden vorab Ein- und Ausschlusskriterien entlang des PCC-Schemas festgelegt (Population, Concept, Context) (Aromataris & Munn, 2020). Als Population wurde die gesamte heterogene Gruppe der pflegenden Angehörigen definiert. Gemeint sind Personen, die einen pflegebedürftigen Menschen aus dem familiären oder erweiterten Umfeld unentgeltlich und längerfristig körperlich pflegen und/oder hauswirtschaftlich versorgen und/oder psychosozial betreuen (DEGAM, 2018). Das erste C (Concept) gemäß dem PCC-Schema wurde so definiert, dass nur Studien eingeschlossen wurden, die sich mit der Vorsorge oder Rehabilitation als Intervention beschäftigten. Studien zu telemedizinischen Interventionen oder technischen Hilfsmitteln für zu Hause wurden ausgeschlossen. Ebenso wurden Treffer ausgeschlossen, in denen es um Interventionen ging, die auf die Entlassung des/der pflegebedürftigen Angehörigen vorbereiten sollen. Treffer, in denen es um die Auswirkungen einer Rehabilitation der pflegebedürftigen Person auf den pflegenden Angehörigen/die pflegende Angehörige geht, wurden gänzlich ausgeschlossen. Des Weiteren wurden Studien zu stationärer Akutversorgung ausgeschlossen.

Über das zweite C, den Context der Maßnahme, wurden die Studien weiter eingegrenzt, da es sich um einen mehrwöchigen stationären Aufenthalt handeln sollte. Ambulante Leistungen und kürzere Aufenthalte, wie z. B. verlängerte Wochenenden und einwöchige Maßnahmen, wurden ausgeschlossen, um die erforderliche Übertragbarkeit zu gewährleisten.

Des Weiteren wurde nur englisch- oder deutschsprachige Literatur eingeschlossen, die sich mit der stationären Vorsorge oder Rehabilitation pflegender Angehöriger beschäftigt. Da die Rehabilitation in den meisten Ländern Europas überwiegend ambulant erbracht wird (Mittag & Welti, 2017), wurden mehr deutschsprachige Treffer erwartet. Hinzu kommt, dass die ins Englische übersetzten Begrifflichkeiten zur „Vorsorge“ und „Rehabilitation“ eher unspezifisch sind und nicht der deutschen Bedeutung im Gesundheitssystem entsprechen. Daher wurde eine Fülle an unspezifischen Treffern erwartet. Da es keine geeigneten Alternativbezeichnungen gibt, aber ein sensibles Vorgehen gewählt werden sollte, wurde die Fülle der Treffer in Kauf genommen.

Die Suche wurde im Februar 2021 durchgeführt. Als Zeitraum wurden die Jahre ab 2013 definiert, da pflegende Angehörige bei entsprechender Indikation seit 2012/2013 einen expliziten gesetzlichen Anspruch darauf haben, dass ihre Belange im Rahmen stationärer Vorsorge und Rehabilitation berücksichtigt werden (§§ 23 SGB V und 40 SGB V). Hinzu kommt, dass im Jahr 2014 ein umfangreiches Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema stationäre Vorsorge/Rehabilitation pflegender Angehöriger erstellt wurde (Hertle et al., 2014). Das Gutachten brachte nur eine sehr begrenzte Studienlage hervor, sodass der Suchzeitraum für das Scoping Review entsprechend definiert wurde.

Gesucht wurde in den Datenbanken PubMed, CINAHL und LIVIVO, zusätzlich in der Cochrane Library. PubMed wurde als bedeutende, internationale medizinische Literaturdatenbank ausgewählt. CINAHL wurde hinzugenommen, da es sich dabei um eine Pflege-spezifische Datenbank handelt, und LIVIVO wurde gewählt, da sie Europas größte Suchmaschine zu lebenswissenschaftlicher Literatur ist. LIVIVO wird von der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin betrieben, sodass die Erwartung bestand, dass insbesondere der nationale Forschungsstand ausreichend abgedeckt sein würde. Des Weiteren wurde die Cochrane Library genutzt, welche drei verschiedene Datenbanken mit hochwertiger, unabhängiger Evidenz vereint.

Bezüglich der Textart wurden Primärstudien und Übersichtsarbeiten ungeachtet ihrer Evidenzklasse einbezogen. Ausgeschlossen wurden Leitlinien, Fallserien, Abschlussberichte anderer Projekte, Kongressbeiträge, Websites, Blogs und Briefe.

Untenstehende Tabelle zeigt exemplarisch die Suchstrategie für die Datenbank PubMed.

Tab. 1: Suchstrategie: Modellprojekt Stationäre Vorsorge und Rehabilitation

Komponente	Suchbegriff	Synonym	Englische Übersetzung
1	Pflegende/r Angehörige/r	„Pflegende* Angehörige*“	caregiv*, „informal caregiv*“, „family caregiving“, „family carer“, „family caring“
AND			
2.1	Rehabilitation	Rehabilitation	reha*
2.2	Vorsorge	Vorsorge, Kur	„prevention clinic“, „preventive healthcare“, „health resort“
PubMed (Filter: Deutsch und Englisch, 2013–2021), 1+(2.1+2.2) („Pflegende* Angehörige*“[Title/Abstract] OR „caregivers“[Mesh] OR „caregiv*“ Title/Abstract] OR „informal caregiv*“[Title/Abstract] OR „family caregiving“[Title/Abstract] OR „family carer“[Title/Abstract] OR „family caring“[Title/Abstract]) AND (reha*[Title/Abstract] OR rehabilitation[Title/Abstract] OR Vorsorge[Title/Abstract] OR Kur[Title/Abstract] OR „prevention clinic“[Title/Abstract] OR „preventive healthcare“[Title/Abstract] OR „health resort“[Title/Abstract])			

Die Auswahl der identifizierten Literatur erfolgte mithilfe des Literaturverwaltungsprogramms End-Note X9.2. Die erste Sichtung anhand der Titel bzw. der Abstracts wurde von einer Projektmitarbeiterin übernommen und durch die Funktion zur Gruppenbildung in Endnote X9.2 unterstützt (Ein- oder Ausschluss inkl. Begründung). Die Gruppe „Ausschluss“ wurde um eine Begründung ergänzt, um ein transparentes Vorgehen sicherzustellen. Die Auswahl der endgültig in das Scoping Review eingeschlossenen Publikationen fand nach gemeinsamer Diskussion mit einer weiteren Projektmitarbeiterin statt. Zur Veranschaulichung der Recherche und des Auswahlprozesses wurde entsprechend der PRISMA-ScR-Checkliste ein Flussdiagramm erstellt (Tricco et al., 2018) (s. Abb. 6, S. 34). Die eingeschlossene Literatur wurde entlang zuvor festgelegter Haupt- und Unterfragestellungen gelesen (Aromataris & Munn, 2020) und im Anschluss für die Ergebnisdarstellung entsprechend aufbereitet. Diese wurde der AW Kur und Erholungs GmbH im Mai 2021 zur Verfügung gestellt.

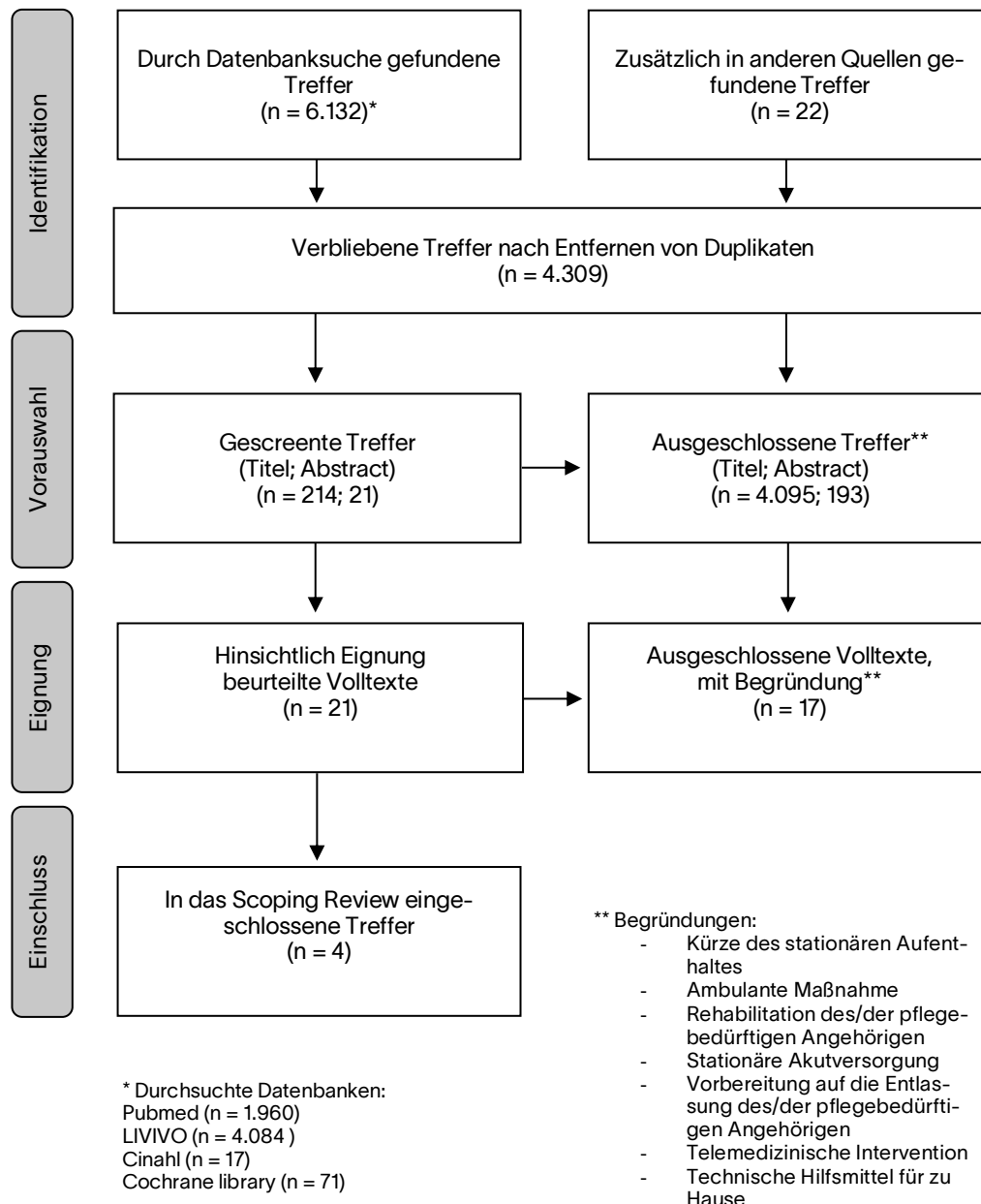


Abb. 6: Flussdiagramm zur Studienauswahl nach Tricco et al., 2018

Scoping Review – Ergebnisse aus der Literaturrecherche

Betrachtet man die Frage, welche präventiven und rehabilitativen Ansätze für pflegende Angehörige in Verbindung mit einem stationären mehrwöchigen Aufenthalt bestehen, wird zunächst deutlich, dass es kaum Untersuchungen gibt, die sich mit dieser Thematik beschäftigen. Herausgegriffen werden sollen im Folgenden vier Publikationen, die im Rahmen des Reviews eingeschlossen werden konnten. Bei diesen Veröffentlichungen handelt es sich um das besagte Gutachten zur Bestandsaufnahme der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige in Deutschland (Hertle et al., 2014) und um drei Interventionsstudien. In zwei der Interventionsstudien erhielten pflegende Angehörige eine stationäre Rehabilitation (Deck et al., 2018; Ryyänen et al., 2013) und in einer eine stationäre Vorsorgemaßnahme (Otto & de Wall, 2019). In zwei der drei Interventionsstudien kümmerten sich die pflegenden Angehörigen um demenziell erkrankte Personen (Deck et al., 2018; Otto & de Wall, 2019). Ausgeschlossen wurden Studien, bei denen es sich bei der Intervention nur

um einen einwöchigen oder mehrtägigen Aufenthalt pflegender Angehöriger handelte (Hetzl et al., 2016; Hetzel et al., 2018).

Bedarfe pflegender Angehöriger hinsichtlich stationärer Vorsorge/Rehabilitation

Wie bereits beschrieben sind pflegende Angehörige vielfältigen Belastungen ausgesetzt. Gesundheitliche Probleme pflegender Angehöriger, die wiederkehrend in den Texten berichtet werden und u. a. zur Inanspruchnahme der Maßnahme führten, sind die Tendenz zur Depressivität, Rückenprobleme, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hohe Teilhabebeschränkungen und die reduzierte (gesundheitsbezogene) Lebensqualität. Aus den Belastungen und drohenden oder bestehenden Gesundheitsproblemen ergeben sich wiederum Bedarfe, die pflegende Angehörige in Bezug auf stationäre Vorsorge und Rehabilitation haben. Die pflegenden Angehörigen in der Untersuchung von Otto & de Wall (2019) wünschen sich in Bezug auf die stationäre Maßnahme mehrheitlich, Regenerations- und Entspannungsangebote wahrnehmen zu können und sich mit anderen pflegenden Angehörigen auszutauschen. Durch die zielgruppenspezifische Durchführung der Maßnahme in Gruppenstärke war dies in der betreffenden Studie möglich. Außerdem möchten circa zwei Drittel der Befragten etwas über Hilfsangebote am Heimatort erfahren und die Beziehung zu ihrem demenziell erkrankten Angehörigen harmonisieren. Sie wünschen sich außerdem, ihren eigenen Gesundheitszustand zu verbessern und die therapeutischen Möglichkeiten der Klinik zu nutzen. Als weiterer Bedarf wird von Deck et al. (2018) noch das Thema der bedürfnisorientierten Nachsorge genannt. Diese ist erforderlich, um die Erfolge des stationären Aufenthaltes langfristig zu sichern und eine Wieder-Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu vermeiden. Am umfangreichsten wird in der Arbeit von Hertle et al. (2014) auf die Bedarfe pflegender Angehöriger eingegangen. Ihre gewählte Systematik bezieht auch den ambulanten Bereich mit ein. Dennoch sollten die genannten Bedarfe auch von Einrichtungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation berücksichtigt werden. Hertle et al. (2014) sehen die folgenden Bedarfsfelder: Information, Beratung, Begleitung, Schulung, Entlastung, primäre Prävention, sekundäre Prävention und die Anerkennung der Pflegeleistung. Zusammenfassend stellt Tabelle 2 (s. S. 36) die Bedarfe pflegender Angehöriger in Bezug auf stationäre Vorsorge und Rehabilitation dar. Das Grundgerüst bildet die Systematik von Hertle et al. (2014).

Tab. 2: Bedarfe pflegender Angehöriger hinsichtlich stationärer Vorsorge und Rehabilitation

Bedarf	Inhalte/Umsetzung
Sensibilisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweise auf mögliche Problemsituationen und Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten (insbesondere zu Beginn einer Pflegesituation bzw. bei sich ändernden Bedingungen, damit ein Bewusstsein für Möglichkeiten zur Entlastung aufgebaut werden kann)
Wissenserwerb	<ul style="list-style-type: none"> • individuelle Beratung zu Heilmitteln, Hilfsmitteln, baulichen Veränderungen, Pflegegeld, Pflegegraden, Verhinderungspflege usw. • Grundlagen häufiger Krankheitsbilder
Schulung spezifischer Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationstraining mit der pflegebedürftigen Person (und Pflegefachkräften) • Durchführung einzelner Pflegetätigkeiten
Entlastung	<ul style="list-style-type: none"> • Abgabe/Reduktion der Pflegeverantwortung und weiterer Alltagspflichten während der Maßnahme • Unterstützung bei der Organisation von Entlastungsmöglichkeiten am Heimatort nach der Maßnahme
Stärkung der Selbstfürsorge	<ul style="list-style-type: none"> • Entspannung • Bewegung • Ernährung • soziale Kontakte • persönlicher Freiraum/Freizeit • Erlernen von Coping-Strategien
Therapie bestehender Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • spezifische Therapie von somatischen, psychischen, psychosomatischen Erkrankungen unter Bezugnahme der häuslichen Pflegesituation
Wertschätzung	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung und Anerkennung der Pflegeleistung, die pflegende Angehörige für die Gesellschaft erbringen
Nachsorge	<ul style="list-style-type: none"> • Fortschreibung der Therapieziele in der Häuslichkeit • Erarbeitung von Strategien zur Aufrechterhaltung neu erlernter Verhaltensweisen

Organisation und Inhalte der Maßnahmen

In den Studien von Deck et al. (2018) bzw. Otto & de Wall (2019) nahmen pflegende Angehörige in Begleitung ihres an Demenz erkrankten Angehörigen eine stationäre Rehabilitation bzw. Vorsorge-maßnahme wahr. In der Untersuchung von Rynnänen et al. (2013) erhielten die pflegenden Angehörigen der Interventionsgruppe eine stationäre Rehabilitation, allerdings ohne Begleitung. Die zeitgleiche Betreuung und Versorgung der pflegebedürftigen Personen wurde in einer Pflegeeinrichtung sichergestellt. Die pflegenden Angehörigen in der Kontrollgruppe erhielten die regulären Unterstützungsleistungen gemäß ihrem Pflege-Status (z. B. finanzielle Unterstützung oder Verhinderungspflege). Mutmaßlich wurden die Programme in allen Studien in Gruppenstärke durchgeführt. Rynnänen et al. (2013) benennen beispielsweise eine Gruppengröße von acht bis zwölf pflegenden Angehörigen, die gleichzeitig vor Ort waren. Die jeweilige Dauer des Aufenthaltes betrug 14–21 Tage, zum Teil bestand bei Bedarf die Option zur Verlängerung um 1–2 Wochen (Deck et al., 2018).

Mit Blick auf die Inhalte der Maßnahmen gibt es Angebote, die wiederkehrend sind bzw. in allen Publikationen benannt werden. Hierzu gehören die Sozialberatung (einzeln oder in der Gruppe), Entspannungstraining, Physiotherapie und die ärztliche Betreuung. Im Rahmen der Sozialberatung wurde beispielsweise zu Hilfsangeboten am Heimatort beraten (Otto & de Wall, 2019), es wurden Gruppensitzungen zum Thema „Soziales Sicherungssystem und Unterstützung“ durchgeführt oder es wurde im Rahmen einer Einzelsitzung mit einem/einer Sozialarbeiter*in ein Plan zur Verbesserung der sozialen Unterstützung entwickelt (Ryynänen et al., 2013). Im Rahmen der Entspannungsbungen wurden beispielsweise Autogenes Training und Progressive Muskelrelaxation angeboten (Deck et al., 2018). Die ärztliche Betreuung beinhaltete Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen, ärztliche Visiten und die Optimierung und Anpassung laufender Behandlungen und der medikamentösen Einstellung durch einen Arzt/eine Ärztin. Im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen wurden außerdem psychotherapeutische Einzel- und Gruppensitzungen angeboten – einzeln, um persönliche psychische Probleme zu besprechen, oder in der Gruppe je nach Indikationsbereich mit unterschiedlichen Gewichtungen der therapeutischen Besonderheiten (Ryynänen et al., 2013; Hertle et al., 2014). Otto & de Wall (2019) weisen in ihrer Publikation explizit darauf hin, dass psychotherapeutische Angebote im Rahmen der Vorsorgemaßnahme nicht vorgesehen waren. Stattdessen fanden hier psychosoziale Gruppen und Einzelberatungen statt. Diese wurden auch von Ryynänen et al. (2013) und Hertle et al. (2014) beschrieben. Diese fanden themenzentriert statt und nahmen z. B. die Lebenssituation pflegender Angehöriger, Stressbewältigung, positive Einstellungen und eigene Interaktionen in den Blick.

Im Rahmen der eingeschlossenen Studien wurden auch vermehrt pflegebezogene Angehörigen-schulungen angeboten, in denen es um die ergonomische Durchführung von Pflegetätigkeiten und eine rückschonende Arbeitsweise ging (Deck et al., 2018; Ryynänen et al., 2013; Hertle et al., 2014). In drei der Publikationen werden außerdem demenzspezifische Schulungen benannt, in welchen Informationen zum Krankheitsbild gegeben wurden. Hierbei ging es auch um den Umgang mit demenziell erkrankten Personen. Zur Entwicklung günstiger Kommunikationsmuster wurden Kommunikationstrainings durchgeführt (Deck et al., 2018; Otto & de Wall, 2019; Hertle et al., 2014).

Einen wichtigen Stellenwert nahmen außerdem körperliches Training und Sport- und Bewegungsangebote ein, hierzu wurde in drei der Veröffentlichungen Bezug genommen (Otto & de Wall, 2019; Ryynänen et al., 2013; Hertle et al., 2014). Dabei ging es z. B. um die Entwicklung eines individuell zugeschnittenen Trainingsprogramms, um die Einweisung in Trainingsgeräte/Gerätetraining, morgendliche Spaziergänge oder Gymnastik, um Nordic Walking und Wassergymnastik im Schwimmbad.

Jeweils in zwei Veröffentlichungen wurde außerdem das Thema der Freizeitgestaltung (Otto & de Wall, 2019; Ryynänen et al., 2013) und der Nachsorge (Deck et al., 2018; Ryynänen et al., 2013) angesprochen. Im Rahmen der Freizeitangebote wurde beispielsweise ermöglicht, die Anlagen und Angebote der Einrichtung zu nutzen (Schwimmbad, Sauna, Fitnessstudio, Tennisplatz, Golftraining in der Halle, Besuch der Diskothek, Freizeitprogramm mit Spielen, Aktivitäten an der frischen Luft wie Volleyball und Spaziergänge) (Ryynänen et al., 2013). In Bezug auf die Nachsorge war zum einen von umfassenden Empfehlungen die Rede und zum anderen wurden die Rehabilitand*innen in einer Studie nach dem Aufenthalt monatlich von einer Pflegekraft angerufen, um hinsichtlich der Pflege und der eigenen körperlichen Aktivität/des Fitnessprogramms zu ermutigen. Dieses Fitnessprogramm wurde während des Aufenthaltes individuell und mit dem Ziel zugeschnitten, dass es zu Hause fortgeführt werden kann (Ryynänen et al., 2013).

Vereinzelt wurden zudem Ergotherapie (Deck et al., 2018) und Kunst- und Musiktherapie (Deck et al., 2018) angeboten oder es wurden allgemeine Themen der Gesunderhaltung angesprochen (Gruppensitzung zum Thema Gesundheitsvorsorge, Betrachtung der eigenen Lebensgewohnheiten und der sportlichen Aktivität, Gruppensitzungen zu gesunder Ernährung und Haut- und Fußpflege) (Ryynänen et al., 2013).

Wirksamkeit stationärer Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige

Im Rahmen ihrer Bestandsaufnahme beschreiben Hertle et al. (2014), dass die Studienlage zur Wirksamkeit von Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige unzureichend ist. Im betreffenden Zeitraum konnte von ihnen nur eine Studie (Holz, 2004) identifiziert werden, die sich diesem Thema widmet. Holz evaluierte im Rahmen ihrer Dissertation dreiwöchige Vorsorgemaßnahmen für pflegende Angehörige im Modellprojekt „Hilfen für Pflegende“ der AOK Baden-Württemberg. An der Untersuchung nahmen 107 pflegende Angehörige teil. Kurzfristig konnten Verbesserungen festgestellt werden, beispielsweise in den Bereichen Befindlichkeit, Depressivität sowie körperliche und Allgemeinbeschwerden (z. B. Kreuz- oder Rückenschmerzen, Nacken-/Schulterschmerzen, innere Unruhe, Mattigkeit, Reizbarkeit, Grübelei und Schlaflosigkeit). Die Verbesserungen bildeten sich langfristig allerdings weitestgehend zurück, ausgenommen waren hiervon die Befindlichkeit und die subjektiv erlebte Gesundheit. Holz (2004) geht aufgrund der Ergebnisse von einer psychischen Stabilisierung der pflegenden Angehörigen durch die Maßnahme aus. Bei der Untersuchung handelt es sich allerdings nicht um eine randomisiert kontrollierte Studie (RCT), sondern um eine Verlaufsbetrachtung über mehrere Messzeitpunkte hinweg. Die Evidenz ist folglich als niedrig zu betrachten (Shekelle et al., 1999). Bei den Untersuchungen von Deck et al. (2018) und Otto & de Wall (2019) handelt es sich ebenfalls um quasi-experimentelle Studien (nicht-kontrollierte Studien ohne Randomisierung). Einzig die Studie von Rynnänen et al. (2013) wurde als RCT konzipiert und bedient sich damit dem Goldstandard zur Wirksamkeitsmessung.

Gemeinsam haben diese drei Studien, dass sie den Einfluss auf das Ausmaß von Depressionen/depressiven Verstimmungen betrachten. In der Untersuchung von Otto & de Wall (2019) mit 131 pflegenden Angehörigen (Zeitpunkt t1) konnte das Ausmaß der Depressivität nicht reduziert werden. Acht Wochen nach der Vorsorge war der Wert annähernd unverändert. Rynnänen et al. (2013) berichten die Werte zu Beginn und ein Jahr nach der Maßnahme von 66 Teilnehmer*innen in der Interventionsgruppe und beschreiben, dass es sich bei den Veränderungen nicht um statistisch signifikante Unterschiede handelte. Positive Veränderungen werden nur von Deck et al. (2018) beschrieben. Hier zeigen sich am Ende der Rehabilitation, an welcher 121 pflegende Angehörige teilnahmen, signifikante Verbesserungen bei den depressiven Verstimmungen. Dieser Effekt war sechs Monate nach der Maßnahme noch signifikant, fiel aber deutlich geringer aus, d. h. die erreichten Verbesserungen ließen sich nicht in vollem Umfang aufrechterhalten.

In Bezug auf die Lebensqualität werden nur von Deck et al. (2018) und Rynnänen et al. (2013) Aussagen getroffen. Bei Deck et al. (2018) ähnelt der Verlauf der Lebensqualität dem zuvor beschriebenen Verlauf der depressiven Verstimmungen: Am Ende der Maßnahme konnten statistisch signifikante Verbesserungen festgestellt werden, welche nach sechs Monaten zwar noch sichtbar waren, aber weniger deutlich ausfielen. Rynnänen et al. (2013) stellen in ihrer Studie keine Unterschiede hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität fest (Baseline/1-Jahr Follow-up).

Aussagen in Bezug auf Allgemeinbeschwerden der pflegenden Angehörigen vor und nach der Maßnahme treffen Deck et al. (2018) und Otto & de Wall (2019). Deck et al. (2018) berichten von einem Rückgang der Allgemeinbeschwerden in hohem Ausmaß (Baseline/8-Wochen Follow-up). Sechs Monate nach der Rehabilitation ist dieser Effekt allerdings nicht mehr statistisch signifikant. Otto & de Wall (2019) beschreiben, dass die Teilnehmer*innen ihrer Studie hinsichtlich allgemeiner Beschwerden nach acht Wochen signifikant geringer belastet waren als zu Beginn der Vorsorgemaßnahme.

Des Weiteren werden in den Studien noch vereinzelte Aussagen zur Entwicklung von Schmerzen (Deck et al., 2018), der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen (Otto & de Wall, 2019), der Beendigung der häuslichen Pflege und zur Mortalität der pflegebedürftigen Personen (Rynnänen et al., 2013) getroffen. Rynnänen et al. (2013) beschreiben, dass in der Kontrollgruppe die häusliche Pflege statistisch signifikant früher beendet wurde als in der Interventionsgruppe, die die stationäre Maßnahme erhielt. Ebenso zeigten sie statistisch signifikante Unterschiede bezüglich der Aufnahme/Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung und in Bezug auf den Tod des pflegebedürftigen

Angehörigen. Die entsprechenden Outcomes traten in der Interventionsgruppe später ein. Bezüglich der Schmerzbelastungen schildern Deck et al. (2018), dass diese sich am Ende der Rehabilitation bei allen erfassten Schmerzregionen reduzierten. Allerdings erreichten die Schmerzen sechs Monate nach der Rehabilitation bei allen erfassten Regionen wieder die Ausgangsbelastung oder überstiegen diese. Otto & de Wall (2019) beschreiben in ihrer Untersuchung, dass zum Zeitpunkt der Nachbefragung nach acht Wochen deutlich mehr pflegende Angehörige Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld bekamen, weitere einen Pflegedienst in Anspruch nahmen und mehr Personen einem Hobby nachgingen als zuvor.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es weiterer randomisiert kontrollierter Studien bedarf, um gesicherte Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit zu treffen. Grundsätzlich scheint es so zu sein, dass die Effekte mit größerem zeitlichen Abstand zur Maßnahme wieder rückläufig sind.

Gelingensbedingungen stationärer Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige

Aus den bereits thematisierten vier Veröffentlichungen lassen sich indirekt einige Gelingensbedingungen ableiten, auch wenn diese von den Autor*innen nicht als solche benannt werden. In allen Beiträgen wird der Zugang thematisiert. Hier ist es zunächst erforderlich, dass den pflegenden Angehörigen Informationen zu Vorsorge- und Rehabilitationsangeboten vorliegen und sie von ihrem Anspruch Kenntnis erhalten (Hertle et al., 2014). Hertle et al. (2014) weisen darauf hin, dass auch Hausärzt*innen sensibilisiert sein müssen. Als problematisch beschreiben sie, dass andere Kontaktpunkte wie Pflegedienste, Pflegeberatungsstellen und der Medizinische Dienst die Vorsorge- und Rehabilitationsbedürftigkeit der pflegenden Angehörigen in der Regel nicht im Blick haben (fehlendes Mandat). Des Weiteren ist für die Inanspruchnahme der stationären Vorsorge oder Rehabilitation die zeitgleiche adäquate Versorgung der pflegebedürftigen Person unabdingbar, für welche individuelle Lösungen vonnöten sind (Hertle et al., 2014). Zum Teil wird auch die gemeinsame Aufnahme als Voraussetzung für die Inanspruchnahme genannt (Deck et al., 2018). Hier zeigt sich, dass den pflegenden Angehörigen ein Umgang mit der pflegebedürftigen Person wichtig ist, der den eigenen Vorstellungen entspricht. Rynnänen et al. (2013) führen als Grund für die Nicht-Teilnahme an ihrer Studie beispielsweise an, dass die pflegenden Angehörigen ihre pflegebedürftige Person nicht alleinlassen wollten. Ein weiterer Grund für die Nicht-Teilnahme war, dass die pflegebedürftige Person die Teilnahme verbot. Auch Hertle et al. (2014) schildern, dass Angst vor Veränderung und Angst vor Verschlechterung in der Kurzzeitpflege eine Barriere/Herausforderung seitens der pflegebedürftigen Person darstellen.

Als weitere Gelingensbedingung für die Umsetzung stationärer Vorsorge und Rehabilitation auf Systemebene ist die adäquate Zuweisung durch Kostenträger und eine gewisse Planungssicherheit für die Kliniken zu nennen (Hertle et al., 2014). Hierfür ist die Bekanntheit der Angebote bei den Kostenträgern erforderlich. Als nachteilig und herausfordernd beschreiben Hertle et al. (2014) die sozialgesetzliche Trennung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen. Die Krankenkassen sind zwar Kostenträger, haben durch die Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings aber keine wirtschaftlichen Vorteile und erhalten von der Pflegeversicherung keinen entsprechenden Ausgleich. Auch auf der Individuumsebene gibt es hinsichtlich der Finanzierung Faktoren, die zum Gelingen oder Scheitern der Inanspruchnahme beitragen können. Erforderlich ist die ausreichende Finanzierung der Kurzzeitpflege während der Maßnahme. Aktuell ist es so, dass die Fremdbetreuung während der Vorsorge oder Rehabilitation den Jahresanspruch für die Kurzzeitpflege vollständig aufbraucht. Für Krankheits- oder Urlaubszeiten bleibt kein Budget übrig (Hertle et al., 2014).

In Bezug auf die Organisation und die Inhalte der Maßnahme empfehlen Hertle et al. (2014) u. a. die Aufnahme der pflegenden Angehörigen in Gruppen, da dies eine bessere Voraussetzung schafft, um Selbstfürsorge zu erlernen. Während der Maßnahme dazuzulernen, empfanden auch die pflegenden Angehörigen in der Untersuchung von Deck et al. (2018) als hilfreich. Ebenso hervorgehoben wurde die Möglichkeit, während der Maßnahme zu entspannen und Kräfte zu sammeln (Deck et al., 2018). Hertle et al. (2014) weisen außerdem auf die Vorteile der Durchführung in Heimatnähe

hin. Findet die Maßnahme in größerer Entfernung statt, ist die Beratung zu Entlastungsangeboten und lokalen Strukturen am Heimatort ggf. nicht suffizient möglich, weil diese nicht bekannt sind.

Zur nachhaltigen Erfolgssicherung der Maßnahme bedarf es laut Deck et al. (2018) einer auf die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen ausgerichteten Nachsorge. Auch Hertle et al. (2014) weisen auf begleitende Nachsorgekonzepte für eine nachhaltige Entlastung hin. Hierfür ist es häufig auch erforderlich, dass im Nachgang zusätzliche Entlastungsangebote angenommen werden (z. B. potenziell entlastende Unterstützungssysteme für demenziell erkrankte Personen) (Deck et al., 2018). Diese müssen allerdings erstens zur Verfügung stehen und zweitens müssen sowohl pflegende Angehörige als auch ihre pflegebedürftigen Personen hierfür offen sein. Otto & de Wall (2019) betrachten die zeitweilige Betreuung in der Vorsorge als Einstieg in die entlastende Tagespflege oder Inanspruchnahme eines Pflegedienstes. Die entsprechende Erfahrung kann die Bereitschaft bei den pflegebedürftigen Personen erhöhen, sich zeitweise auch fremdbetreuen zu lassen.

Inwiefern sind die Konzepte auf die verschiedenen Lebensphasen der pflegenden Angehörigen zugeschnitten?

Ein ausdrücklicher Zuschnitt auf eine bestimmte Lebensphase wurde in keiner der Studien beschrieben. In den Interventionsstudien handelte es sich bei der Zielgruppe aber überwiegend um Frauen im höheren Lebensalter. In der Erhebung von Deck et al. (2018) lag das durchschnittliche Alter bei 75 Jahren. Die Range erstreckte sich von 56 bis 88 Jahren. Auch von Otto & de Wall (2019) wird keine explizite Ausrichtung auf eine bestimmte Lebensphase erwähnt. Das durchschnittliche Alter liegt mit 74,5 Jahren aber in einem ähnlichen Bereich. Überwiegend nahmen Frauen die Maßnahme wahr (76,3%), die ihren an Demenz erkrankten Partner pflegten, mit dem sie in der Regel zusammenlebten. Bei Ryyänen et al. (2013) lag das durchschnittliche Alter in der Interventionsgruppe bei 63 Jahren, in der Kontrollgruppe bei 68 Jahren. Auch hier war ein Großteil der Teilnehmenden weiblich (79%) und pflegte den/die (Ehe-)Partner*in (68%).

In der Recherche von Hertle et al. (2014) waren kleine, sehr spezielle Gruppen pflegender Angehöriger, wie z. B. pflegende Jugendliche oder junge Erwachsene („young carers“), ausdrücklich ausgeschlossen. Auch wenn in dem Gutachten keine zugeschnittenen Konzepte vorgestellt werden, machen die Autor*innen einige Angaben bzgl. der Bedarfe in unterschiedlichen Lebensphasen. Sie weisen daraufhin, dass je nach Alter häufig verschiedene Belastungsgrade bestehen. Als besonders gefährdet werden Senior*innen beschrieben, die ihren Partner/ihre Partnerin pflegen. Im höheren Alter stehen Abschied und Trauerprozesse im Vordergrund. Darüber hinaus weisen sie daraufhin, dass bei Frauen durch die klassische Rollenverteilung häufig eine Doppel- und Mehrfachbelastung vorliegt und die subjektive Belastung oft höher ausfällt. Die Berücksichtigung von Gender-Aspekten bei der Umsetzung von Entlastungsangeboten halten Hertle et al. (2014) daher für erforderlich. Abschließend weisen die darauf hin, dass bei vielen Betroffenen Demenz die Pflegebegründende Diagnose ist. Dies erfordert ihrer Einschätzung nach beim pflegenden Angehörigen in besonderem Maße psychische Verarbeitungsprozesse.

Inwiefern sind die Konzepte auf verschiedene Indikationen der pflegenden Angehörigen zugeschnitten?

Ein Zuschnitt des Konzeptes auf eine bestimmte Indikation wird von Deck et al. (2018) beschrieben. Das in der Studie durchgeführte Angebot war auf die psychosomatische Behandlung von Menschen, die einen demenzkranken Angehörigen pflegen, spezialisiert. Die häufigsten Diagnosen bei den Rehabilitand*innen waren leicht- oder mittelgradige Depressionen und Anpassungsstörungen. In den anderen Studien wird ein Zuschnitt der Konzepte auf unterschiedliche Indikationen nicht explizit beschrieben. Otto & de Wall (2019) weisen in ihrer Publikation darauf hin, dass bei den Vorsorge-Patient*innen der Stichprobe chronische Erkrankungen altersentsprechend vermehrt auftraten. Zu den häufigsten Erkrankungen gehörten Bluthochdruck, Operationen an verschiedenen Organen, Herz- und Krebserkrankungen und Rückenprobleme.

Hertle et al. (2014) stellen in ihrem Gutachten die Besonderheiten für pflegende Angehörige in Bezug auf einzelne Klinikschwerpunkte dar. Sie gehen davon aus, dass die Grundstrukturen von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in fast allen Indikationsbereichen sehr gut für die inhaltliche Anpassung an die Zielgruppe geeignet sind. Exemplarisch beschreiben sie, dass in der geriatrischen Rehabilitation die Versorgung von mitgebrachten pflegebedürftigen Personen häufig relativ problemlos geleistet werden kann. Sie weisen darauf hin, dass Pflegeschulungen ohnehin oft im Rahmen von Angehörigenschulungen oder des Entlassungsmanagements stattfinden. In der psychosomatischen Rehabilitation ist von einem hohen Bewusstsein für die psychischen Belastungen durch die häusliche Pflege auszugehen. Wichtige Anforderungen – wie das Erlernen von Coping-Strategien, Selbstfürsorge, Entspannung, Bearbeitung von Schuldgefühlen, Kommunikationstrainings etc. – können hier sehr gut erbracht werden. In der somatischen Rehabilitation bündeln sich stationäre Angebote überwiegend im Indikationsbereich Orthopädie, da bei pflegenden Angehörigen häufig Probleme aus dem orthopädischen Bereich vorliegen.

*Fokusgruppe mit Expert*innen/Interviews mit Nutzer*innen*

Neben dem Scoping Review wurden im Kontext der Konzeptentwicklung eine Fokusgruppe mit Expert*innen und fünf Interviews mit Nutzer*innen durchgeführt und ausgewertet. Ziel war es, zu erfahren, welche unterschiedlichen Meinungen, Vorstellungen und Wünsche beide Gruppen an stationäre Vorsorge/Rehabilitation für pflegende Angehörige haben. Ein Schwerpunkt war die Berücksichtigung unterschiedlicher Lebensphasen und Pflegesituationen.

Die Fokusgruppe mit Expert*innen fand im Juni 2021 mit sieben Personen aus den Bereichen Selbsthilfe, Interessenvertretung, Wissenschaft und Beratung statt. Außerdem nahmen Vertreter*innen der stationären Vorsorge, der Müttergenesung und einer Angehörigenambulanz mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie teil. Die Erhebung wurde im Online-Format via Zoom durchgeführt. Es wurde in insgesamt drei Themenblöcken den Fragen nachgegangen, welche Bedarfe aus Sicht der Expert*innen bezogen auf stationäre Maßnahmen für pflegende Angehörige bestehen, wie diese Maßnahmen ausgestaltet sein sollten und welche Unterschiede bzgl. stationärer Vorsorge und Rehabilitation zu berücksichtigen sind. Abschließend wurde noch eruiert, welche Herausforderungen im Rahmen der Konzeptentwicklung auftreten könnten.

Ursprünglich war es geplant, auch die Perspektive der Nutzer*innen in Form einer Fokusgruppe einzubeziehen – aufgrund der besonderen Situation (Covid-19-Pandemie, Notwendigkeit der digitalen Durchführung mittels Videokonferenz-Software, schwierige Erreichbarkeit der Zielgruppe) wurde von diesem geplanten methodischen Vorgehen abgewichen. Es wurden Termine für telefonische Einzelinterviews vereinbart, ein Interview konnte via Zoom geführt werden. Die Gespräche fanden im Mai 2021 statt und dauerten 17 bis 100 Minuten. Interviewt wurden fünf weibliche pflegende Angehörige im Alter von 50 bis 83 Jahren. Drei der interviewten Personen pflegten ihren Ehemann, eine weitere ihre Mutter und eine ihre Eltern. Die pflegebedürftigen Personen waren u. a. an Demenz oder Parkinson erkrankt, hatten kognitive Einschränkungen aufgrund von Hirnblutungen oder litten an einer Herzerkrankung. Ziel war es, durch die Interviews Einblicke in die Lebenswelt der Zielgruppe zu gewinnen. Es sollten die Wünsche und die Bedarfe hinsichtlich stationärer Vorsorge und Rehabilitation eruiert werden. Vor diesem Hintergrund wurde erfragt, welche Angebote vorhanden sein müssen, damit pflegende Angehörige von einer solchen Maßnahme profitieren können. Auch der Zugang wurde thematisiert, in dem Sinne, dass erfragt wurde, welche Hindernisse bei der Inanspruchnahme bestehen und was erforderlich ist, um mit einem guten Gefühl anreisen zu können. Des Weiteren wurden die Ziele einer solchen Maßnahme thematisiert und die Interviewten wurden gebeten, auszuführen, was aus ihrer Sicht nach der Zeit der Maßnahme erforderlich ist, um den potenziellen Nutzen aufrechtzuerhalten.

*Welche Meinungen, Vorstellungen und Wünsche bestehen hinsichtlich stationärer Vorsorge/Rehabilitation für pflegende Angehörige bei Expert*innen und Nutzer*innen?*

In Bezug auf die gesundheitlichen Bedarfe pflegender Angehöriger wird den Diagnosen im Bereich der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen eine besondere Rolle zugewiesen. Laut Aussage der Expert*innen leiden nahezu alle pflegenden Angehörigen unter Depressionen oder Ängsten. Vor diesem Hintergrund empfehlen sie ein „rundum psychosomatisches Behandlungsprogramm“, welches auf die Belange pflegender Angehöriger zugeschnitten sein muss. Auch die Nutzer*innen heben die „Stärkung der Psyche“ explizit hervor und wünschen sich eine individuelle psychologische Betreuung. 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 Rehabilitation und zu Beginn einer Maßnahme als elementar beschrieben. Neben der psychologischen Betreuung werden besonders häufig die Freizeit/Zeit für sich und das Thema „Selbstfürsorge“ inkl. der Überwindung des schlechten Gewissens benannt. Eine Expertin empfiehlt, das Thema Selbstfürsorge schon vor der Maßnahme anzusprechen. Im Vorhinein ist auch der Wunsch der Nutzer*innen nach Transparenz sehr groß – sie möchten vorab erfahren, was sie genau während der Maßnahme an Therapien, Angeboten etc. erwarten wird. Durch die Erhebungen wird deutlich, dass die Tagesgestaltung in der Einrichtung Flexibilität in besonderem Maße zulassen sollte.

Als Gelingensbedingung, damit der/die pflegende Angehörige sich um sich selbst kümmern kann, steht die adäquate Versorgung der pflegebedürftigen Person an erster Stelle. Die Wünsche pflegender Angehöriger bzgl. der Versorgung und der (möglicherweise gemeinsamen) Reise sind allerdings sehr verschieden. Es bedarf daher individueller Lösungen und Absprachen für jedes Pflegegetandem, insbesondere, weil sich die Kommunikation mit der pflegebedürftigen Person nicht immer einfach gestaltet. Ein persönlicher Austausch vor der Maßnahme könnte genutzt werden, um den gesundheitlichen Zustand objektiv einzuschätzen und bei Anreise nicht von einem deutlich schlechteren Gesundheitszustand überrascht zu werden. Eine heterogene Zusammenstellung der Gruppen (hinsichtlich Alter und Art der Pflegebedürftigkeit) halten die Expert*innen und auch teilweise die Nutzer*innen für problematisch. Eine besondere Rolle nimmt die Pflege von demenziell erkrankten Personen ein. Neben dem Alter und der Art der Pflegebedürftigkeit ist auch das Verwandtschaftsverhältnis ein Aspekt, der bei der Gruppenzusammenstellung Berücksichtigung finden sollte. Hinsichtlich des Geschlechts werden getrennte Gruppen nicht als erforderlich angesehen. Dennoch sollten Themen wie z. B. Rente, Erwerbstätigkeit und Rollenklärung geschlechtersensibel in den Angeboten abgebildet werden.

In Bezug auf die Nachsorge wird im Expert*innenkreis eine persönliche Begleitung angeregt. Diese sollte von einer Person übernommen werden, die den pflegenden Angehörige/die pflegende Angehörige und das Setting bereits gut kennt und zu der eine vertrauensvolle Beziehung besteht.

Bezüglich der Unterscheidung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen und den jeweiligen Angeboten nehmen die Expert*innen einen fließenden Übergang wahr. Bei der Behandlungsbedürftigkeit wird in Bezug auf die Dauer der Pflege eine Differenzierungsmöglichkeit gesehen. Es wird vermutet, dass ein Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen bei den meisten pflegenden Angehörigen im Laufe der Zeit eintritt. Es wird daher empfohlen, allen pflegenden Angehörigen bei Aufnahme der Pflegetätigkeit eine Vorsorgemaßnahme anzubieten. Deutlich machen die Expert*innen, dass eine Unterscheidung von Vorsorge und Rehabilitation nicht durch die Anzahl der Anwendungen getroffen werden kann.

Als Herausforderungen bei der Umsetzung dieser Angebote werden von den Expert*innen im Wesentlichen drei Aspekte beschrieben: die Einbindung von Kostenträgern, die Unwissenheit über die Anspruchsberechtigung (insbesondere bei Hausärzt*innen) und die Heterogenität der Gruppe der pflegenden Angehörigen.

Auf Grundlage der Literaturrecherche, der Fokusgruppe mit Expert*innen und Interviews mit Nutzer*innen wurde das Rahmenkonzept von der AW Kur und Erholungs GmbH erstellt. Die genauen

Inhalte, Module und Qualitätskriterien können entsprechend nachgelesen werden. Sowohl das Konzept als auch der Projektbericht sind auf der [Homepage des Projektträgers](#) abrufbar.

4.4 Konzeptvalidierung

Im Folgenden wird auf die Phase der Konzepterprobung und -validierung detaillierter eingegangen. Hierzu wird zunächst das methodische Vorgehen (Kapitel 4.4.1) beschrieben. Im Anschluss erfolgt die Darstellung der Ergebnisse (Kapitel 4.4.2).

4.4.1 Methodisches Vorgehen

Studiendesign und -ablauf

Die Validierung im Rahmen des Modellprojekts wurde als Mixed-Methods-Ansatz geplant, d. h. es wurden quantitative und qualitative Datenerhebungen und -auswertungen miteinander kombiniert (Döring & Bortz, 2016). Pflegende Angehörige, die eine stationäre Vorsorge oder Rehabilitation wahrgenommen haben, wurden zu zwei Zeitpunkten (t0 und t1) schriftlich befragt und nach der Maßnahme gebeten, auf freiwilliger Basis an einem qualitativen Interview teilzunehmen. Die Fragebögen und der Leitfaden befinden sich im Anhang (Anhang 1 und 2). Eingeschlossen wurden alle pflegenden Angehörigen, die eine Maßnahme wahrgenommen haben und mindestens 18 Jahre alt waren. Erhoben wurde in den Jahren 2022/23 in folgendem Klinikspektrum:

Tab. 3: Spektrum kooperierender Vorsorge- und Rehabilitationskliniken

Klinik	Indikationsbereich	Erhebungszeitraum
Vorsorgeklinik für pflegende Angehörige (1)	Psychosomatische/psychovegetative Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, Diabetes Mellitus Typ II	April 2022 – April 2023
Vorsorgeklinik für pflegende Angehörige (2)	Psychosomatische/psychovegetative Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems	Juni 2022 – April 2023
Rehabilitationsklinik (1)	Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislauf-Systems	Juli 2022 – August 2023
Rehabilitationsklinik (2)	Psychische und psychosomatische Erkrankungen	Oktober 2022 – März 2023
Rehabilitationsklinik (3)	Psychische und psychosomatische Erkrankungen	Januar 2023 – März 2023
Kinderfachklinik ¹	Psychosomatische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen	September 2022 – Mai 2023

Im Folgenden wird zunächst das methodische Vorgehen bei der Fragebogenerhebung geschildert, im Anschluss folgt die Methodik, die bei der Datenerhebung mittels leitfadengestützter qualitativer Interviews gewählt wurde.

¹ Die Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitung erforderte ein Mindestalter von 18 Jahren, sodass Kinder und Jugendliche, die nicht volljährig waren, nicht befragt wurden.

Schriftliche Befragung

Die schriftliche Befragung erfolgte anonym, ohne persönliche Kennung und ohne Erinnerungsschreiben bei ausbleibender Rückantwort. Der Versand der Fragebögen und der Einladungen zur Interviewteilnahme erfolgte über die Kliniken. Die t0-Rücklaufquote in der Vorsorge betrug 83,4 % und in der Rehabilitation 75,2 %. Ursprünglich versandt wurden 349 Fragebögen für die Vorsorge bzw. 230 t0-Bögen für die Rehabilitation. Die t1-Rücklaufquote betrug 63,3 % in der Vorsorge und 46,9 % in der Rehabilitation. Versandt wurden hier ursprünglich 283 (Vorsorge) bzw. 228 (Rehabilitation) Bögen. Einen t1-Bogen erhielten nur Personen, die ihr explizites Einverständnis zur weiteren Teilnahme an der Befragung gegeben hatten. Die Erfordernisse des Datenschutzes wurden eingehalten. Es wurde keine Non-Responder-Analyse durchgeführt, sodass zu den Gründen der Nicht-Teilnahme keine Aussage getroffen werden kann. Die Anzahl der befragten Personen variierte zwischen den Kliniken deutlich, was u. a. mit der Zuweisung und der Art des Angebots seitens der Klinik zu tun hatte.

Messmethoden – Validierungsfragen (t1)

Da keine methodisch erprobten Fragebögen über die interessierenden Fragestellungen herangezogen werden konnten, basiert der konstruierte t1-Fragebogen größtenteils auf selbst entwickelten Fragen zur Validierung des Konzeptes. In enger Anlehnung an das entwickelte Rahmenkonzept wurden Items konstruiert und nach inhaltlichen Themenbereichen sortiert. Dies waren „Ausrichtung speziell für pflegende Angehörige“ und „Inhalte und Umsetzung der Maßnahme“. Beispielhafte Items aus diesen Bereichen sind: „Neben mir waren auch noch andere pflegende Angehörige zeitgleich in der Klinik.“ oder „Es wurde Wissen vermittelt, das mir hilft, den Pflegealltag zu bewältigen.“. Um die Forschungsfragen zu beantworten, beinhalteten diese Validierungsfragen grundsätzlich sowohl eine Abfrage des Ist-Zustands als auch eine Bewertung der Wichtigkeit des Aspektes. Die Erfragung des Ist-Zustands ermöglichte es, den kooperierenden Kliniken in gewissen Zeitabständen eine Bewertung zurückzumelden und Entwicklungsbedarfe aufzuzeigen. Der Ist-Zustand war mit den Antwortoptionen „ja/nein/weiß nicht“ zu beantworten. Mithilfe der Bewertung der Wichtigkeit von Inhalten wurde eine Basis für die Entwicklung von Gelingensbedingungen und die Überarbeitung des Rahmenkonzeptes gebildet. Die Wichtigkeit der Aspekte wurde mit „wichtig/nicht wichtig“ abgefragt. Die Validierungsfragen wurden um offene Fragen ergänzt, wie z. B. „Wenn Sie nicht zufrieden waren, was hätten Sie sich anders gewünscht?“. Im vorliegenden Bericht werden ausschließlich die Fragen bzgl. der Wichtigkeit dargestellt.

Messmethoden – Wirkungstendenzen

Neben der Validierung des Konzeptes sollte auch das Explorieren möglicher Wirkungen durch die Maßnahme erfolgen. Ziel war daher die konzeptspezifische Erfassung möglicher Wirkungstendenzen mit einer überschaubaren Anzahl an Fragen. Die Auswahl der Instrumente erfolgte anhand des zugrunde gelegten Wirkmodells des Rahmenkonzeptes. Gemessen wurden daher:

- Selbstwirksamkeit (in Bezug auf Selbstfürsorge und Handlungskompetenz im Pflegealltag)
- Belastungen durch die häusliche Pflege
- (generische) gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zur Erfassung der (situations-)spezifischen Selbstwirksamkeit wurde die Eight-Item Caregiver Self-Efficacy Scale (CSES-8) (Ritter et al., 2022) verwendet. Das Instrument ist unidimensional konzipiert, berührt durch die spezifischen Fragen zum Pflegealltag, aber auch die Bereiche der Selbstfürsorge und der pflegerischen Handlungskompetenz. Die Items zielen auf die folgenden Bereiche ab: Entlastung (1), Kontrolle negativer Gedanken (2, 3), Bewältigung neuer Situationen (4), Stressmanagement (5), Selbstfürsorge (6), Suche nach Ressourcen (7) und Verhinderung störender Ver-

haltensweisen (8). Im Rahmen der acht Fragen werden die pflegenden Angehörigen gebeten, einzuschätzen wie sicher oder zuversichtlich sie sind, ein bestimmtes Verhalten zeigen zu können, z. B. „Wie sicher oder zuversichtlich sind Sie, dass Sie eine Person aus dem Freundeskreis oder der Familie bitten können, bei Ihrem Angehörigen zu bleiben, wenn Sie selbst Besorgungen machen oder zum Arzt gehen müssen?“. Zur Bewertung sieht die CSES-8 eine zehnstufige, ordinalskalierte Likert-Skala vor, die von „überhaupt nicht zuversichtlich“ (1) bis „absolut zuversichtlich“ (10) reicht und nur an den Endpunkten beschriftet ist. Berechnet wird der CSES-8-Wert, indem ein Mittelwert über alle gegebenen Antworten gebildet wird. Toleriert werden können hierbei maximal zwei fehlende Antworten. Der errechnete Score kann Werte von 1 bis 10 annehmen. Ein höherer Wert steht dabei für ein größeres Ausmaß an Selbstwirksamkeit.

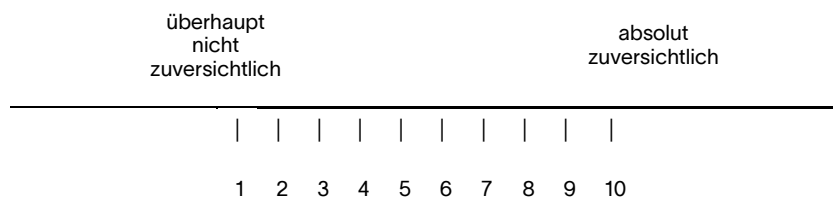


Abb. 7: Bewertungsskala der CSES-8

Der Mittelpunkt der Skala liegt bei 5,5 und wurde genutzt, um die Bewertung „nicht zuversichtlich“/„zuversichtlich“ zu treffen. Ritter et al. (2022) geben für die Skala Cronbach’s Alpha Werte von $\alpha = .89$ und $\alpha = .88$ an.

Da die CSES-8 nur in der englischsprachigen Version vorlag, wurde das Instrument nach dem TRAPD-Verfahren übersetzt (Translation, Review, Adjudication, Pretest, Documentation) (Behr, 2015; Harkness, 2003). Hierfür wurden zunächst drei unabhängige Übersetzungen angefertigt, zwei davon von ausgebildeten, professionellen Übersetzer*innen. Danach wurden die Übersetzungen im Team der wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen diskutiert, offene Fragen wurden im Anschluss mit der Projektleitungsebene diskutiert. Der Pretest erfolgte im Rahmen der Testung des vollständigen t0-Fragebogens mit vier pflegenden Angehörigen. Daraufhin wurde die Übersetzung entsprechend den Rückmeldungen überarbeitet. Die schlussendlich verwendete Version findet sich auf Seite 4 des Fragebogens im Anhang (Anhang 1).

Zur Messung der Belastungen bei pflegenden Angehörigen wurde die Kurzversion der Häuslichen Pflege-Skala (HPS-k) herangezogen, welche aus zehn Items besteht. Ihr Summenwert stellt ein globales Maß für die wahrgenommene Belastung durch die häusliche Pflege dar und ermöglicht die Abschätzung, wie dringlich Entlastung benötigt wird. Die Skala eignet sich für Querschnitt- und Verlaufsuntersuchungen und zur Erfassung der zeitlichen Veränderungen (Gräbel et al., 2014). Die zehn Items beziehen sich u. a. auf die Bereiche der psychischen und physischen Erschöpfung oder der sozioökonomischen Situation, wie z. B. durch Aussagen wie „Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.“. Die Befragten können die Aussagen in Bezug auf ihre gegenwärtige Situation auf einer vierstufigen, ordinalskalierten Likert-Skala bewerten („stimmt genau“ (3), „stimmt überwiegend“ (2), „stimmt ein wenig“ (1), „stimmt nicht“ (0)). Der durch Addition entstehende Summenwert kann folglich einen Wertebereich von 0 bis 30 annehmen. Ein höherer Wert steht dabei für ein größeres Ausmaß der Belastung. Die Beurteilung des Summenwertes erfolgt durch die Kategorien „niedrige“, „mittlere“ und „hohe pflegerische Belastung“ (s. Tab. 4, S. 46). Gräbel (2014) gibt für die Kurzversion der Häuslichen Pflege-Skala ein Cronbach’s alpha von $\alpha = 0,92$ an.

Tab. 4: Interpretation des HPS-k-Summenwertes (DEGAM, 2014, S. 89)

Punkte: HPS-k Summenwert	Interpretation:	Bedeutung:
0–5	Die (subjektive) Belastung des/der pflegenden Angehörigen ist ...	Das Risiko für eine eingeschränkte subjektive Gesundheit des/der pflegenden Angehörigen ist ...
6–14	sehr gering bis gering	sehr gering
15–30	mittel	erhöht
	stark bis sehr stark	deutlich erhöht

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mittels des SF-12 als ökonomische Kurzform des SF-36 gemessen (Morfeld et al., 2011). Hierbei handelt es sich um ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der Lebensqualität über acht Dimensionen hinweg. Dies sind: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Diese lassen sich den Grunddimensionen der körperlichen und psychischen Gesundheit zuweisen, auf diese Weise kann eine körperliche und psychische Summenskala errechnet werden (KSK, PSK). Das Instrument besteht aus zwölf Items mit unterschiedlichen Antwortformaten, z. B. „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ („ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“, „weniger gut“, „schlecht“) oder „Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ruhig und gelassen?“ („immer“, „meistens“, „ziemlich oft“, „manchmal“, „selten“, „nie“). Das Scoring und die Berechnung erfolgten gemäß dem Manual und unter Zuhilfenahme der entsprechend mitgelieferten SPSS-Syntax „SF_12_STANDARD_SCORING.SPS“ (Morfeld et al., 2011). Die Standardisierung der Skalenwerte erfolgte anhand der amerikanischen Normstichprobe. Die errechneten Werte können Zahlen zwischen 0 und 100 annehmen. Je höher der erreichte Wert ist, desto besser ist die körperliche bzw. psychische Verfassung der Befragten einzuschätzen. Zur Beschreibung der internen Konsistenz des SF-12 werden von den Autor*innen je nach Untersuchung Cronbach’s alpha Werte von $\alpha = 0,78$ und $\alpha = 0,83$ für die körperliche Summenskala und Werte von $\alpha = 0,70$ und $0,87$ für die psychische Summenskala angegeben. Zum Vergleich wurden im vorliegenden Bericht die altersspezifischen Werte der Deutschen Normstichprobe von 1994 herangezogen (61–70 Jahre in der Vorsorge; 51–60 Jahre in der Rehabilitation).

Datenaufbereitung

Vor der statistischen Analyse, welche mit dem Programm IBM SPSS Statistics 28 durchgeführt wurde, erfolgte zunächst die Bereinigung der Daten, das Umcodieren von Variablen und die Berechnung neuer Variablen. Nach Döring & Bortz (2016) handelt es sich hierbei um Schritte der Datenaufbereitung. Bei dieser erfolgen begründete und dokumentierte Bearbeitungen des Rohdatenmaterials, die die Aussagekraft und Verwendbarkeit der Daten steigern und die inhaltliche Datenanalyse vorbereiten. Im ersten Schritt wurden die Daten bereinigt, es wurden Fälle ausgeschlossen, die die Einschlusskriterien für die Analyse nicht erfüllten (s. Tab. 5, S. 47). Fälle, bei denen im Fragebogen ersichtlich war, dass die pflegebedürftige Person bereits stationär versorgt wurde oder schon verstorben war, wurden ausgeschlossen. Des Weiteren wurden Fragebögen von der Analyse ausgeschlossen, die mit unvollständiger Seitenanzahl zurückgesandt wurden. Eine Bereinigung über den Pflegegrad der pflegebedürftigen Person (z. B. Ausschluss bei Pflegegrad 0) erfolgte bewusst nicht. Hintergrund ist der präventive Ansatz, der in einer Klinik vorrangig verfolgt wurde. Hier erfolgte der Einschluss pflegender Angehöriger nahezu ausschließlich über ein Monitoring-Verfahren, d. h., es wurden Rehabilitand*innen, die bereits vor Ort waren, hinsichtlich des Kontextfaktors der häuslichen Pflege gescreent und zur Teilnahme am Programm eingeladen. Hierfür war es nicht erforderlich, eingetragene Pflegeperson zu sein oder einen bestimmten Pflegegrad der pflegebedürftigen Person nachzuweisen.

Tab. 5: Datenaufbereitung: Bereinigte Stichproben

	Zeitpunkt	n (vor Bereinigung)	n (nach Bereinigung)	Anzahl ausgeschlossener Fälle
Vorsorge	t0	292	267	25
	t1	180	159	21
Rehabilitation	t0	173	163	10
	t1	115	106	9

Innerhalb des zweiten Schritts der Datenaufbereitung, dem Umcodieren, wurden insbesondere die Variablen der Messinstrumente so codiert, dass sie den für das Scoring erforderlichen Wert hatten. Im dritten Schritt erfolgte die Berechnung neuer Variablen, um z. B. die Belastung durch die häusliche Pflege als Summenwert ausgeben zu können.

Statistische Analysen

Nach der Aufbereitung erfolgte zur Überprüfung der Reliabilität die Berechnung der Cronbach's Alpha-Werte für alle Skalen (CSES-8, HPS-k und SF-12). Der Koeffizient stellt inhaltlich die durchschnittliche Korrelation zwischen allen Einzelitems dar und sollte zwischen 0,7 und 0,9 liegen (Cronbach, 1951; Döring & Bortz, 2016; Streiner, 2010). Die Ergebnisse der Stichprobenbeschreibung wurden mittels Häufigkeitsauswertungen bei den kategorialen Merkmalen (Geschlecht, Berufstätigkeit, Beziehung zur pflegebedürftigen Person, gemeinsamer Haushalt, weitere Unterstützung bei der Pflege, Begleitung durch die pflegebedürftige Person während der stationären Maßnahme, Pflegegrad etc.) und bei den stetigen Merkmalen (Alter, Dauer der Pflege in Jahren, CSES-8, HPS-k, SF-12 etc.), anhand der Mittelwerte (MW), Standardabweichungen (SD) und der Range ermittelt. In Bezug auf die Instrumente zu den Wirkungstendenzen wurden die Ergebnisse vor und nach der Maßnahme gegenübergestellt – es erfolgten keine interferenzstatistischen Analysen, da diese im verwendeten Studiendesign kaum Aussagekraft haben und nicht Ziel des Projekts waren. Die selbst entwickelten Fragen zur Validierung wurden mittels Häufigkeiten in Prozentangaben ausgewertet und befinden sich in ausführlicher Übersicht im Anhang (Anhang 3 und Anhang 4). Fragen, die Antworten im Freitext-Format zuließen, wurden in Bezug auf die gegebenen Antworten induktiv geclustert und entsprechend ausgezählt.

Durchführung der Interviews

Die Befragung mittels leitfadengestützter qualitativer Interviews erfolgte telefonisch mit insgesamt 17 pflegenden Angehörigen. Die Rekrutierung der pflegenden Angehörigen für die telefonischen Einzelinterviews fand wie in Kapitel 3.4.2 beschrieben statt.

Die Dauer der Interviews variierte zwischen 32 und 57 Minuten und fand entsprechend dem im Vorfeld entwickelten Interviewleitfaden statt. Die Fragen waren inhaltlich auf die Validierungsschwerpunkte der Umsetzung, der Akzeptanz und des subjektiven Nutzens festgelegt und den thematischen Schwerpunkten Zugang, Erfahrungen mit der Vorsorge/Rehabilitation und Wirkung/Veränderungen durch die Maßnahme zugeordnet. Der Leitfaden befindet sich im Anhang (Anhang 2).

Das zentrale Ziel der Validierung war es, zu eruieren, was für eine nutzer*innenorientierte stationäre Vorsorge bzw. Rehabilitation entscheidend ist. Um diese Frage zu beantworten, wurden die Rückmeldungen der pflegenden Angehörigen aus der Fragebogenerhebung und den Interviews berücksichtigt, die im Rahmen der Erprobung eine stationäre Maßnahme in Anspruch genommen haben. Auf Grundlage der qualitativen Datenanalyse sind Gelingensbedingungen für eine nutzer*innenorientierte Umsetzung abgeleitet worden, die durch die Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse gestützt und nachfolgend gemeinsam dargestellt werden. Sie basieren auf Aussagen, die mit der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit der pflegenden Angehörigen verbunden sind oder sind Schlussfolgerungen daraus. Zudem sind die geäußerten Wünsche der Befragten einbezogen. Aspekte, die mit der Unzufriedenheit zusammenhängen, skizzieren die Herausforderungen der Erprobung.

4.4.2 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt im Wesentlichen entlang des Schaubildes (s. Abb. 8) und beginnt nach der Stichprobenbeschreibung (4.5.2.1) mit dem Zugang pflegender Angehöriger zu speziell ausgerichteten stationären Maßnahmen (4.5.2.2). Bereits hier zeigen sich Bedingungen, die für ein Gelingen der Maßnahme wichtig sind. Es folgen die Erkenntnisse hinsichtlich der allgemeinen Gestaltung des Aufenthaltes abseits des medizinisch-therapeutischen Angebotes (4.5.2.3). Die Gelingensbedingungen, die in Bezug auf das medizinisch-therapeutische Angebot identifiziert werden konnten, werden untergliedert dargestellt. Hier sind das Verhalten bestimmter Angebote, die Organisation dieser Leistungen und das Verhalten des Personals relevant (4.5.2.4). Zu guter Letzt konnten auch Faktoren identifiziert werden, die die Nachhaltigkeit der Maßnahme und den subjektiven Nutzen dieser begünstigen (4.5.2.5). Es folgt eine abschließende Bewertung der Maßnahmen aus Nutzer*innensicht (4.5.2.6).

Die Gelingensbedingungen finden sich außerdem (nach Vorsorge und Rehabilitation) getrennt noch einmal aufgelistet und im Überblick im Anhang (Anhang 5 und Anhang 6).

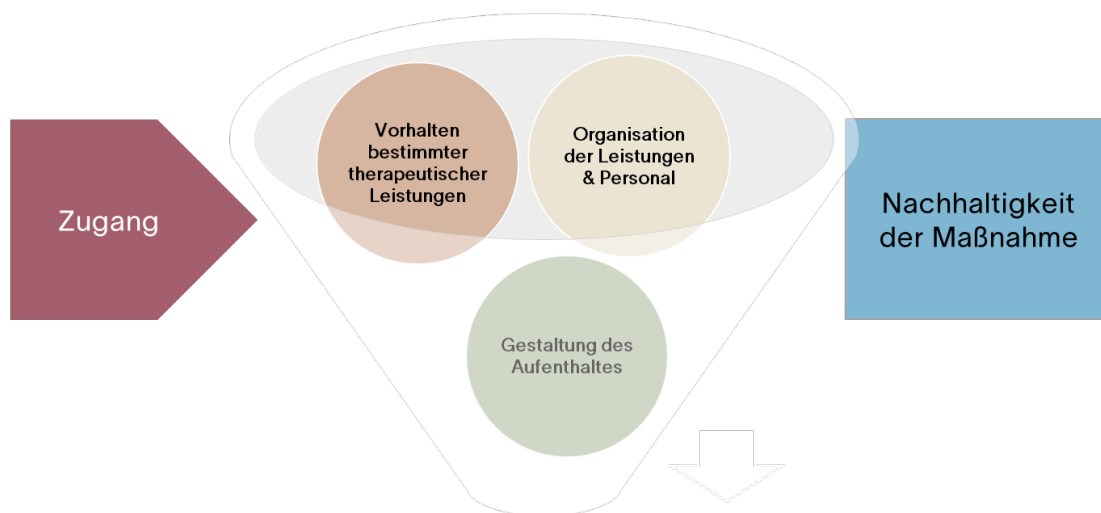


Abb. 8: Schaubild Kategorien von Gelingensbedingungen

4.4.2.1 Stichprobenbeschreibung

Welche Personen nehmen eine stationäre Vorsorge bzw. Rehabilitation für pflegende Angehörige in Anspruch?

Entsprechend den quantitativen Ergebnissen der Erprobung nehmen überwiegend Frauen im mittleren bis höheren Erwachsenenalter eine stationäre Maßnahme in Anspruch (s. Tab. 6, S. 49–50). Das durchschnittliche Alter der befragten Personen in der Vorsorge beträgt 67,9 Jahre, in der Rehabilitation ist es mit 55,8 Jahren etwas geringer. In der Stichprobe der Rehabilitand*innen ist ein Großteil der Befragten berufstätig (88,6 %), durchschnittlich arbeiten sie 32 Stunden in der Woche. In der Gruppe der Vorsorge fällt der Anteil der Berufstätigen mit 31,7 % deutlich geringer aus (24,3 h/Woche). In beiden Stichproben sind mehr als drei Viertel der befragten Personen weiblich. Im Durchschnitt wird die häusliche Pflege seit etwas mehr als sechs Jahren geleistet. Die Range reicht in beiden Stichproben von wenigen Monaten bis hin zu mehreren Jahrzehnten. Von den Patient*innen der Vorsorge werden überwiegend der/die eigene Partner*in gepflegt. In der Rehabilitation sind es häufiger die eigenen Eltern, die von den Befragten versorgt werden. Dieses Verhältnis spiegelt sich auch in der Wohnsituation wider. Die pflegenden Angehörigen der Vorsorge leben zu drei

Viertel mit der pflegebedürftigen Person zusammen, in der Rehabilitation nur ca. ein Viertel der befragten Personen.

Das durchschnittliche Alter der pflegebedürftigen Person liegt in beiden Gruppen bei ca. 77 Jahren, die Range ist allerdings sehr groß, d. h. es werden auch pflegebedürftige Personen im Kindes- und Jugendalter versorgt. Die pflegebedürftige Person in der Vorsorge-Gruppe ist häufiger männlich (61,5 %), in der Gruppe der Rehabilitand*innen häufiger weiblich (63,4 %). In Bezug auf den Pflegegrad der pflegebedürftigen Person besteht die Tendenz, dass dieser in der Vorsorge-Stichprobe etwas höher ausfällt. Als Grund für die Pflegebedürftigkeit wird in beiden Stichproben am häufigsten das Vorliegen einer Demenz/Alzheimer-Erkrankung angegeben. Nachfolgend werden auch Skelett-/Gelenkbeeinträchtigungen/Gelenkersatz, Mobilitätseinschränkungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Gründe genannt. Auch ein grundsätzliches hohes Lebensalter der pflegebedürftigen Person wird häufiger als Grund herangeführt.

In der Vorsorge wurden 42,0 % der Befragten von ihrer pflegebedürftigen Person begleitet, in der Rehabilitation kam dies so gut wie nie vor (0,6 %). Die pflegebedürftige Person blieb hier in der Regel zu Hause und wurde stattdessen von anderen Familienangehörigen oder Zugehörigen versorgt. Die pflegenden Angehörigen aus der Vorsorge gaben überwiegend an, dass die Tagesbetreuung der Vorsorgeklinik in Anspruch genommen wurde, die pflegebedürftige Person in einer Kurzzeitpflege untergebracht war oder zu Hause versorgt wurde.

Die Rehabilitand*innen erhalten mit 75 % etwas häufiger Unterstützung bei der Pflege als die Vorsorge-Patient*innen (61,7 %). Am häufigsten ist die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, in der Vorsorge-Stichprobe kommt außerdem die Unterstützung durch eine Tagespflegeeinrichtung regelmäßig vor. Die pflegenden Angehörige in der Rehabilitation erhalten häufig noch Unterstützung durch die eigenen Geschwister.

Tab. 6: Stichprobenbeschreibung: Fragebogenerhebung zum Zeitpunkt t0

Pflegende Angehörige		Vorsorge-Patient*innen, t0 (n = 267)	Rehabilitand*innen, t0 (n = 163)	Fehlende Werte
		n (%) ¹		n
Alter in Jahren		MW ² : 67,9 (SD ³ : 11,1); Range: 35–91	MW: 55,8 (SD: 6,8); Range: 18–74	3; 4
Geschlecht	weiblich männlich	216 (81,5 %) 49 (18,5 %)	122 (76,7 %) 37 (23,3 %)	3; 4
Berufstätigkeit	ja nein	83 (31,7 %) 179 (68,3 %)	140 (88,6 %) 18 (11,4%)	5; 5
Dauer der Pflege in Jahren		MW: 6,7 (SD: 6,7); Range: 0,75–49	MW: 6,1 (SD: 6,5); Range: 0,00–38)	0; 10
Beziehung zur pflegebedürftigen Person	(Ehe-)Partner/in Tochter/Sohn Mutter/Vater Schwiegertochter/-sohn Sonstiges	173 (65,8 %) 52 (19,8 %) 16 (6,1 %) 11 (4,2 %) 11 (4,2 %)	16 (10,1 %) 112 (70,9 %) 10 (6,3 %) 12 (7,6 %) 8 (5,1 %)	4; 5
Gemeinsamer Haushalt	ja nein	197 (77,3 %) 58 (22,7 %)	39 (24,5 %) 120 (75,5 %)	12; 4
Weitere Unterstützung bei der Pflege	ja nein	163 (61,7 %) 101 (38,3 %)	120 (75,0 %) 40 (25,0 %)	3; 3
Begleitung durch die pflegebedürftige Person während der stationären Maßnahme	ja nein	111 (42,0 %) 153 (58,0 %)	1 (0,6 %) 158 (99,4 %)	3; 4

Pflegebedürftige Personen				
Alter in Jahren		MW: 76,7 (SD: 14,3); Range: 4–97	MW: 77,8 (SD: 16,5); Range: 15–96	3; 9
Geschlecht	weiblich männlich	101 (38,5 %) 161 (61,5 %)	97 (63,4 %) 56 (36,6 %)	5; 10
Pflegegrad	0 1 2 3 4 5 weiß nicht	2 (0,8 %) 2 (0,8 %) 54 (20,4 %) 111 (41,9 %) 80 (30,2 %) 16 (6,0 %) 0 (0,0 %)	22 (14,6 %) 9 (6,0 %) 50 (33,1 %) 37 (24,5 %) 20 (13,2 %) 7 (4,6 %) 6 (4,0 %)	2; 12
Bei kategorialen Variablen sind in Klammern die gültigen Prozente und bei numerischen Variablen die Standardabweichungen vom Mittelwert angegeben.				
¹ alle Prozentangaben: gültige Prozente				
² MW: Mittelwert				
³ SD: Standardabweichung				

Im Rahmen der qualitativen Interviews konnten Gespräche mit zehn pflegenden Angehörigen aus der Vorsorge und sieben mit pflegenden Angehörigen aus der Rehabilitation geführt werden. Zum Teil waren auch ehemalige pflegende Angehörige in der Stichprobe. Mehrere Personen pflegten des Weiteren mehr als eine pflegebedürftige Person, sodass sich dies auch in den nachfolgenden Angaben widerspiegelt. Zur Wahrung der Anonymität wird die Soziodemografie im Folgenden für alle Kliniken gemeinsam und nicht einzeln nach Vorsorge/Rehabilitation aufgegliedert dargestellt.

Tab. 7: Stichprobenbeschreibung: Qualitative Interviews nach der stationären Maßnahme

Soziodemografische Daten	Interviewte/r pflegende/r Angehörige*r
Alter	53–83 Jahre
Geschlecht	w: n = 12 m: n = 5
Familienstand	verheiratet: n = 13 verwitwet: n = 2 ledig: n = 1 geschieden: n = 1
Kinder/Alter der Kinder	keine: n = 2 1: n = 4 2: n = 8 3: n = 1 keine Angabe: n = 2 20–54 Jahre keine Altersangabe: n = 5
Berufliche Tätigkeit/Arbeitszeit pro Woche	Rente: n = 6 erwerbstätig: n = 6 nicht erwerbstätig: n = 2 Minijob: n = 1 keine Angaben: n = 2 Vollzeit: n = 3 Teilzeit: n = 2 Wiedereingliederung: n = 1 geringfügig beschäftigt: n = 1

Dauer der pflegenden Tätigkeit/durchschnittlicher Zeitaufwand pro Tag	1,5–25 Jahre keine Angabe: n=2 Vollzeitpflege (bis auf teilweise Zeit während Beruf/Entlastungsdiensten u. a.): n = 11 mehrere Stunden/Tag: n = 3 1,5 Tage/Woche: n = 1 10 Stunden/Woche: n = 1 keine Angaben: n = 1
Gesundheitszustand/Erkrankung	Erschöpfung: n = 7 psychische Beschwerden (darunter Depressionen, Panikattacken, seel. Belastung): n = 8 körperliche Beschwerden (darunter u. a. Mobilitätseinschränkungen, Schmerzen, Herz-Kreislauf-Probleme, Atemwegserkrankungen): n = 9
Verhältnis zum Pflegebedürftigen	Ehepartner: n = 7 (Schwieger-)Kind: n = 10 Freundschaft: n = 1 keine Angabe: n = 1
Wohnsituation/gemeinsamer/getrennter Haushalt	gemeinsamer Haushalt: n = 10 getrennter Haushalt: n = 9
Dauer des Aufenthaltes	3 Wochen: n = 9 4 Wochen: n = 4 4,5 Wochen: n = 1 5 Wochen: n = 1 6 Wochen: n = 1 8 Wochen: n = 1
Name der Einrichtung	Vorsorgeklinik (1): n = 7 Vorsorgeklinik (2): n = 3 Rehabilitationsklinik (1): n = 3 Rehabilitationsklinik (2): n = 4
Soziodemografische Daten	Pflegebedürftige Person der/des interviewten pflegenden Angehörigen
Alter	72–96 Jahre keine Angabe: n = 2
Geschlecht	w: n = 11 m: n = 6
Familienstand	verheiratet: n = 10 verwitwet: n = 5 geschieden: n = 1 ledig: n = 1 verstorben: n = 1
Dauer der Pflegebedürftigkeit	1,5–25 Jahre keine Angabe: n = 2
Pflegegrad	PG2: n = 4 PG3: n = 5 PG4: n = 5 PG5: n = 4
Gesundheitszustand/Erkrankung	Mobilitätseinschränkungen: n = 7 Zustand nach (Z. n.) Schlaganfall: n = 6 Demenz: n = 6 Herz-Kreislauf-Erkrankung: n = 3

	weitere Erkrankungen (Multiple Sklerose, Nierenerkrankung, urologische Erkrankung, Rheuma, Alter, Sehbeeinträchtigung, Krebs, Sprachstörung, Parkinson, Diabetes): n = 14
Bisherige Nutzung von Entlastungsangeboten	ambulanter Pflegedienst: n = 7 palliative Versorgung: n = 3 Kurzzeitpflege: n = 3 (amb.) Rehabilitation: n = 2 Tagespflege: n = 2 Pflegeheim: n = 2 Besuchsdienst: n = 1 Verhinderungspflege: n = 1 24-h-Kraft: n = 1 keine: n = 4

4.4.2.2 Zugang

Was sind die Gründe für den stationären Aufenthalt?

Im Rahmen der geführten qualitativen Interviews wurden die pflegenden Angehörigen gefragt, wie es zur Aufnahme der stationären Maßnahme gekommen ist. Sowohl in der Vorsorge als auch in der Rehabilitation berichteten die Interviewten von einer starken physischen und psychischen Erschöpfung, von fehlender Erholung und mangelnder Selbstsorge. Fehlende Zeit für sich selbst bis hin zur Selbstaufgabe, Stress, Überforderung, Schlafstörungen und Schlafmangel gehören zu den Pflege-assoziierten Gründen. Je nach Ausrichtung der Rehabilitationsklinik wurden auch noch die rehabegründenden Diagnosen genannt, hierunter z. B. Arthrose im Knie, Rückenschmerzen oder eine Versteifung der Wirbelsäule, Depressionen, Darmprobleme (Reizdarmsymptomatik, Divertikulitis) und Immunschwäche mit wiederkehrenden Infektionen.

„Ja, und dann werden Sie sicherlich öfter gehört, man ist irgendwann alle, man ist leer, es geht nicht mehr, Sie haben nichts mehr, nicht eine Sekunde Zeit für sich selber, nicht eine mehr am Ende, da geht nichts wirklich, absolut nichts mehr. [...] Und ich war alle, ich lustlos, glücklos.“ (Vorsorge, TIMP13, Pos. 90–100)

„Also ich, ich war psychisch, nervlich, körperlich völlig fertig und habe dann eine Reha mit meiner Hausärztin im [Monat] beantragt. [...] Aber nichtsdestotrotz, also, ich habe halt diesen, ja, totalen Zusammenbruch letztendlich gehabt. Körperlich wie auch psychisch.“ (Rehabilitation, TIMP110, Pos. 62–68)

Häufiger kam in den Interviews mit den Rehabilitand*innen auch der Hinweis darauf, dass nicht nur die Pflege allein Ursache ist, sondern die stetige Doppel-/ bis Mehrfachbelastung durch die Arbeit, ehrenamtliches Engagement, familiäre Probleme, sozialer Druck von außen, Umbauprojekte etc.. In der Fragebogenerhebung zeigt sich, dass die Rehabilitand*innen deutlich häufiger angaben, neben der Betreuung des/der Angehörigen noch andere Aufgaben zu haben. In der Vorsorge gaben 40,5 % an, dass sie keine weiteren Aufgaben übernehmen, in der Rehabilitation waren dies nur 3,8 %. Besonders häufig wurde die eigene Berufstätigkeit als weitere Aufgabe genannt, aber auch die Betreuung der eigenen Kinder, die Versorgung einer weiteren pflegebedürftigen Person sowie das Kümern um Haus und Garten werden herangeführt.

„Bei mir war es dahingehend so, dass ich eben zu der Pflege, die ich im Grunde genommen an ein paar Tagen in der Woche leiste, ungefähr 40 Stunden noch arbeite. Und infolgedessen habe ich dort auf der Arbeit sehr, sehr viel Stress erfahren. Das hat mit dem Job zu tun, den ich habe. Zu der zähle ich halt die, ich sage mal die Pflege, die ich mit meiner Schwester und meiner Mutter da noch teile. Und das war alles sehr, sehr viel und ja, ich sage mal, ich bin in eine depressive Phase gestürzt, um es mal so zu sagen.“
(Rehabilitation, TIMP112, Pos. 7–13)

Auch im Rahmen der schriftlichen Befragung zum Zeitpunkt t1 wurde in Form von Freitexten nach den Gründen für den Klinikaufenthalt gefragt. In der Vorsorge wurde am häufigsten Erschöpfung/Stress/Burnout/Überlastung genannt (108 von 159), häufiger waren auch noch Rückenprobleme (49 von 159) und psychische/psychosomatische Beschwerden (48 von 159). In der Rehabilitation wurden Rückenbeschwerden am häufigsten genannt (47 von 106), gefolgt von Gelenkbeschwerden an Schulter, Hüfte oder Knie (36 von 106) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (28 von 106).

Welche Ziele hatten die pflegenden Angehörigen für den stationären Aufenthalt?

Im Rahmen der schriftlichen Befragung zum Zeitpunkt t1 (vier Wochen nach der Maßnahme) wurden die pflegenden Angehörigen gefragt, welche Ziele sie für die Zeit der Vorsorge bzw. Rehabilitation hatten. In der Vorsorge wurde im Rahmen der Freitexte am häufigsten geantwortet, dass Erholung/Abschalten können/Kraft schöpfen (97 von 159) das Ziel der Maßnahme war. Häufig wurden außerdem noch Selbstfürsorge (27 von 159) und Stresskompetenz verbessern/gelassener werden (26 von 159) genannt. Zum Teil wurde auch in den Interviews deutlich, welche Erwartungen und Ziele die pflegenden Angehörigen hatten. Die Aussagen untermauern die Ergebnisse aus der quantitativen Befragung. Von der Vorsorge haben sich die pflegenden Angehörigen eine Auszeit von Druck, Stress und der permanenten Aufregung, also eine Unterbrechung der Pflegesituation versprochen. Sie möchten sich erholen, zur Ruhe kommen und Abstand gewinnen, um nicht krank/noch kränker zu werden.

„Was ich wollte? Ich wollte einfach nur mal Ruhe. So das Bedürfnis, ich hätte mir gerne die Decke über den Kopf gezogen und mit niemand mehr geredet. Nur mal meine Ruhe haben.“ (Vorsorge, TIMP116, Pos. 73–76)

„Dass ich wieder zu Kräften komme. Und dass ich weitermachen kann. Ich war also ziemlich verzweifelt, fühlte mich in der ganzen Situation restlos überfordert, habe aber keinen Weg daraus gesehen.“
(Vorsorge, TIMP115, Pos. 58–60)

In der Rehabilitation wurde als Ziel am häufigsten der Umgang mit Schmerzen/Schmerzreduktion (41 von 106) hervorgehoben. Häufiger genannt wurde außerdem noch mehr Bewegung/Sport (24 von 106) und Entspannung/Stresskompetenz verbessern/gelassener werden/zur Ruhe kommen (23 von 106). Pflege-assoziierte Ziele wurden in der Rehabilitation deutlich seltener genannt, was mit dem überwiegenden Zugang über das Monitoring-Verfahren zu tun haben kann. Ein Großteil der pflegenden Angehörigen hat erst in der ersten Woche der Rehabilitation von der Möglichkeit zur Teilnahme an dem speziellen Angebot erfahren und konnte vorab diesbezüglich keine Ziele oder Erwartungen ausbilden.

Welche Gelingensbedingungen sind für den Zugang entscheidend?²

Faktoren, die den Zugang zu stationären Maßnahmen für pflegende Angehörige beeinflussen, lassen sich im Großen und Ganzen in drei Bereiche gliedern:

- Bedingungen, die sich auf die Informierung, Beratung und Unterstützung in Bezug auf den Aufenthalt beziehen,
- Bedingungen, die die pflegebedürftige Person und ihre Versorgung betreffen, und
- Bedingungen, die sich auf das Wunsch- und Wahlrecht bzw. die Klinikwahl beziehen.

Damit pflegende Angehörige Zugang zu speziell ausgerichteten Maßnahmen erhalten können, muss der Anspruch auf stationäre Vorsorge bzw. Rehabilitation für diese Zielgruppe bekannter werden. Ärzt*innen und pflegende Angehörige müssen von dem Anspruch erfahren und entsprechend aufgeklärt werden. Wichtig ist, dass der Arzt/die Ärztin auf dem Verordnungsformular/Muster bei Antragstellung angibt, dass Belastungen durch die häusliche Pflege bestehen. Wenn kein Feld zum Ankreuzen existiert, sollte bei den Kontextfaktoren im Freitext auf die häusliche Pflege hingewiesen werden. Wenn Unklarheiten bzgl. des Antragsverfahrens bestehen, kann dies zu Verzögerungen führen.

„Ja, ich denke mal, vielleicht hat meine Ärztin da etwas mit zu tun. Weil die ja auch die Ärztin meiner Eltern ist und die das eben sieht, was da so abgeht. Und das dann dahingehend dann eingetragen hat.“ (Rehabilitation, TIMP112, Pos. 340–346)

„Erstmal müssen Sie zum Hausarzt und sich vom Hausarzt eine Kur verschreiben lassen.’ Ja, gesagt, getan. Haben wir auch gemacht. Kur wurde verschrieben und der Antrag für diesen Kuraufenthalt hat mein Hausarzt ungefähr drei Monate dafür gebraucht. Sagte: ‚Ich muss mich erkundigen, das ist schwierig, ein ganz neues Gebiet. ‘“ (Vorsorge, TIMP19, Pos. 35–39)

Um den Zugang darüber hinaus zu erleichtern, braucht es Institutionen, die pflegende Angehörige auf ihrem Weg zur stationären Maßnahme begleiten. Dieser Faktor wurde insbesondere bei den Vorsorge-Patient*innen deutlich. Personen und Institutionen, die pflegende Angehörige auf dem Weg zur Vorsorge begleiten, sollten freundlich und engagiert vorgehen (Beratungsstellen, Kliniken, Kostenträger, Pflegedienste). Dies kann die Beantragung oder die ganz praktische Inanspruchnahme betreffen. Von pflegenden Angehörigen der Vorsorge wurde diese Unterstützung sehr geschätzt und häufig auch dringend benötigt.

„Dann habe ich da und da angerufen und die haben dann gesagt, ‚ja dann müssen Sie da’ und an einem habe ich dann eine ganz nette Frau gehabt, die hat gesagt, ‚wissen Sie was, ich gebe Ihnen mal eine Telefonnummer, da ist eine Dame [von der Kurberatung], die ist so was von engagiert, die hilft Ihnen’. Und genau so war es auch. Die Frau [Nachname], ich kann nur sagen, wenn ich die

² Die genannten Gelingensbedingungen zum Zugang wurden überwiegend aus den Vorsorge-Interviews abgeleitet, da von den Rehabilitand*innen aufgrund des Monitoring-Verfahrens hierzu weniger Aussagen getroffen wurden/werden konnten.

nicht gehabt hätte, dann weiß ich nicht, dann wäre, glaube ich, schon hier irgendwie-, dann wäre ich, glaube ich, schon über dem Jordan.“ (Vorsorge, TIMP15, Pos. 76–83)

Eine Voraussetzung dafür, dass pflegende Angehörige zur Vorsorge fahren können, ist außerdem die Bereitschaft zur Fremdpflege der pflegebedürftigen Person – pflegende Angehörige möchten in der Regel nur fahren, wenn die pflegebedürftige Person einverstanden ist und einen weitestgehend stabilen Gesundheitszustand aufweist, d. h. der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person und ihre Bereitschaft zur Fremdpflege müssen die Inanspruchnahme „erlauben“.

„Und da sagt sie, ‚nach Rücksprache mit Ihrer Ärztin jetzt, bekommen Sie die [Vorsorge] genehmigt.‘ [...] Und da war ich sprachlos. Und da habe ich gesagt, ‚na ja, meiner Mutter geht es nicht so gut, aber mal sehen.‘“ (Vorsorge, TIMP16, Pos. 106–110)

„Und da habe ich mit meinem Mann darüber gesprochen, ob ich das irgendwie angehen kann, dass er in Kurzzeitpflege geht und ich wegfahre. Und dann hat er dem zugestimmt.“ (Vorsorge, TIMP11, Pos. 22–24)

Eine weitere notwendige Voraussetzung stellt in dem Zusammenhang die zuverlässige Versorgung und Unterbringung der pflegebedürftigen Person während der Maßnahme dar. Diese muss gewährleistet sein und pflegenden Angehörigen vertrauensenerweckend erscheinen, d. h. es muss eine zuverlässige Versorgung und Unterbringung der pflegebedürftigen Person sichergestellt sein, damit der/die pflegende Angehörige eine stationäre Vorsorgemaßnahme wahrnehmen und die Verantwortung „loslassen“ kann.

„Und ich habe am Abend vorher noch überlegt, ob ich hinfahre oder lieber zu Hause bleibe. Auch-, aber auch, weil ich es kaum aushalten konnte, meinen Mann im Pflegeheim abzugeben. Und ich bin mit der Erwartung hingefahren: Ich gucke mir das mal an und wenn es für mich nix ist, fahre ich wieder nach Hause.“ (Vorsorge, TIMP17, Pos. 76–80)

Das Thema „Loslassen“ wurde auch im Rahmen der Fragebogenerhebung eruiert. Die pflegenden Angehörigen sollten bewerten, wie wichtig es ihnen war, in der ersten Woche ihres Aufenthaltes Abstand von ihrem normalen Alltag nehmen zu können. In der Vorsorge war dies 97,4 % und in der Rehabilitation 96,1 % der Befragten wichtig, was einer ausgesprochen starken Zustimmung innerhalb der gesamten Erhebung entspricht.³

Auch wenn der Abstand zum Pflegealltag ein sehr wichtiger Faktor ist, ist es nicht allen pflegenden Angehörigen möglich, diesen Abstand herzustellen und alleine in die stationäre Maßnahme zu fahren. Für manche pflegende Angehörige stellt eine gemeinsame Reise die einzige Möglichkeit dar, überhaupt eine Vorsorge in Anspruch zu nehmen. Daher sollte Pflegepaaren, die dies wünschen, ein Aufenthalt als Tandem ermöglicht werden.

³ Eine Übersicht aller Validierungsfragen aus der Vorsorge und Rehabilitation ist dem Anhang zu entnehmen.

„Mein Arzt hatte schon vor zwei Jahren gesagt, er würde mir dringend eine Kur empfehlen. Nur da kannte ich die Möglichkeit nicht, dass ich [meine pflegebedürftige Person] mitnehmen konnte. Und da habe ich abgelehnt.“ (Vorsorge, TIMP115, Pos. 41–44)

Vor diesem Hintergrund sollte bzgl. der Unterbringung unterstützt werden. Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurde eruiert, wie wichtig es den pflegenden Angehörigen ist, von der Klinik vor Anreise zu erfahren, welche Möglichkeiten der Unterbringung ihres Angehörigen vor Ort bestehen. Hier zeigte sich, dass dieser Wunsch bei den pflegenden Angehörigen in der Vorsorge deutlich ausgeprägter ist (Abb. 9). Wie bereits die Beschreibung der Stichprobe zeigte, reisen pflegende Angehörige in der Rehabilitation überwiegend allein in den Ort der Maßnahme und haben infolgedessen seltener Bedarf an entsprechender Beratung.

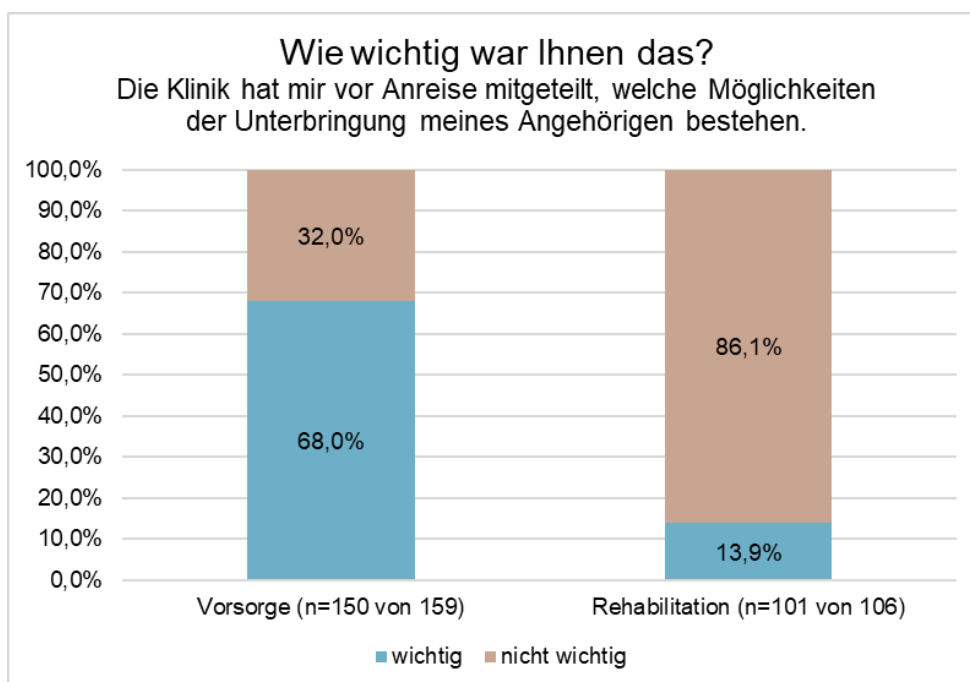


Abb. 9: Wie wichtig war Ihnen das?⁴: Informationen zu Unterbringungsmöglichkeiten der pflegebedürftigen Person

Wenn pflegende Angehörige alleine reisen möchten, muss stattdessen die Versorgung am Heimaort sichergestellt werden. Zum Teil wurde von den pflegenden Angehörigen geschildert, dass die Suche nach einem freien Platz in einer vertrauenswürdigen Einrichtung mit Schwierigkeiten verbunden war. Pflegende Angehörige, die eine stationäre Maßnahme wahrnehmen wollen, benötigen daher häufig Beratung und Unterstützung in Bezug auf die Unterbringung der pflegebedürftigen Person.

„Ja, zu der Zeit. Zu der Zeit war das sehr schwierig für mich, [eine Pflegeeinrichtung für meinen Mann zu finden]. Und die hatten sofort einen Platz frei. Das

⁴ Eine Übersicht über alle Validierungsfragen aus der Vorsorge und Rehabilitation findet sich im Anhang (Anhang 5 und Anhang 6).

*hätte mich ja eigentlich auch stutzig-, aber das hat mich nicht stutzig gemacht.“
(Vorsorge, TIMP15, Pos. 107–109)*

Damit es nicht zu enttäuschten Erwartungen kommt und der Aufenthalt ein Erfolg werden kann, sollten des Weiteren die Wünsche der pflegenden Angehörigen in Bezug auf die Auswahl einer passenden Klinik berücksichtigt werden. Aus den Interviews geht hervor, dass die pflegenden Angehörigen zum Teil genaue Vorstellungen zur Klinik hatten, in die sie gerne gefahren wären, dass ihrem Wunsch aber nicht immer entsprochen wurde. Häufiger hat bei der Auswahl einer Klinik auch die Entfernung zum Heimatort eine Rolle gespielt.

Erfreulicherweise gab sowohl in der Vorsorge als auch in der Rehabilitation ein Großteil der Befragten an, dass die Klinik zu ihnen gepasst hat und sie sich mit ihren gesundheitlichen Problemen gut in der ausgewählten Klinik aufgehoben fühlten (94,1 % in der Vorsorge bzw. 91,2 % in der Rehabilitation). Begebenheiten wie im nachfolgenden Zitat beschrieben, scheinen daher eher eine Ausnahme gewesen zu sein.

„Nein, [Name der Vorsorgeklinik] hatte ich [mir nicht gewünscht]. Ich hatte eigentlich-, als Wunsch hatte ich gehabt, nach [Ortsname] zu kommen, in die Reha-Klinik da. Aber da hat mir die Krankenkasse gesagt gehabt, dass diese Klinik nicht darauf eingerichtet ist, und haben mir dann [Name der Vorsorgeklinik] dann verordnet. Also ich hatte da dann keine Wahlmöglichkeit mehr gehabt, außer dass ich gesagt hätte, ich fahre da nicht hin.“ (Vorsorge, TIMP12, Pos. 120–124)

Vor der Maßnahme sollten die Patient*innen von der aufnehmenden Klinik adäquat informiert und auf den Aufenthalt vorbereitet werden. Bei Bedarf sollten sie Unterstützung bei der Organisation der Anreise erhalten. Inhalte der Informierung/Beratung können hier folgende Aspekte sein: Genehmigung des Kostenträgers, Terminierung des Aufenthaltes, Schilderungen zur Ausrichtung der Klinik, zum Ablauf und den Zielen des Aufenthaltes, zu den Therapien, den mitzubringenden Unterlagen und der benötigten Kleidung. Ausführungen zum Thema Kostenerstattung oder Unterbringungsmöglichkeiten der pflegebedürftigen Person können ebenfalls dazu gehören. Zur betreffenden Zeit der Erprobung waren außerdem Hinweise zum Umgang mit der Covid-19-Pandemie relevant.

„Und da war man sehr beflissen. Und auch das Haus hat mich geleitet, hat mich zwei Tage oder ein Tag vorher nochmal angerufen, [...] Also ich war voll informiert, da gibt es kein Vertun. [...] also das ist in so einer Situation, wo Sie eigentlich leer sind richtig. Und sich immer wieder dann auf so was konzentrieren muss und wenn es nur ein Telefonat ist, was dann jetzt es gerade kommt. Das ist, man muss dann, man muss sich richtig anstrengen, da wieder reinzukommen, mitbekommen. Weil man vollkommen 24 Stunden abgelenkt ist auf anderes, auf einseitiges.“ (Vorsorge, TIMP13, Pos. 135–148)

Eine Übersicht der beschriebenen Gelingensbedingungen, die den Zugang betreffen, zeigt Abb. 10 (S. 58).

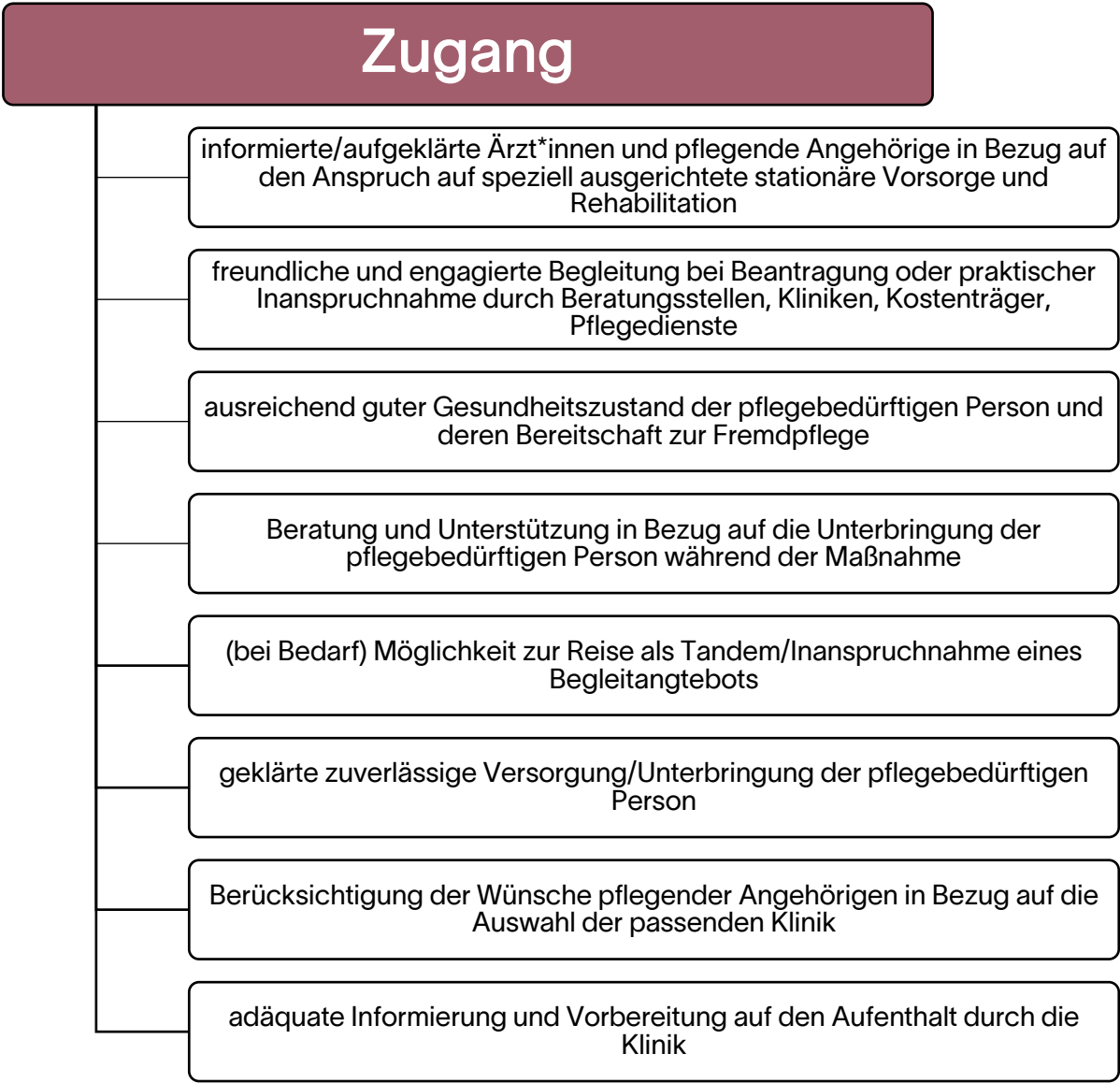


Abb. 10: Gelingensbedingungen: Zugang zu stationärer Versorgung und Rehabilitation

4.4.2.3 Gestaltung des Aufenthaltes

Welche Gelingensbedingungen sind für die Gestaltung des Aufenthaltes entscheidend?

Kliniken, die einen entsprechenden Schwerpunkt für pflegende Angehörige anbieten möchten, sollten die pflegenden Angehörige gemeinsam in einer geschlossenen Gruppe anreisen lassen, d. h., die Gruppe der pflegenden Angehörigen sollte nach Möglichkeit schon direkt zu Beginn der Maßnahme zusammengeführt werden. Sinnvoll wäre es, wenn die Patient*innen, die pflegende Angehörige sind, auch in ihren regulären Therapien zusammenkämen, um den Zusammenhalt zu fördern. Hierfür ist eine ausreichende Zuweisung von pflegenden Angehörigen erforderlich, da ansonsten keine regelmäßigen und ausreichend großen Gruppen zustande kommen können. Vor diesem Hintergrund ist es auch nicht in allen Kliniken dauerhaft gelungen, die Maßnahme in Gruppenstärke anzubieten.

„Aber jeder [lief] da für sich herum oder es waren Gruppen, die sich schon irgendwie am ersten Tag gefunden hatten. Und da ist dann schwer da reinzukommen, ja.“ (Rehabilitation, TIMP16, Pos. 106–108)

„[...] das übrigens ist etwas, das fand ich großartig, das muss ich einfach mal hier einschieben, bevor ich es wieder vergesse: dieses Konzept. Und das hat mich so-, ich habe ja im Studium [...] soziale Gruppenarbeit als Themenschwerpunkt ein Semester lang gehabt. Und ich stand manchmal so ein bisschen neben mir, habe wohl von außen geguckt und habe gesagt: ‚Wie cool. Ob das ein bewusstes Konzept ist?‘ Weil, das ist soziale Gruppenarbeit pur. Alle fangen zum gleichen Zeitpunkt an mit ihrer [Vorsorge], alle sind immer in der gleichen Gruppenphase. Ich habe immer im Geiste so diese Gruppenphasen von sozialer Gruppenarbeit im Kopf gehabt, alle haben das gleiche Thema. Ja, wie großartig ist das denn? Alle haben den gleichen Rahmen. Also, das ist etwas, was ich unglaublich gut fand.“ (Vorsorge, TIMP17, Pos. 412–422)

Es ist ausgesprochen wichtig, dass pflegende Angehörige während der stationären Maßnahme die Gelegenheit haben, ausreichend Kontakte zu knüpfen und „Gleichgesinnte“ zu treffen. Dies zeigte sich insbesondere bei den pflegenden Angehörigen, die eine Vorsorgemaßnahme in Anspruch nahmen. Im Rahmen der Fragebogenerhebung gaben 91,4 % in der Vorsorge und 62,1 % in der Rehabilitation an, dass es ihnen wichtig war, zeitgleich mit anderen pflegenden Angehörigen vor Ort sein zu können. Sie möchten außerdem die Möglichkeit haben, mit anderen Betroffenen ins Gespräch zu kommen (93,5 % in der Vorsorge, 73,5 % in der Rehabilitation) (Abb. 11, S. 60).

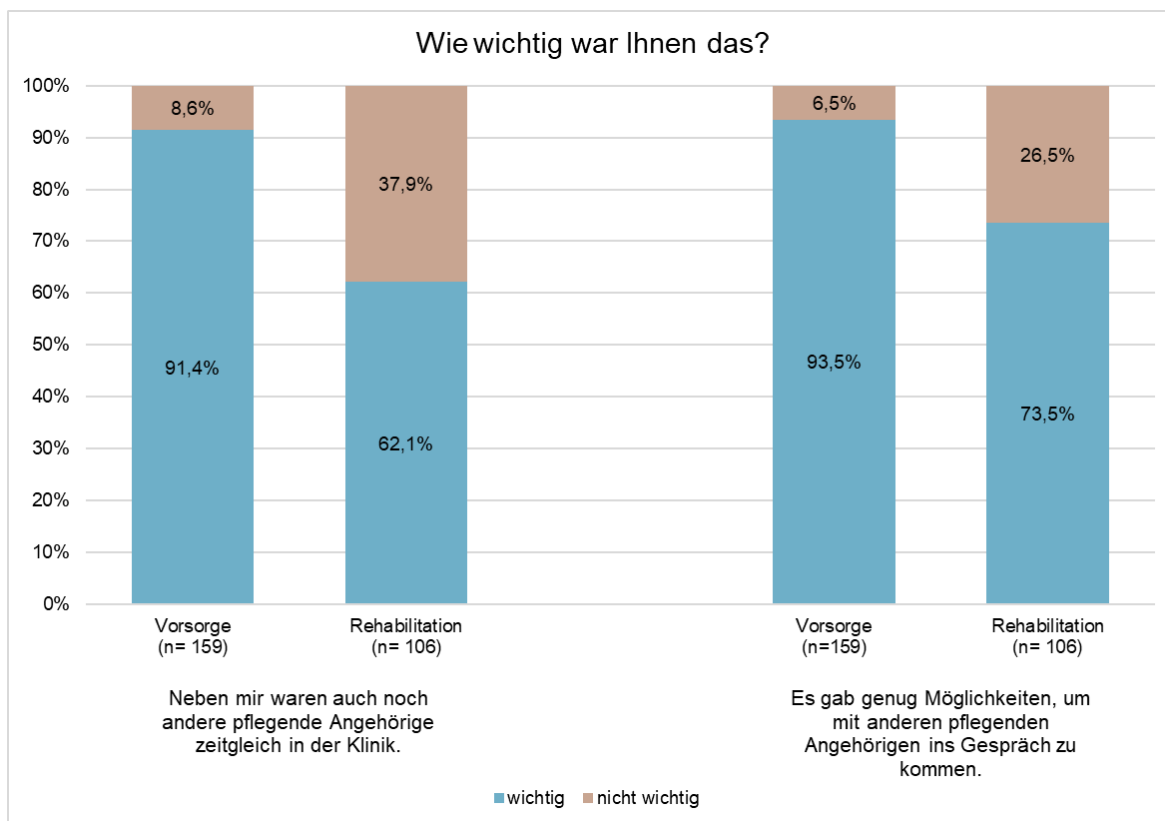


Abb. 11: Wie wichtig war Ihnen das?: Zeitgleiche Anwesenheit anderer pflegender Angehöriger und Möglichkeiten, miteinander ins Gespräch zu kommen

Auch in den Interviews schilderten die Befragten, wie wichtig der Kontakt zu anderen pflegenden Angehörigen für sie war. Dies hat ihnen die Möglichkeit gegeben, sich über Alltagserfahrungen und Probleme auszutauschen, Wissen dazuzugewinnen, ein Gefühl der Leichtigkeit und Verbundenheit zu erleben und Freundschaften zu schließen. Während der Zeit ist auf diese Weise häufig ein Zusammenhalt innerhalb der Gruppe entstanden, der auch über die Maßnahme hinaus Bestand hatte.

„Ja, da kann ich mich sehr gut dran erinnern. Also den ersten Tag, wo ich da angekommen bin, das war ja am Sonntag. Ich bin am Sonntag gekommen, dann bin ich zum Essen gekommen, da saß dann schon die erste Kollegin, die empfing mich mit einem Lächeln und mit einer Freundlichkeit, das kann ich Ihnen gar nicht sagen, so. Ja, jedenfalls, da war schon-, wie sagt man, der Start gebrochen oder so, da war schon-, war schön. Und dann kamen die anderen dazu, [...] und abends waren wir alle vier. Dann haben wir uns vorgestellt und wir hatten alle den gleichen Hintergrund, jeder pflegte seinen Mann. Und so hatten wir schon mal ein Gesprächsthema und, und, und. Und warum wir da waren und es ist-, haben ja alle das gleiche Problem. Wenn Sie jemanden pflegen, dass Sie irgendwann mal psychisch- [...].“ (Vorsorge, TIMP15, Pos. 151–162)

„Ja, ja, ja, ja, ja, aber auf jeden Fall [war das ein Mehrwert, mit anderen zusammen zu sein, die das Thema auch bewegt]. Ja, weil Sie haben Gleichgesinnte, Sie haben Leute mit den gleichen Erfahrungen. Ja, wenn ich da voll den Vollfrust hatte und jemandem erzählt habe, was mir mit meiner [an Demenz erkrankten] Mutter passiert ist und was ich dann auch einen Hals geschoben habe, das-. Sie sitzen ja nicht nur verzweifelt da, ich war ja wütend. Ich habe es nicht ausgedrückt, aber innerlich, das ist auch die Hölle. Wenn Sie, wenn Sie nicht herumbrüllen können, sondern irgendwo gute Miene zum bösen Spiel machen

müssen. Und dann erzählen Sie es einmal, was da abgegangen ist, und die Leute: ‚Ja, die arme alte Frau.‘ Und ich sitze dann-. Ja, denkt irgendwo einer noch mal an mich, verdammte Hacke? Ja, also-. Und die Leute, die hatten ja ähnliche Erfahrungen, ja. Und die, die konnten das nachvollziehen.“ (Rehabilitation, TIMP111, Pos. 357–370)

Damit die pflegenden Angehörigen voneinander profitieren und ein Gruppengefühl ausbilden können, sollte bei der Gruppenzusammenstellung auf eine passende und ausbalancierte Zusammensetzung geachtet werden (z. B. in Bezug auf Alter, Geschlecht, alleinige Reise, Vorliegen einer Demenz bei der Begleitperson, Tod der pflegebedürftigen Person). Die Gruppe muss nicht völlig homogen sein, auch wenn eine homogenere Gruppe z. B. die Zurverfügungstellung passender Informationsangebote erleichtert.

„Ansonsten hatte ich natürlich ein Problem damit, dass ich alleine war, dass ich als allein reisender Mann da unter fünf Männern war (lacht) und der Rest waren alles Frauen gewesen.“ (Vorsorge, TIMP12, Pos. 141–143)

Bereits zu Beginn sollte den pflegenden Angehörigen das Gefühl vermittelt werden, dass ihr Wohlbefinden und ihre Bedürfnisse während des Aufenthaltes im Mittelpunkt stehen und dass sie Verantwortung abgeben dürfen (z. B. in Bezug auf Therapien und Essensversorgung). Sie sollten eine herzliche Begrüßung erhalten, die sie auf die Zeit der Selbstfürsorge einstimmt. Bei Bedarf (insbesondere bei dem etwas älteren Klientel der Vorsorge und der in Begleitung reisenden pflegenden Angehörigen) sollte den pflegenden Angehörigen zu Beginn der Maßnahme alles gezeigt/erklärt werden (inkl. Tagesbetreuung bei gemeinsamer Anreise).

„Mein Ankommen da, das war großartig. Weil, einfach so, ich glaube, es war beim ersten-, ich bin die Letzte gewesen, die ankam, weil ich die weiteste Anreise habe. Und es gab nachmittags so ein Begrüßungstreffen und mich hat sofort angesprochen, diese Begrüßung: ‚Sie leisten im Alltag so unglaublich viel und Sie sind jetzt hier, um Zeit für sich zu haben und sich zu erholen und verwöhnen zu lassen.‘ Diese Botschaft, die hat mir so gutgetan. Zur Begrüßung, das war so, ja, großartig.“ (Vorsorge, TIMP17, Pos. 94–100)

„Das war so das Rundumpaket und dieses, seien Sie um die Zeit da und da, das-, da hat jemand für mich geplant und gedacht. Und das hat mir gutgetan. Ich brauchte nicht federführend sagen: ‚So, und wenn wir das jetzt machen, danach kommt aber das. Und wir dürfen nicht vergessen, dass wir auch noch da anrufen. Und das müssen wir noch machen.‘ Das brauchte ich alles nicht. Und das tat unheimlich gut.“ (Rehabilitation, TIMP16, Pos. 401–406)

In den Interviews wurde außerdem deutlich, dass das Verhalten des nicht-therapeutischen Personals einen entscheidenden Einfluss auf das Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen hat, d. h., das Personal sollte sich engagiert für das Wohl und die Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen einsetzen und ihnen mit einer freundlichen und wertschätzenden Art begegnen. Sehr häufig wurde die Freundlichkeit des Personals in allen Arbeitsebenen hervorgehoben. Die pflegenden Angehörigen fühlten sich wertgeschätzt, ihre Wünsche wurden erfüllt, sie wurden nett und zuvorkommend

behandelt und haben sich aufgrund dessen sehr schnell sehr wohl gefühlt. Neben der Freundlichkeit und Wertschätzung wurde auch immer wieder das außerordentliche Engagement des Personals gelobt. Hervorgehoben wurde hier insbesondere, dass es immer eine Ansprechperson gab, dass sich die Mitarbeitenden immer wieder nach der Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen erkundigten und dass individuelle Lösungen geschaffen wurden.

„Ja, also ich meine, grundsätzlich fand ich es also ganz toll und auch hat mich das sehr überrascht, weil ich ja schon andere Häuser kennengelernt habe. Die Wertschätzung, die das Personal uns entgegengebracht hat, und das haben eigentlich alle so gesagt. Das war wirklich frappierend, egal aus welcher Arbeitsebene, ob vom Reinigungspersonal, ob in der Küche oder ob in der Verwaltung oder überall. Alle waren sehr, sehr freundlich, zuvorkommend und wertschätzend. Und das fand ich in dem Moment- das war in dem Moment auch das Wichtigste, das hat das Wohlfühlgefühl eben auch gefördert. Und dann sieht man auch nicht mal irgendwelche solche, wie soll ich sagen, Sachen, die anders sein könnten. Die fallen dann gar nicht so auf.“ (Vorsorge, TIMP11, Pos. 250–259)

Damit sich die pflegenden Angehörigen während der Maßnahme tatsächlich gut um sich selbst kümmern können, ist es erforderlich, das die pflegebedürftige Person währenddessen zuverlässig und adäquat versorgt wird und keine Zwischenfälle/Komplikationen auftreten. Die Sicherheit darüber, dass es der pflegebedürftigen Person gut geht und sie gut versorgt ist, stellt die Voraussetzung für die eigene Erholung und die Abgabe von Verantwortung dar.

„Ja. Das habe ich tatsächlich auch mit [meinem pflegebedürftigen Mann] vorher besprochen und wir haben auch lange drüber diskutiert. Er wollte gerne zu Hause bleiben und ich habe irgendwann gesagt: ‚Es tut mir leid, das kann ich-, dann kann ich mich nicht erholen, wenn ich weiß, dass ihr hier zuhause seid.‘ Und [Personenname] ist einfach ein Risikofaktor, dem geht es mal sehr und dann geht es ihm ganz schlecht und dann geht hier alles drunter und drüber. Und das kann ich nicht aushalten.“ (Vorsorge, TIMP17, Pos. 146–154)

Für eine nutzer*innenorientierte Gestaltung des Aufenthaltes ist es außerdem noch dienlich, wenn die Maßnahme in einer landschaftlich und kulturell ansprechenden Umgebung stattfindet. Sowohl im Ort als auch in der Klinik selbst sollten Freizeitangebote zur Verfügung stehen. Hierfür können freiwillige Beschäftigungsangebote in Therapiepausen und den Abendstunden geschaffen werden, die die pflegenden Angehörigen noch einmal zusammenbringen. Während des Aufenthaltes Anregungen für die Freizeitgestaltung zu erhalten, war in der Vorsorge 77,3 % und in der Rehabilitation 67,0 % der Befragten wichtig. Einen Einfluss auf die Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen hat es außerdem, wenn eine schmackhafte und adäquate Verpflegung zur Verfügung steht, um die sie sich nicht selbst zu kümmern brauchen.

Eine Übersicht der beschriebenen Gelingensbedingungen, zur Gestaltung des Aufenthalts, zeigt Abbildung 12 auf S. 63.

Gestaltung des Aufenthaltes

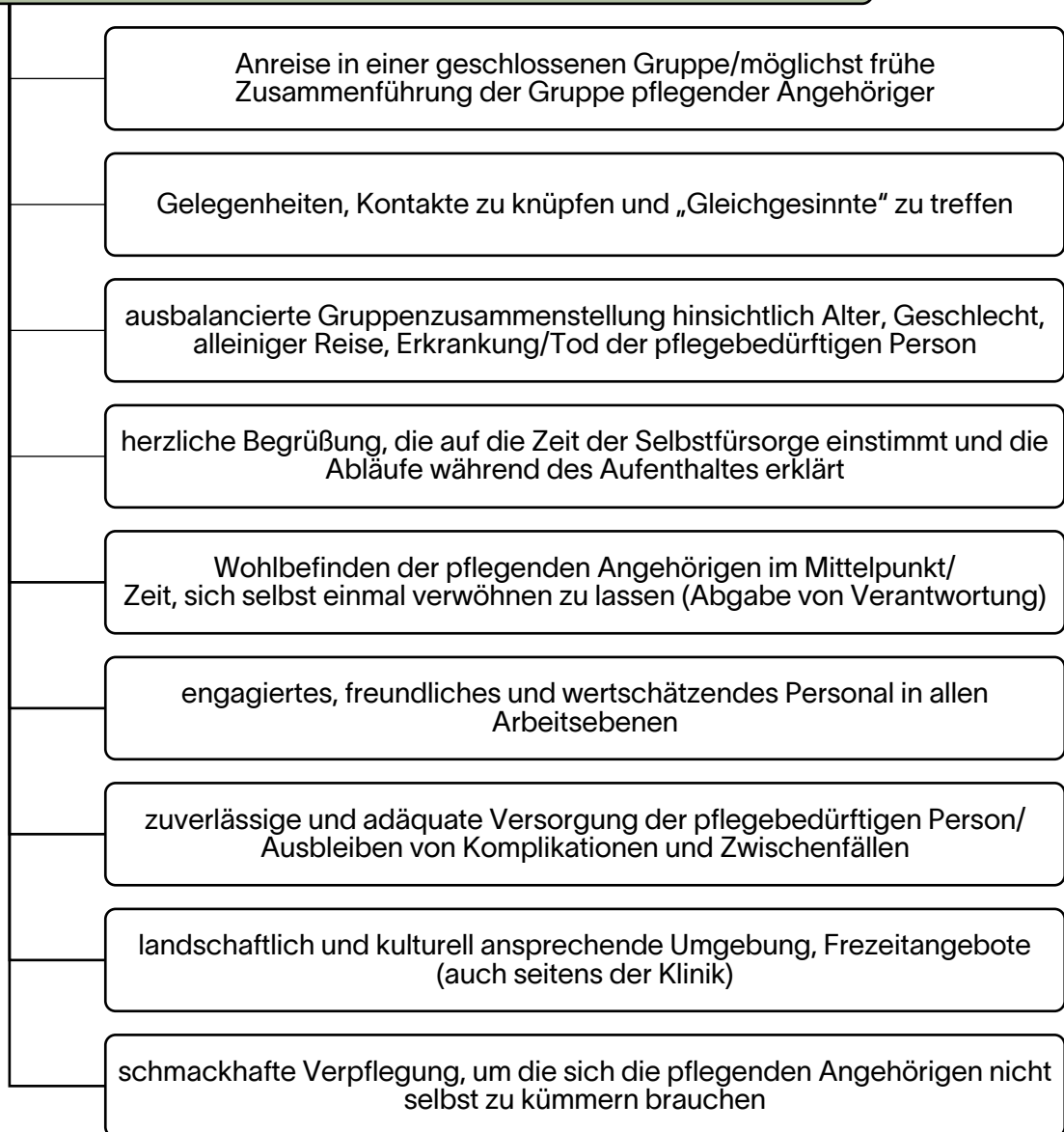


Abb. 12: Gelingensbedingungen: Gestaltung des Aufenthaltes

4.4.2.4 Therapeutisches Angebot

Welche Angebote haben pflegende Angehörige im Rahmen ihrer Vorsorge bzw. Rehabilitation erhalten?

Das medizinisch-therapeutische Angebot, welches in den Vorsorgekliniken angeboten wurde, bestand aus Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie, Ergotherapie und Vorträgen/Seminaren zu Belastungen/psychischen Problemen durch die Pflege, zu gesetzlichen Ansprüchen gegenüber Kostenträgern und zu den Themen Demenz und Inkontinenz. Des Weiteren fanden psychosoziale und sozialrechtliche Beratungen als Einzelgespräche und in der Gruppe mit einer Sozialpädagogin statt. Hierbei ging es darum, die Inanspruchnahme weiterer Entlastungsangebote auf den Weg zu bringen, sich seiner eigenen Ressourcen bewusst zu werden oder mit langfristiger Voraussicht auf die Pflegesituation zu blicken und entsprechende Vorkehrungen zu treffen. Zusätzlich wurden psychologische Einzel- und Gruppengespräche angeboten, in denen es um die psychischen Belastungen bzw. um die Auseinandersetzung mit der Pflegesituation ging. Abgerundet wurde das Angebot durch Gedächtnistraining, Entspannungstraining, Konzentrationstraining, Einheiten zur Sturzprophylaxe, Massagen, Wärmebehandlungen, Rekreationstherapie und Ernährungsberatung. Die Verordnung der Anwendungen erfolgte durch den zuständigen Arzt/die Ärztin infolge wöchentlicher Gespräche.

Das medizinisch-therapeutische Angebot für pflegende Angehörige, welches in der Rehabilitationsklinik mit dem Schwerpunkt Orthopädie und Innere Medizin/Kardiologie angeboten wurde, gliederte sich in vier Wahlmodule. Diese wurden den Rehabilitand*innen im Rahmen des Eingangsgesprächs von dem Stationsarzt/der Stationsärztin vorgestellt, wenn nach der Anreise ersichtlich war, dass es sich um pflegende Angehörige handelt. Die Rehabilitand*innen erhielten so die Möglichkeit, die passenden Module entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen auszuwählen und sie ab der zweiten Woche zusätzlich zu ihren „Standardkursen“ aus der Rehabilitation wahrzunehmen.

Angeboten wurden

1. psychologische Gesprächsrunden für pflegende Angehörige,
2. sozialdienstliche Beratung,
3. Ergotherapie/Kinästhetiktraining und
4. Pflegeschulungen.

Das medizinisch-therapeutische Angebot der Rehabilitationsklinik für Psychosomatik wurde einmalig als Schwerpunktmaßnahme mit einer gemeinsamen Anreise zu einem festen Termin vorgehalten. Die speziellen Angebote für pflegende Angehörige wurden über vier Wochen hinweg angeboten und den pflegenden Angehörigen in einem gemeinsamen Begrüßungstermin vorgestellt. Die zusätzlichen vier Termine wurden innerhalb der gemeinsam angereisten Gruppe pflegender Angehöriger organisiert. Die Behandlung der rehabegründenden Diagnosen fand außerhalb dieser Gruppe in indikativen Gruppen statt. Wenn sich in einer indikativen Gruppe mehrere pflegende Angehörige befanden, wurde die häusliche Pflege auch dort explizit thematisiert. Zur Verfügung standen darüber hinaus Einheiten des Sozialdienstes und zwei Vorträge zu Entlastungsmöglichkeiten und zum Krankheitsbild Demenz.

Welche Gelingensbedingungen sind für das therapeutische Angebot entscheidend?

Untergliedert werden können die Gelingensbedingungen zunächst in drei Kategorien, dies sind:

- Vorhalten bestimmter therapeutischer Leistungen
- Organisation der Leistungen
- Personal

*Welche therapeutischen Leistungen sollten für pflegende Angehörige im Rahmen stationärer Vor-
sorge und Rehabilitation vorgehalten werden?*

Zu einem nutzer*innenorientierten stationären Angebot für pflegende Angehörige gehört in erster Linie, dass den Bedarfen hinsichtlich der psychischen Gesundheit Rechnung getragen wird. Daher sollten psychologische (und in der Rehabilitation auch psychotherapeutische) Angebote für pflegende Angehörige zur Verfügung stehen, die zu ihrer Entlastung und Stärkung beitragen (wie psychoedukative Gruppengespräche, Einzelgespräche, Psychotherapie einzeln oder Psychotherapie in der Gruppe). Themen sollten die Belastungen durch die häusliche Pflege, Selbstfürsorge und ggf. Trauer sein. In den Interviews wurde häufiger auch von finanziellen Sorgen berichtet.

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden die pflegenden Angehörigen gefragt, ob es ihnen in der Maßnahme wichtig war, gezeigt zu bekommen, wie sie sich mehr um sich selbst kümmern könnten. Dies bejahten sowohl in der Vorsorge als auch in der Rehabilitation nahezu alle Befragten (s. Abb. 13). Als relevant wurde es außerdem empfunden, ausreichend Möglichkeit zu haben, in Einzelgesprächen über Ängste und Sorgen zu sprechen und Einzelgespräche mit Psycholog*innen zu erhalten. Hier zeigte sich jeweils ein größerer Bedarf in der Vorsorge.

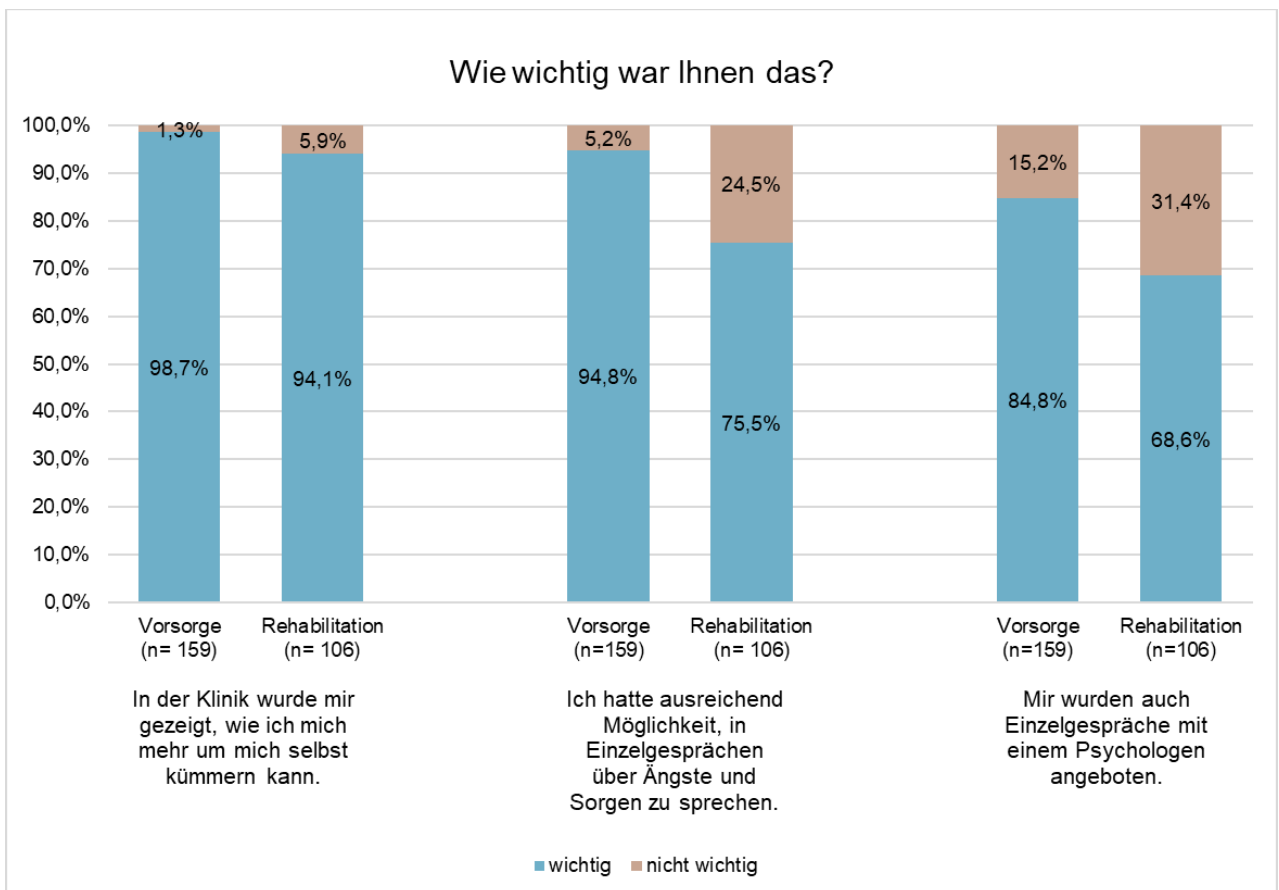


Abb. 13: Wie wichtig war Ihnen das?: Erlernen von Selbstfürsorge, Möglichkeit, über Ängste und Sorgen zu sprechen, und Einzelgespräche mit Psycholog*innen

Auch im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass die psychologische Betreuung in Form von Gesprächen für die pflegenden Angehörigen sehr wertvoll war und zum Teil sogar noch umfangreicher hätte sein dürfen.

„Genau. Und das war für mich eben dieses Psychologische. Andere Leute zu treffen und wirklich mal auch von einer neutralen, außenstehenden Person mal eine Beurteilung der Dinge, die man tut. Oder: Was kann ich ändern? Man ist ja so in so einer emotionalen Schleife. Und das war gut. Ich hatte dann so also diese Psychologin. Das war ganz toll. Also diese Gruppe hat mir wirklich auch die Augen geöffnet. Das war eine kleine Gruppe, sehr gut geführt von einem jungen Psychologen. Also ganz toll. Das war sehr, sehr gut.“ (Rehabilitation, TIMP114, Pos. 106–112)

„Doch. Ich hätte mir gewünscht, dass die Psychologie, also die psychologische Betreuung, deutlich intensiver gemacht werden könnte. Das heißt, ich hätte mich gefreut, wenn ich über meine Situation mit einer gelähmten Frau, die also auch inkontinent ist und sprachgestört, dass ich da noch etwas mehr, sage ich mal, Unterstützung gekriegt hätte.“ (Vorsorge, TIMP19, Pos. 243–247)

„Gesprächstherapie war auch. Ich hatte/durfte auch zwei psychologische Gespräche, um die ich gebeten hatte. Und, ja, also es war ein tolles/eine tolle Zeit für mich. Also ich will nicht sagen, es hat mir mein Leben/, aber es hat mir meinen inneren Frieden zurückgebracht.“ (Rehabilitation, TIMP114, Pos. 211–215)

Neben der psychologischen Betreuung sollten pflegende Angehörige auch Informationen zu ihren gesetzlichen Ansprüchen und Entlastungsangeboten erhalten. Im Rahmen psychosozialer und sozialrechtlicher Beratung können die eigenen Wünsche/die eigenen Positionen geklärt und Entlastungsleistungen organisiert werden. In diesem Zusammenhang haben die pflegenden Angehörigen z. B. Zuspruch und Unterstützung bei der Organisation von Tagespflege erhalten oder wurden hinsichtlich zukünftiger Entwicklungen/Verschlechterungen der Situation beraten. Weitere Themen von Interesse waren die Organisation von Kurzzeitpflege oder 24-Stunden-Pflege, Leistungen der Pflegeversicherung, die eigene finanzielle Situation oder auch Auswirkungen auf die eigenen Rentenansprüche. Bezüglich der Sozialberatung zeigte sich in der Fragebogenerhebung speziell in der Vorsorge ein starker Bedarf. Dort gaben jeweils 98,7 % der Befragten an, dass ihnen eine Sozialberatung mit spezifischen Themen für pflegende Angehörige und die Erläuterung, wie sie im Alltag Unterstützung erhalten können, wichtig war. In der Rehabilitation waren diese Punkte 78,6 % bzw. 87,4 % wichtig (Abb. 14, S. 67).

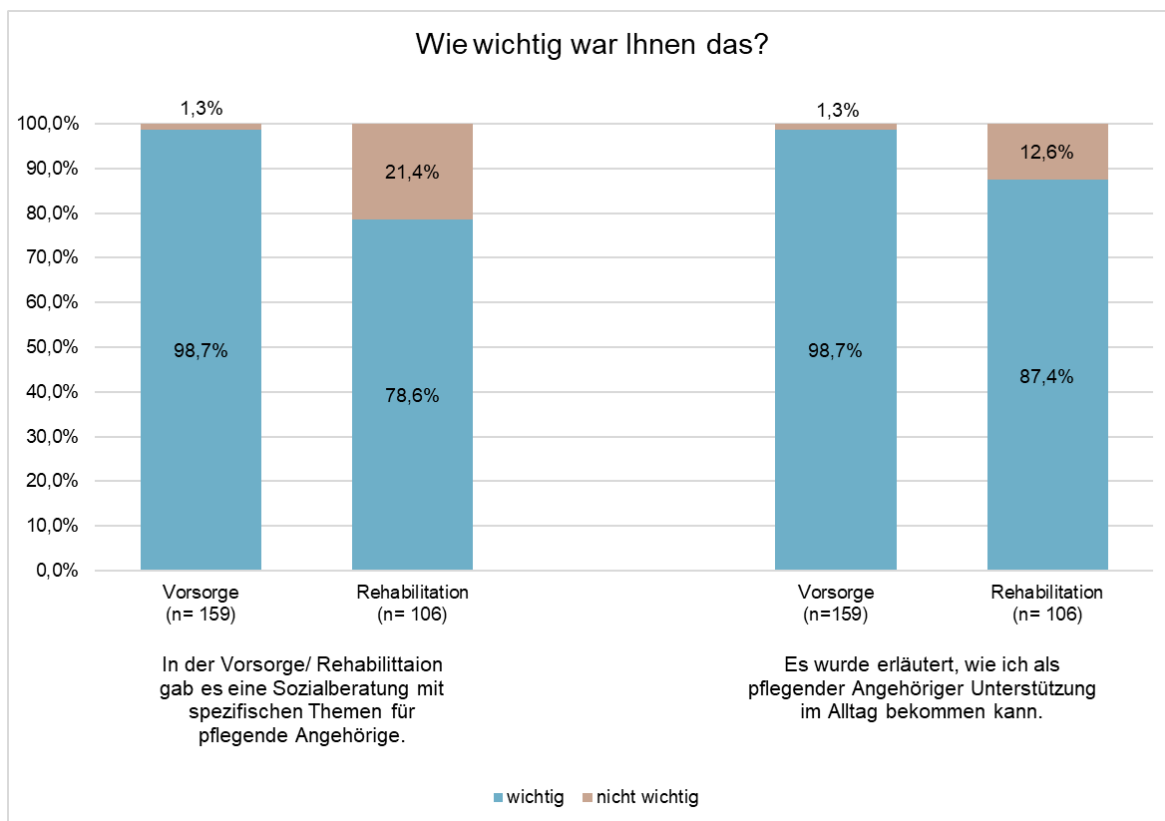


Abb. 14: Wie wichtig war Ihnen das?: Sozialberatung mit spezifischen Themen und Erläuterungen zu Unterstützung im Alltag

Die Bedeutsamkeit der sozialdienstlichen Beratung zeigte sich ebenso in den Interviews.

„Oder sich nicht kümmern können, weil sie es vielleicht einfach auch nicht wissen, was ihnen zustehen würde. Ob das die 40 Euro sind, womit man irgendwelche Pflegemittel in der Apotheke bekommt, oder die 125 Euro oder diese Verhinderungspflege, die ich beantragt habe, weil ich ja nicht zu Hause war, und die also locker durchgewunken wurde. Es sind ja alles so Sachen, die weiß man ja eigentlich gar nicht. Und das sind so Sachen, die man da erfährt.“ (Rehabilitation, TIMP16, Pos. 584–590)

„Und siehe da, diese Mitarbeiterin, war eine ganz lockere Dame, die hat dann in kurzer Zeit gesagt: ‚Herr [Name] wissen Sie, Ihre Frau geht ein Mal pro Woche/geht die zur Tagespflege. Das heißt, Sie haben einmal in der Woche einen Tag, sagen wir mal, acht Stunden Zeit, um für sich irgendwas zu machen. Es wäre sinnvoll unserer Ansicht nach, dass Sie zwei solche Tage in der Woche haben, weil Sie das entlastet. Dann sind Sie nicht mehr so stark belastet.‘ Das war einfach eine soziale Komponente, wo die sagten: ‚Das halten wir für sinnvoll, das wäre vernünftig für Sie.‘ Also fand ich toll gemacht und gut organisiert.“ (Vorsorge, TIMP19, Pos. 190–198)

Sinnvoll ergänzt werden kann die Beratung durch Vorträge zu sozialrechtlichen Themen mit der Möglichkeit zum Austausch untereinander. So stellen Informationen/Vorträge zu Themen, die im Rahmen der häuslichen Pflege relevant sind, eine weitere Gelingensbedingung dar (wie z. B. zur

Pflegeversicherung, zu Pflegestufen, Entlastungsangeboten, Ansprechpartner*innen und Anlaufstellen, Inkontinenzversorgung, finanzielle Belastung durch die Pflegebedürftigkeit, aber auch zum Thema Selbstfürsorge im Pflegealltag). Im Rahmen der Fragebogenerhebung gaben in der Vorsorge 95,5 % und in der Rehabilitation 86,4 % der Befragten an, dass es ihnen wichtig war, Wissen vermittelt zu bekommen, das ihnen hilft, den Pflegealltag zu bewältigen. Im Anschluss hieran wurde in Form eines Freitextes gefragt, welche vermittelten Inhalte besonders hilfreich waren. Am häufigsten genannt wurden hier:

- Selbstfürsorge (für Auszeiten und Abstand sorgen/sich abgrenzen/Achtsamkeitsübungen/mehr an sich selbst denken/um Hilfe bitten) (Vorsorge: 35 von 159; Rehabilitation: 10 von 106)
- Sozialrechtliche Aspekte/gesetzliche Grundlagen und Ansprüche (Vorsorge: 19 von 159; Rehabilitation: 12 von 106)
- Stressbewältigung/Zeitmanagement (Vorsorge: 19 von 159; Rehabilitation: 5 von 106)
- Hilfsmittel/Alltagshilfen/Pflegehilfen (Vorsorge: 7 von 159; Rehabilitation: 10 von 106)

„Und ja, wir haben dann auch verschiedene Gruppengespräche gehabt zu bestimmten Themen. Und da sagten die Leute dann auch, ‚ja, es hilft uns hier sehr viel weiter‘. Und man hat sich so speziell über Inkontinenz und Pflege und so. Und all diese Dinge, die wurden dann auch nochmal beleuchtet, sodass man auch Informationen bekam. Und da ergaben sich natürlich auch Kontakte. Wenn man sich immer wieder sieht in einzelnen Tätigkeitsgruppen, dann spricht man auch mal ein Wort miteinander. [...] Und das ist alles auch sehr locker und gelöst.“ (Vorsorge, TIMP115, Pos. 393–402)

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurde des Weiteren noch der Lebenswelt- und Praxis-Bezug der Informationsvermittlung angesprochen (Abb. 15 auf S. 69). Die pflegenden Angehörigen wurden gebeten, einzuschätzen, wie wichtig es ihnen war, dass in Vorträgen und Schulungen Beispiele gegeben wurden, die ihrem Alltag entsprechen. Dies war 90,5 % in der Vorsorge und 76,5 % in der Rehabilitation wichtig. Darüber hinaus wurde erfragt, ob es den pflegenden Angehörigen wichtig war, dass mit praktischen Beispielen und Übungen gearbeitet wurde. Dies bejahten 76,5 % bzw. 78,2 %.

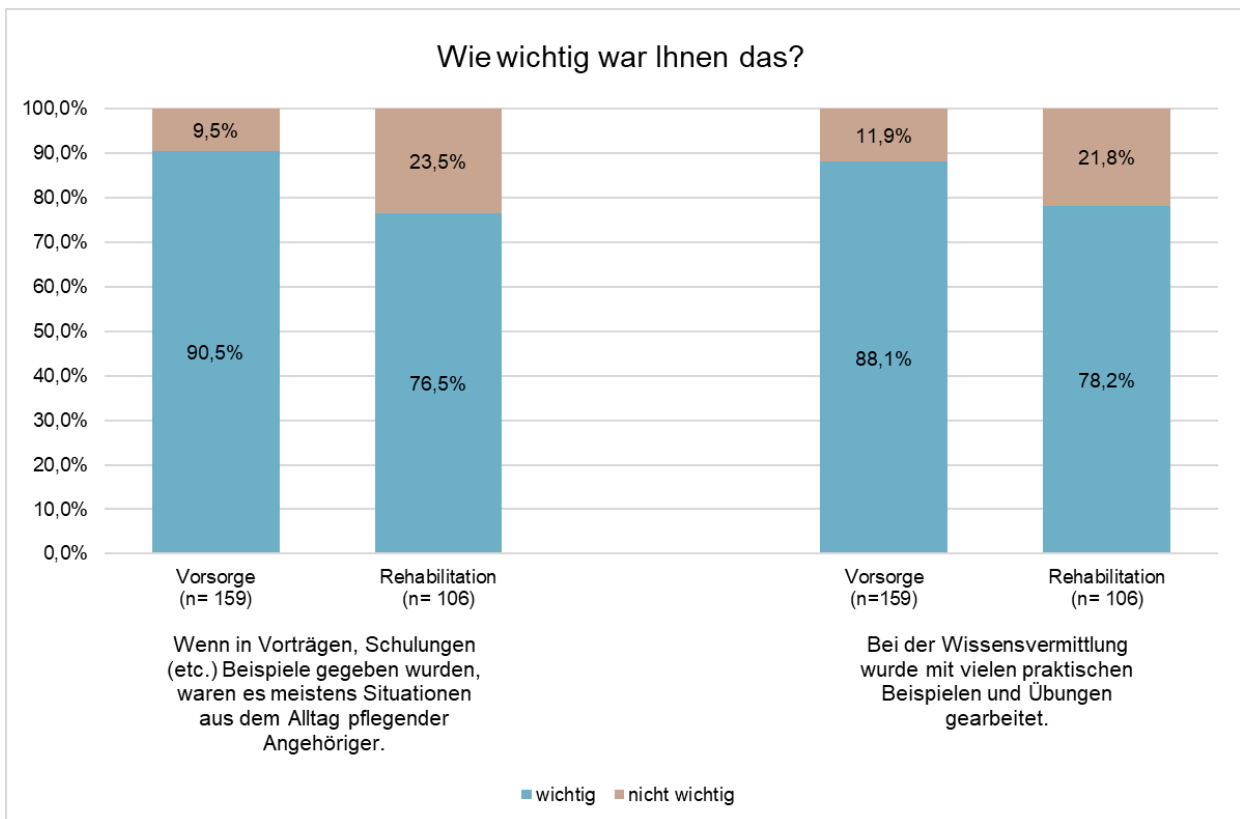


Abb. 15: Wie wichtig war Ihnen das?: Beispiele aus dem Alltag pflegender Angehöriger und Wissensvermittlung mit praktischen Beispielen und Übungen

Die praxisnahe Vermittlung wurde auch im Rahmen von Schulungen zum Thema Demenz und zum Umgang mit der Erkrankung gewünscht. Hier wurde ersichtlich, dass ein Bedarf an konkreten Verhaltenstipps und psychologischer Begleitung besteht. Die alleinige Vermittlung der medizinischen Grundlagen in Form von Vorträgen wurde als unzureichend empfunden.

„Und was ich wieder langweilig fand, dass dann jemand uns so in einer Stunde das Gehirn erklärt hat und wann wo, was funktioniert. Und das fand ich als langweilig, das brauchte ich ja nicht. Dann kriegten wir noch so einen dicken Block Unterlagen und so was, ich sage, das habe ich nie wieder gelesen, das kann ein Arzt interessieren, aber mich nicht. Und das war nichts, sage ich mal so.“ (Vorsorge, TIMP13, Pos. 240–245)

„Also man bekommt ja psychische Hilfe da schon, aber, sage ich mal, ich hätte jetzt gedacht, es gäbe einen Gesprächskurs mit Anleitung [zum Thema Demenz] von, sage ich mal, so einem Psychologen, wo man halt sagt hier, weiß ich nicht, ‚Der Pflegende wird so böse zu mir‘ oder ‚schubst mich rum‘ oder irgendetwas. Oder, weiß ich nicht, ‚schmeißt mir die Fernbedienung hinterher‘ oder so. Wo man da vielleicht drüber sprechen konnte. [...] Also, das hätte mir vielleicht auch noch gutgetan. Wo man halt, wer möchte, man muss ja nicht, aber wer da Interesse hat, mal über solche Probleme zu sprechen. Dann halt mit einer Begleitung aus psychologischer Sicht.“ TIMP18_230116, Pos. 111–123

Dass das Thema Demenz eine hohe Relevanz aufweist, zeigen auch die Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung, insbesondere in der Vorsorge. Hier gaben 94,7 % an, dass es ihnen wichtig war,

erklärt zu bekommen, wie sie gut mit den Demenz-spezifischen Verhaltensweisen ihres Angehörigen umgehen können. In der Rehabilitation war dies 76,5 % wichtig.

Im Bereich der Schulungen ist für pflegende Angehörige auch das Zeigen von Handgriffen zum Heben, Tragen, und Lagern für pflegende Angehörige relevant und wurde explizit gewünscht. Hierbei interessierte es die Interviewten insbesondere, wie sie ihre/n Angehörige*n, die/der z. B. aufgrund eines Sturzes am Boden liegt und nicht selbst aufstehen kann, sicher und fachgerecht heben/beim Aufstehen unterstützen können. Die betreffenden pflegenden Angehörigen sahen dies als Möglichkeit, sich im Vorhinein auf eine Notfallsituation vorzubereiten.

„Worum wir gebeten hatten, ein Mitpatient und ich, waren auch einfach mal so eine Schulung, ich sage mal von einer geschulten Fachkraft, wie man solche Leute, das ist bei meiner Mutter noch nicht der Fall, aber ich sage mal, der Zeitpunkt wird auch kommen, wie man solche Leute zum Beispiel praktischerweise mal hebt, wenn die aus eigener Kraft das nicht mehr können. Weil das habe ich auch mit meinem Vater, der ist schon seit einiger-, seit zehn Jahren verstorben ist, gehabt, dass der dann einen Notfall hatte, sich selber nicht mehr bewegen konnte, und ich dann einen ausgewachsenen Mann hatte und den dann irgendwo halten und heben musste, ja. Und wenn man da zumindest mal die Griffe, so ein paar, gezeigt bekommt, das wäre ein Vorteil gewesen. Weil diese Situationen, die entstehen dann auch akut ohne Vorbereitung, und dann steht man da. Das halte ich an und für sich so für jemanden, der einen [pflegebedürftigen] Angehörigen hat, als Notfallausstattung für sinnvoll.“ (Rehabilitation, TIMP111, Pos. 217–229)

Als weitere Gelingensbedingung im Rahmen der Angebote für pflegende Angehörige ist das Thema Hilfsmittel zu nennen. Während der stationären Maßnahme sollten entsprechende Hilfen gezeigt werden, die für die häusliche Pflege relevant sind.

„Die Dame hat aber tolle Hilfsmittel gezeigt, die ich auch überhaupt nicht kannte. Ich arbeite in [Dienstort], hab ein bisschen mit Hilfsmitteln in der Abgabe in [Dienstort] zu tun, aber solche Pflegenden-Hilfsmittel kannte ich teilweise nicht. Von daher fand ich das schon ganz gut, dass man so etwas kennt mal, auch jetzt in Hinblick auf Schwiegermutter, die noch weniger mobil ist als meine Mutter. Das fand ich ganz gut.“ (Rehabilitation, TIMP117, Pos. 247–253)

Außerdem sollten pflegende Angehörige Angebote zum Thema Entspannung, Stressmanagement und Ressourcen erhalten. Die Angebote sollten die eigene Achtsamkeit fördern und die Möglichkeit bieten, zur Ruhe zu kommen.

„Entspannungstraining, das war sehr wichtig. Und ja-.“ (Vorsorge, TIMP15, Pos. 251)

„Trotzdem fand ich auch die Angebote zum Thema Stressmanagement und Ressourcen, fand ich großartig.“ (Vorsorge, TIMP17, Pos. 234–235)

Des Weiteren sollten umfangreiche Sport- und Bewegungsangebote zur Verfügung stehen, vorzugsweise in der Gruppe. Besonders bewährt haben sich hierbei achtsamkeits- und wahrnehmungsorientierte Bewegungsangebote, wie z. B. Bogenschießen, Qi Gong, Yoga oder meditatives Tanzen.

„Oder eben Bogenschießen angeboten bekommen. Ich wäre nie auf die Idee gekommen, mal irgendwo Bogenschießen zu machen. Ich werde weiterhin Yoga machen [...]. Diese Dinge, Meditation lernen, Achtsamkeitsübungen, hat man ja vorher noch nie was von gehört. Doch, gehört vielleicht schon, aber nicht für sich selber wichtig empfunden. Aber das ist es halt, das, was einen runterbringt.“ (Rehabilitation, TIMP110, Pos. 321–327)

Die stationäre Maßnahme für pflegende Angehörige kann je nach Bedarf noch durch Angebote wie Gedächtnistraining, Sturzprophylaxe, Rekreationstherapie und Massagen abgerundet werden. Wenn ehemalige pflegende Angehörige an der stationären Maßnahme teilnehmen, sollte der Bedarf an spezifischer Trauerbegleitung geklärt werden.

Neben den therapeutischen Leistungen wurde in den Interviews deutlich, dass sich pflegende Angehörige eine umfangreiche ärztliche Betreuung wünschen bzw. diese sehr wertschätzen. Insbesondere in der Vorsorge wurde von den Interviewten darauf hingewiesen, dass sie es schön gefunden hätten, wenn der Arzt mehr Zeit gehabt hätte.

„Und Tipps gegeben/. Ich hatte ein Abschlussgespräch mit einer Ärztin über eineinhalb Stunden, was, glaube ich, nicht normal ist. Muss ich ganz ehrlich sagen. (lacht) [...] Und ich habe einfach/. Wir haben dann so gemeinsam/. Ich habe gesagt: Ich muss wirklich versuchen, dass ich mein Leben bewusster lebe. Das Leben ist endlich. Und schon/also die Gespräche waren da schon diesbezüglich toll.“ (Rehabilitation, TIMP114, Pos. 225–234)

Zu guter Letzt bleibt für die Rehabilitation noch zu erwähnen, dass das Verhältnis von Angeboten, die sich spezifisch auf die häusliche Pflege bzw. auf die rehabegründende Diagnose beziehen, individuell angemessen sein sollte. Da die Angebote für pflegende Angehörige zusätzlich zum regulären Rehabilitationsprogramm absolviert werden, sollten die Angebote rund um die häusliche Pflegesituation „nicht überhandnehmen“. Dennoch sollten sie umfangreich genug und inhaltsreich sein. Hier ist es erforderlich, individuell die richtige Balance zu finden.

„Und, gut, wenn jemand jetzt nicht wie ich in [Dienstort] arbeitet, muss natürlich mehr Module dieser,-. Aber ich wollte nicht, dass das Hauptgewicht wirklich auf diese Pflege des Angehörigen geht. Dass ich so viele Gesprächskreise habe um Alle-Welt-Themen. Und wollte auch nicht von allen Menschen alle Probleme hören, ehrlich gesagt, für mich selber, weil ich gesagt hab: Mein Hauptthema ist ja schon auch mein Knie.“ (Rehabilitation, TIMP114, Pos. 475–480)

Was sollte bei der Organisation der therapeutischen Leistungen beachtet werden?

Im Rahmen der Interviews wurde die Therapiefülle durch die pflegenden Angehörigen sehr unterschiedlich bewertet, insbesondere in der Vorsorge. Wichtig ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Maßnahmen größtenteils zur Zeit der Covid-19-Pandemie absolviert wurden und dies Auswirkungen auf die Therapien hatte. Nichtsdestotrotz sollte der Therapieplan weder zu voll/überfordernd noch zu wenig gefüllt sein. Die Therapien sollten einen individuell angemessenen Umfang haben, da das Empfinden diesbezüglich und die Belastbarkeit sehr unterschiedlich sind.

„Und ich hatte im Schnitt, ich habe das ja alles protokolliert, ich hatte zwei bis drei Anwendungen am Tag. Und dann war ich frei, meistens war ich dazwischen zehn und elf war ich morgens fertig und was mache ich dann?“ (Vorsorge, TIMP13, Pos. 44–47)

„Also es war nicht so, dass das mal eben um fünf Uhr und wir machen uns einen schönen Nachmittag. Das war es nicht. Es war insgesamt sehr voll und es war unterm Strich, also die Reha hat mir eine Menge gebracht.“ (Rehabilitation, TIMP112, Pos. 214–216)

Geschätzt wurde eine verlässliche und sinnvolle Therapieplanung, z. B. in Bezug auf den Ausfall von Therapien oder eine sinnvolle Abfolge dieser. Darüber hinaus stellt es eine Gelingensbedingung dar, wenn die pflegenden Angehörigen individuelle Wünsche bzgl. der Therapieplanung äußern können. In der Rehabilitation hoben es die pflegenden Angehörigen positiv hervor, dass sie psychotherapeutische und sozialdienstliche Einzelgespräche auf Wunsch erhalten konnten. In der Vorsorge wurde betont, dass es bzgl. der Teilnahme an Angeboten keinen Druck gab. So stellte sich auch in der Rehabilitation heraus, dass es sinnvoll ist, den betreffenden Personen freizustellen, welche Angebote für pflegende Angehörige sie besuchen möchten. Das Wissen, die Vorerfahrungen und die Gründe für die Pflegebedürftigkeit sind teils so unterschiedlich, dass es hilfreich ist, die pflegenden Angehörigen aus dem Angebot wählen zu lassen.

„Ja. Ich kam dann zum Arzt und zu einer Sozialpädagogin. Und die haben dann den Plan mit mir zusammengestellt. Ich habe gesagt, ich habe in meinem früheren Leben immer sehr viel Sport gemacht. Ich muss sagen, ich war die letzten Jahre mit meiner Mutter faul. [...] Alles schleifen lassen. Ich würde gerne wieder mehr Sport machen. Und die haben mir alles gegeben, was ich mir gewünscht habe.“ (Vorsorge, TIMP116, Pos. 167–173)

„Da wurde dann halt gesagt, wenn man da noch genauere Punkte hat, dann konnte man sich beim Sozialdienst melden, weil das ja für manche dann ja vielleicht auch nicht so interessant war oder halt auch spezifisch dann auch ist.“ (Rehabilitation, TIMP113, Pos. 191–194)

„Und das war/. Und als sie das ansprach, eben noch/. Ich hatte das dann auch angesprochen. Da gibt es ja verschiedene Modelle. Und dann habe ich aber für mich selber entschieden, ich mache diese Module etwas abgespeckt, weil diesen pflegerischen Teil brauche ich nicht, weil ich da Kenntnisse hatte. Ich wollte auch nicht, dass das Hauptaugenmerk nur auf dieser Betreuung meines Vaters ist.“ (Rehabilitation, TIMP114, Pos. 96–101)

Hiermit einher geht auch, dass pflegende Angehörige Informationsangebote je nach individuellem Bedarf, Wissensstand und Interesse erhalten sollten. Zum Teil wurde von den pflegenden Angehörigen beschrieben, dass sie nichts Neues mehr in den Vorträgen erfahren haben, nichtsdestotrotz wurde es überwiegend geschätzt, die eigene Erinnerung aufzufrischen. Nur selten wurden die Inhalte dann als ermüdend beschrieben.

„Also Neues gab es letztendlich nicht, das wusste ich alles schon. Ich habe aber auch, muss ich gestehen, mein Mann ist 2006 das erste Mal erkrankt, also es sind fast, warte mal, 16 Jahre Pflegeerfahrung. Da kriegt man das ein oder andere zwangsläufig mit.“ (Vorsorge, TIMP17, Pos. 222–225)

Neben dem Wissensstand und dem Interesse bei Informationsangeboten sollte bei sportlichen Aktivitäten die jeweilige Konstitution und Kondition der pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere bei der älteren Klientel der Vorsorge.

„Weil ich habe ja Probleme mit meinem Knie auch. Und ich kann nicht so schnell laufen. Und gerade, weil es da auch ziemlich steil rauf oder runter geht teilweise. Das war dann für mich nichts. Und dann hatte ich dann das Indoor-Walking. Das ist dann praktisch in der Turnhalle auf den Bällen dann was machen. Und wo man auch so auf der Stelle läuft und so. Das ging dann auch.“ (Vorsorge, TIMP18, Pos. 188–192)

Als weitere Gelingensbedingung kann die professionelle Umsetzung des Angebotes gelten (z. B. bzgl. Vortragsweise, Inhaltstiefe, Anleitung). Geschätzt wird, wenn Informationen gut vorgetragen, Übungen gut erklärt werden und die Informationen inhaltsreich/umfassend sind. Zur professionellen Umsetzung gehören aber auch eine gewisse Niederschwelligkeit des Angebotes, die Einhaltung geplanter Zeiten, eine hohe Serviceorientierung, eine passende Struktur und eine gute Vorbereitung von Vorträgen.

„Dann hat es einen Vortrag gegeben über die Pflegeversicherung und so weiter, was man als Leistungen von der Krankenkasse beanspruchen darf, und auch eine Erläuterung darüber, über die einzelnen Fachbegriffe, die es da gibt. Auch sehr eindeutig und sehr gut also vorgetragen.“ (Vorsorge, TIMP12, Pos. 210–214)

„Dann wurden drei Broschüren gezeigt, wie man sich, wenn man möchte, sich beim Bundesgesundheitsministerium bestellen könnte, wenn man sowas bräuchte. [...] Ich dachte normal, dass dann sowas für mich schon hier liegt. Das hätte dann meiner Meinung nach da sein müssen. Das war es nicht.“ (Rehabilitation, TIMP112, Pos. 97–101)

„Der erste Termin fand dann statt. Der war laut Plan anberaumt für anderthalb Stunden. So, dann war nach 20 Minuten das Thema durch.“ (Rehabilitation, TIMP112, Pos. 95–97)

Bezüglich der Umsetzung von Angeboten wurden auch die Gruppensitzungen immer wieder thematisiert. Hier sollte seitens der Leitung darauf geachtet werden, dass alle Teilnehmenden zu Wort kommen können. Für die pflegenden Angehörigen ist es wichtig, dass die Gesprächsanteile in der Gruppe gleichmäßig verteilt sind und jeder die Chance hat, zu Wort zu kommen. Abweichungen hiervon sollten von der Gruppe im Konsens gemeinsam getragen werden. Die Gruppensitzungen sollten darüber hinaus strukturiert gestaltet sein und aktiv von einer/einem Mitarbeiter*in geleitet werden.

„und das hat der [Name des Arztes] auch immer sehr gut gemacht, weil, wer am Anfang des Gruppengesprächs dran war, ist beim nächsten Mal zuletzt dran gewesen. Weil ist logisch, die Leute, die zuletzt dran sind, sind immer kürzer dran. Aber dann war es klar, derjenige, der zuletzt dran war, war beim nächsten Mal zuerst dran.“ (Rehabilitation, TIMP110, Pos. 214–218)

„Auch, ja. Es war gut. Das hat manches gebracht. Sicherlich, ich hatte das Pech, da saßen, ich glaube, zehn oder zwölf Leute. Aber die letzten zwei, die wurden nicht mehr nach ihren Problemen gefragt, ich saß als Letzter da.“ (Vorsorge, TIMP14, Pos. 243–245)

In der Rehabilitation, in welcher die pflegenden Angehörigen auch mit Rehabilotand*innen vor Ort waren, die keinen Bezug zur häuslichen Pflege hatten, zeigte es sich außerdem als dienlich, die Gruppe der pflegenden Angehörigen zusammenzuhalten, d. h. möglichst viele Therapien in diesem Verbund anzubieten. So sollte z. B. bei der Durchführung von Gruppengesprächen und -therapien darauf geachtet werden, dass sich immer mehrere pflegende Angehörige in einer Gruppe befinden (auch wenn es sich dabei um indikative Gruppen handelt). Der Austausch mit anderen betroffenen Personen kann einen großen Mehrwert für die Beteiligten haben, weil alle ähnliche Erfahrungen aufweisen und voneinander lernen können. Hierbei ist es hilfreich, wenn die Gruppe harmonisiert, dafür muss sie allerdings nicht völlig homogen sein. Pflegende Angehörige können auch voneinander profitieren, wenn die Gründe der Pflegebedürftigkeit unterschiedlich sind oder wenn die pflegebedürftige Person bereits verstorben ist. Wichtiger scheint es zu sein, dass man in einer Gruppe von Menschen ist, denen man vertrauen kann und denen gegenüber man sich öffnen möchte.

„Das ja, [ich habe die gleichzeitige Anwesenheit anderer pflegender Angehöriger schon als hilfreich empfunden]. Ich hätte es noch besser gefunden, wenn man den Kurs dann noch zusammen belassen hätte. [...] Weil ich sage mal so, man hat sich dann ein oder zweimal am Tag in verschiedenen Gruppen gesehen. Man war nicht gänzlich komplett aufgelöst, aber es wäre sinnvoller gewesen vielleicht, wenn man da, ich sage mal, länger zusammen gewesen wäre.“ (Rehabilitation, TIMP112, Pos. 363–373)

„Also diese Gruppentherapien waren schon sehr, sehr, sehr, sehr gut, sehr positiv. Also ich sage mal, ich konnte meine Ex-Erfahrungen einbringen, andere haben mir dann auch wieder geholfen zu sehen, dass es auch nicht schön ist, wenn so was jahrelang dauert, das Sterben. Und ich sage mal, so war jeder, ja, so, so different wir untereinander waren, so gleich waren wir auch. Also das hat einem sehr, sehr geholfen, würde ich mal sagen, dass uns das gleiche Schicksal, was man sonst zu Hause ja nicht so, nicht so hat. Das ist ja schon eher was

Besonderes, dass man-, ja, das war halt-, ja, die Gruppe, die hat sich gesucht und gefunden. Es war gut. Es war gut.“ (Rehabilitation, TIMP110, Pos. 105–113)

Als Vorletztes ist noch zu erwähnen, dass sich pflegende Angehörige eine adäquate räumliche Ausstattung wünschen (z. B. Schwimmbad, Fitness-/Geräteraum, Sportplatz für Ballspiele, Kiosk, Verfügbarkeit von W-LAN). Wünsche diesbezüglich wurden überwiegend in der Vorsorge geäußert, möglicherweise, weil hier mehr Zeit zur freien Verfügung besteht.

Zu guter Letzt sollten Kliniken, die ein Angebot für pflegende Angehörige schaffen möchten, an kontinuierlicher Verbesserung interessiert sein, die Rückmeldungen der Nutzer*innen in Erfahrung bringen und bei Überarbeitungen berücksichtigen.

„Was für mich wichtig gewesen wäre, das habe ich dann auch in der letzten, was der [Name des Arztes], der fragte dann, ob irgendwas fehlen würde und dann habe ich mich gemeldet, ja, mir fehlt etwas. Und zwar hätte ich gerne gehabt, dass man mehr auch mal so ein paar praktische Griffe zeigt. Wenn ich irgendwie jemanden vom Boden aufheben muss oder sonstige Sachen,“ (Rehabilitation, TIMP112, Pos. 141–146)

„Wie gesagt, es war noch alles in der Suchfindung, das hat man gemerkt, [...]. Ich glaube, hat da auch jeder seine Bedürfnisse eingebracht, die dann auch, ich sage mal, schriftlich festgehalten worden sind, um die Nächsten, die das dann mitmachen werden, ja, damit es dann noch besser läuft. Also muss ich, muss ich sagen, dass das sehr positiv da alles war.“ (Rehabilitation, TIMP110, Pos. 133–138)

*Wie kann das therapeutische Personal zu einer nutzer*innenorientierten Gestaltung des Aufenthaltes beitragen?*

Das therapeutische Personal sollte aufrichtiges Verständnis für die Situation pflegender Angehöriger haben und den Angehörigen auf Augenhöhe begegnen. Es sollte einfühlsam und empathisch sein. Von den pflegenden Angehörigen wird es geschätzt, wenn die Mitarbeitenden Hilfestellungen geben können, die aus Sicht pflegender Angehöriger realistisch und passend sind.

„Aber nach vier, fünf Tagen habe ich mir gesagt ‚Nichts mehr‘. Ich habe dann auch mit der Sozialpädagogin da ein Gespräch gehabt. Und die hat mich ziemlich wachgerüttelt. Aber im positiven Sinne, sehr behutsam und sehr einfühlsam. Und da habe ich gedacht, ‚nein, du bist jetzt hier, du musst jetzt mal was für dich tun‘.“ (Vorsorge, TIMP115, Pos. 201–205)

„Sonst war der [Name des Arztes] da sehr auf unserer Seite. [...] der hat vor drei Wochen selber seine Mutter verloren, die auch Demenz hatte, der war auch praktisch im Thema drin. Das fand ich jetzt so keine, keine schlechte Konstellation.“ (Rehabilitation, TIMP111, Pos. 233–237)

Neben dem Verständnis für die Situation ist auch die Kenntnis und die Kompetenz bei der Unterstützung pflegender Angehöriger als Gelingensbedingung zu sehen. Von den pflegenden Angehörigen wird es geschätzt, wenn sich die Mitarbeitenden gut mit der Situation im Speziellen und ihrem Beruf im Allgemeinen auskennen, wenn sie Erfahrung haben oder geschult sind. Wenn Mitarbeitende selbst den Eindruck von Hilflosigkeit angesichts der schwierigen Situation vermitteln, führt dies zu Enttäuschung und Unzufriedenheit. Die Mitarbeitenden der Klinik sollten daher kompetent sein und Erfahrung (mit pflegenden Angehörigen) haben, sodass sie ihnen eine hilfreiche Unterstützung bieten können.

„Also die haben-, das war richtig gut. Also die Frau [vom Sozialdienst], die das gemacht hat, die kannte sich auch aus. Und wenn sie was nicht wusste, dann hat sie gesagt: ‚Ich werde es bis morgen heraushaben und dann sage ich Ihnen das.‘ Oder man hatte dann entsprechend die Informationen im Fach liegen. Doch, das kann ich nicht anders sagen.“ (Rehabilitation, TIMP16, Pos. 161–165)

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden die pflegenden Angehörigen des Weiteren gefragt, ob es ihnen wichtig war, dass sich die Mitarbeitenden in der Klinik gut mit der Situation pflegender Angehöriger auskennen. Dies bestätigten 98,0 % in der Vorsorge und 80,8 % in der Rehabilitation (Abb. 16).

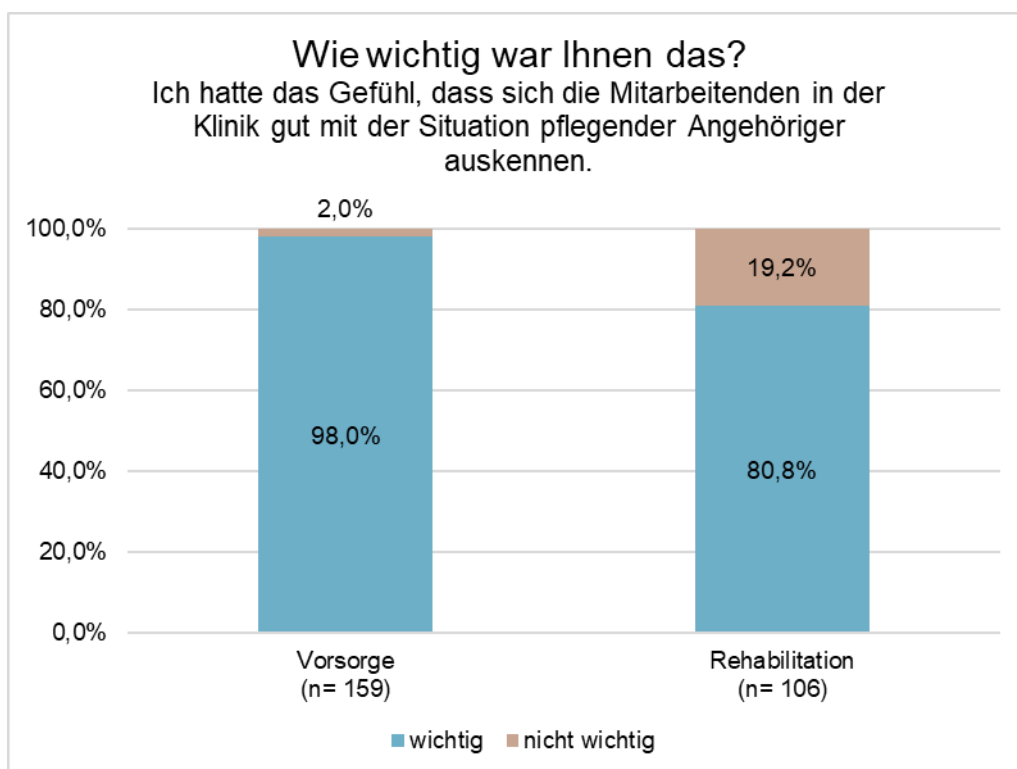


Abb. 16: Wie wichtig war Ihnen das?: Kompetenz/Wissen der Mitarbeitenden hinsichtlich der Situation pflegender Angehöriger

Neben der Kompetenz haben auch die Freundlichkeit und das Engagement des therapeutischen Personals Einfluss auf die Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen. Geschätzt werden freundliche und engagierte Mitarbeitende, die sich für das Wohl und die Wünsche der Patient*innen einsetzen.

„Ja. Ja. Das hat mir wirklich sehr gutgetan. Also, das wollte ich nicht missen, die drei Wochen dort. Und ich weiß gar nicht, aber ich glaube, es hat auch viel dazu beigetragen, diese Physiotherapeutin, die [Vorname1] und der Physiotherapeut, der [Vorname2]. Also, die Leute, die müssten Sie mal kennenlernen. Die sind mit Herzblut bei der Sache.“ (Vorsorge, TIMP116, Pos. 288–292)

„Und dann habe ich tatsächlich noch mal beim Stationsarzt Bescheid gesagt, dass ich doch da in diese Gruppe noch reinwollte. Und ich muss sagen, die haben sich wirklich Mühe gegeben, auch die Vortragende, hat sich wirklich viel Mühe gegeben, dass ich da reinkomme, dass ich mir das noch anhören kann. Sogar noch am Entlassungstag habe ich da den letzten, den dritten Baustein davon gehört. Normalerweise macht man am Entlassungstag gar nichts mehr. Aber dass ich mir den dann auch noch mal anhören konnte, muss ich sagen, haben die sich sehr viel Mühe gegeben, dass ich da noch reinkam. Und das war auch nochmal sehr gut. Also, ich dachte, ich bin fit auf dem Gebiet, aber bin ich gar nicht. (lacht)“ (Rehabilitation, TIMP117, Pos. 452–460)

Zu guter Letzt sollte die Klinik über eine gute und zuverlässige Personalsituation verfügen. Um zusätzliche Therapien für pflegende Angehörige anzubieten, muss ausreichend Personal zur Verfügung stehen. Ein hoher Krankenstand oder unbesetzte Stellen führen dazu, dass Angebote ausfallen müssen oder gar nicht erst angeboten werden können. Für die pflegenden Angehörigen ist es wichtig, dass sich die Mitarbeitenden Zeit nehmen können. Häufige Wechsel und Veränderungen der Zuständigkeiten führen zu Unzufriedenheit.

„Das [Zeigen der Griffe zum Heben und Tragen] war aber wohl nicht umsetzbar. Die hatten wohl auch durch Corona massive Probleme in der Klinik gehabt, ja. Dass das Personal da auch ganz abgesehen von den Patienten da auch stark dezimiert zwischenzeitlich war. Im normalen Klinikbetrieb hat man es nicht gemerkt. Aber bei der Geschichte war das wohl der Grund gewesen [warum es nicht angeboten werden konnte].“ (Rehabilitation, TIMP111, Pos. 229–233)

Eine Übersicht der beschriebenen Gelingensbedingungen für das therapeutische Angebot zeigt Abbildung 17 auf Seite 78.

Gelingsbedingungen therapeutisches Angebot

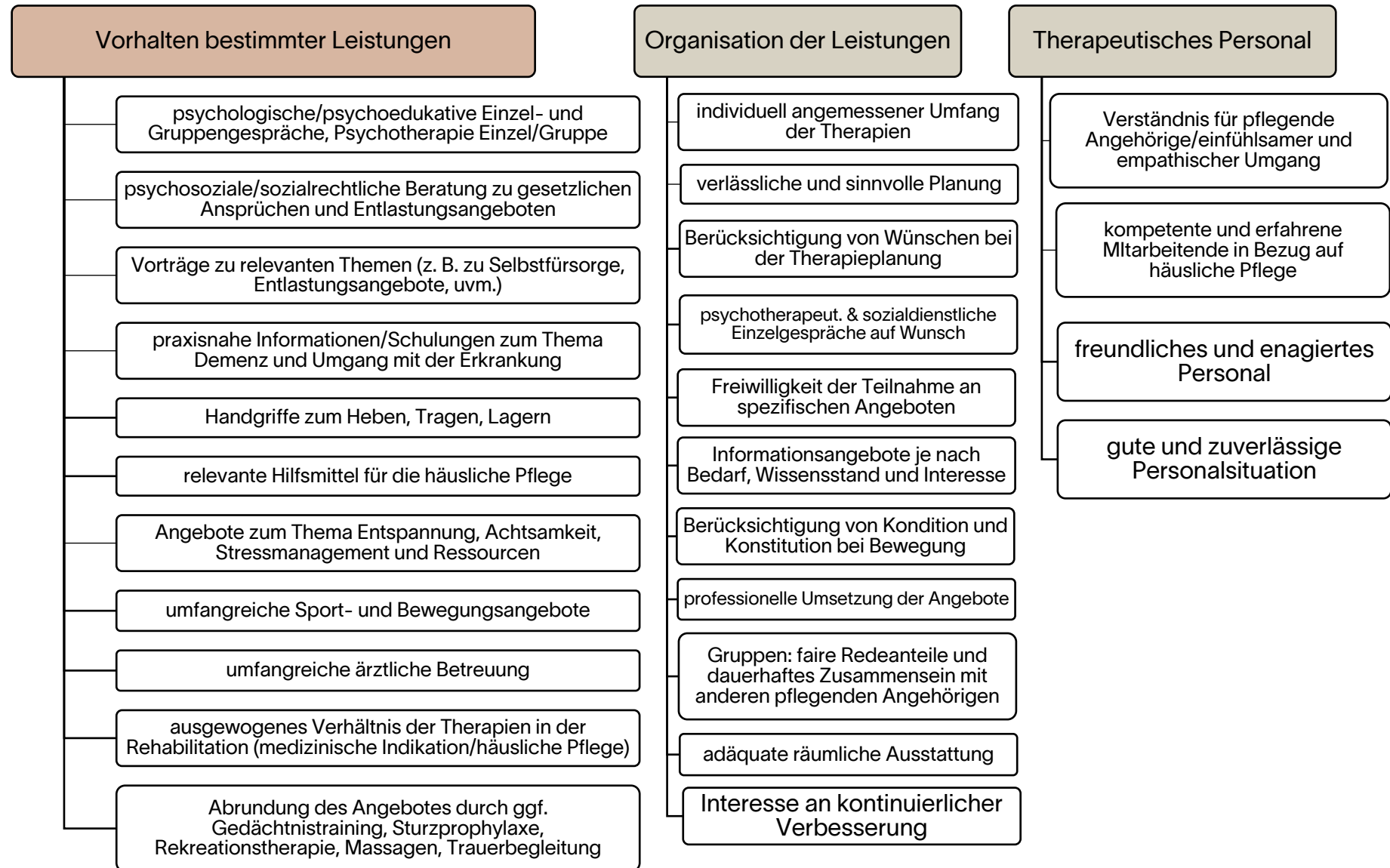


Abb. 17: Gelingsbedingungen: therapeutisches Angebot

4.4.2.5 Nachhaltigkeit und subjektiver Nutzen

Wie wurden die pflegenden Angehörigen auf zu Hause/die Zeit nach der Maßnahme vorbereitet?

Im Rahmen der Vorbereitung auf zu Hause wurden in den Interviews unterschiedliche Dinge berichtet. Manche Personen schilderten, dass die Vorbereitung auf zu Hause nicht Thema war bzw. sie von der Klinik nicht vorbereitet wurden. Von weiteren Personen wurde im Gegensatz dazu darauf hingewiesen, dass es ein Abschlussgespräch gab, in dem der Aufenthalt reflektiert (Was konnte erreicht werden?) und der Gesundheitszustand noch einmal bewertet wurde, z. B. mit dem Arzt/der Ärztin oder dem Sozialpädagogen/der Sozialpädagogin. Zum Teil wurden hierfür auch Fragebögen eingesetzt. Mit manchen wurden in dem Gespräch auch noch einmal die gesteckten Ziele und zukünftiges Verhalten besprochen und Anregungen für zu Hause gegeben (wie z. B. zum Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe). Vereinzelt gab es auch die Möglichkeit, einen „Brief an sich selbst“ zu schreiben oder einen Bogen mit Zielen auszufüllen, der sechs Wochen nach dem Klinikaufenthalt nach Hause gesandt wurde. Darüber hinaus gab es noch Empfehlungen zur Fortführung von Therapien (Psycho-, Physio- und Ergotherapie) oder der Teilnahme an T-RENA (Trainingstherapeutische Rehabilitationsnachsorge). Im Bereich der Psychosomatik wurde berichtet, dass die Vorbereitung auf zu Hause kontinuierlich Thema in den Therapien war.

„Ja, ich habe ja mit der Sozialpädagogin dann nochmal gesprochen. Und habe ihr auch gesagt, dass ich das eingeläutet habe, dass er sofort ins Heim geht. Und dann haben wir das auch besprochen. Dann sagt sie: ‚Wie stellen Sie sich das denn vor in Zukunft?‘ Ich sage: ‚Ja, ich werde ihn mindestens einmal am Tag besuchen.‘ Und da hat sie sofort energisch das Veto eingelegt. Da hat sie gesagt: ‚Machen Sie sich von dieser Bindung frei. Der Mann ist in besten Händen. Jetzt denken Sie mal ein bisschen mehr an sich. Sie wissen doch, was Sie wollen. Und Sie können gerne hingehen. Aber nur, wenn Sie wollen, und nicht, weil Sie sich selbst das Versprechen gegeben haben, dass Sie ihn einmal am Tag besuchen.‘ [...] Insofern bin ich da also sehr gut drauf vorbereitet worden, ja.“ (Vorsorge, TIMP115, Pos. 423–440)

„Und Tipps gegeben/. Ich hatte ein Abschlussgespräch mit einer Ärztin über eineinhalb Stunden, was, glaube ich, nicht normal ist. Muss ich ganz ehrlich sagen. (lacht) Und die sagte zu mir eben: ‚Ich/. Sie wissen ja, von was wir hier sprechen.‘ [...] Und die hat auch zu mir gesagt: ‚Nehmen Sie für sich selber so Impulse, die Sie bedingt umsetzen können. Es ist eine Oase, in der Sie hier sind.‘ Und das ist so. Man kann nur einige Sachen umsetzen. Und ich habe einfach/. Wir haben dann so gemeinsam/. Ich habe gesagt: ‚Ich muss wirklich versuchen, dass ich mein Leben bewusster lebe. Das Leben ist endlich.‘“ (Rehabilitation, TIMP114, Pos. 225–234)

Eine gute Vorbereitung auf zu Hause war in der Vorsorge 84,4 % und in der Rehabilitation 83,8 % wichtig (Abb. 18, S. 80). In der Fragebogenerhebung wurde darüber hinaus gefragt, was die pflegenden Angehörigen bei der Vorbereitung auf zu Hause besonders hilfreich fanden. Im Rahmen der Freitexte wurde in der Vorsorge besonders häufig die Ermutigung zu mehr Selbstfürsorge/Steigerung des Selbstwertgefühls genannt (21 von 159) und die Informationsweitergabe zu Unterstützungsmöglichkeiten/Motivation der Inanspruchnahme von Unterstützung/Hilfsmittelversorgung (19 von 159). In der Rehabilitation wurde ebenfalls die Ermutigung zu mehr Selbstfürsorge am hilfreichsten eingeschätzt (11 von 106). Häufig genannt wurden außerdem noch Anregungen zu Sport/Bewegung (insbesondere T-RENA)(10 von 106).

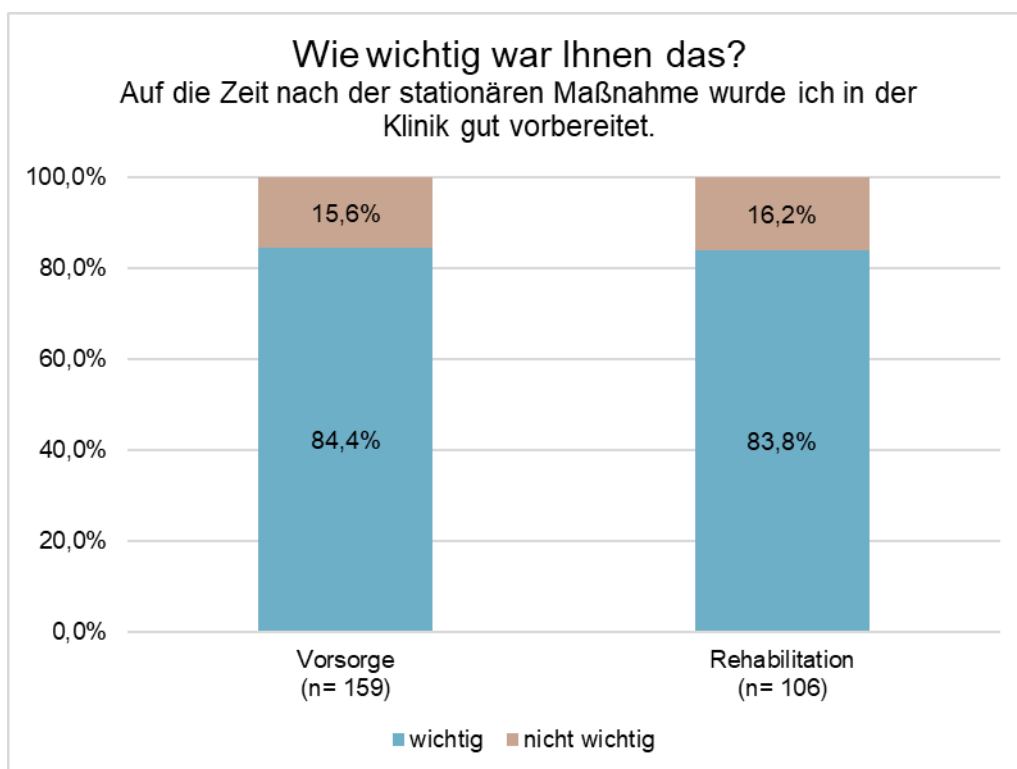


Abb. 18: Wie wichtig war Ihnen das?: Vorbereitung auf die Zeit nach der Maßnahme

Wie haben sich die Selbstwirksamkeit in Bezug auf die häusliche Pflege, die Belastungen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität während/nach der Maßnahme entwickelt?

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden mittels der Instrumente CSES-8, HPS-k und SF-12 das Ausmaß der Selbstwirksamkeit der pflegenden Angehörigen, ihre Belastungen durch die Pflege und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität zu zwei Zeitpunkten gemessen. Tabelle 8 zeigt jeweils die Mittelwerte, die Standardabweichung und den Wertebereich vor und nach der Vorsorge bzw. Rehabilitation. Die interne Konsistenz der Skalen ist als gut bis sehr gut zu bewerten.

Tab. 8: Selbstwirksamkeit, Belastungen und Lebensqualität pflegender Angehöriger

	Vorsorge-Patient*innen, t0 (n = 267)	Vorsorge-Patient*innen, t1 (n = 159)	Rehabilitand*innen, t0 (n = 163)	Rehabilitand*innen, t1 (n = 106)	Cronbach's alpha (Vorsorge; Rehabilitation), t0
	Mittelwerte (SD, Range)				
CSES-8	5,04 (1,76; 1,0–10,0)	5,40 (1,74; 1,4–9,5)	5,66 (1,78; 2–10)	5,91 (1,67; 1,5–10,0)	0,81; 0,81
HPS-k	20,59 (6,5; 3–30)	19,06 (6,5; 3–30)	15,08 (7,65; 2–30)	14,36 (7,50; 1–30)	0,89; 0,93
KSK (SF-12)	37,87 (8,87; 17,95–63,54)	40,38 (9,44; 18,00–62,75)	36,84 (SD: 8,84; 15,01–62,68)	40,01 (9,21; 18,30–60,42)	0,75; 0,83
PSK (SF-12)	33,31 (9,14; 9,29–59,12)	40,05 (9,53; 15,75–60,94)	34,95 (9,88; 15,28–62,85)	43,34 (10,77; 19,5–63,95)	0,74; 0,78

In Bezug auf die Selbstwirksamkeit im Rahmen der häuslichen Pflege konnten vor der Maßnahme Werte von 5,04 in der Vorsorge bzw. 5,66 in der Rehabilitation ermittelt werden. Deskriptiv betrachtet scheinen die pflegenden Angehörigen in der Rehabilitation zuversichtlicher zu sein. Tests zur

Ermittlung von statistisch signifikanten Mittelwertunterschieden wurden allerdings nicht durchgeführt. Der CSES-8 Score liegt nach der Maßnahme in beiden Gruppen jeweils etwas über dem Ausgangsniveau zum Zeitpunkt t0. Abbildung 19 zeigt die Unterschiede und Entwicklungen beider Gruppen auf Item-Ebene. Am wenigsten zuversichtlich waren die pflegenden Angehörigen, sich keine Sorgen mehr über zukünftige Probleme mit ihrem Angehörigen machen zu können. Am zuversichtlichsten waren sie, eine/n Freund*in oder ein Familienmitglied bitten zu können, sie zu vertreten, wenn sie beispielsweise einen Arzttermin wahrnehmen müssen.

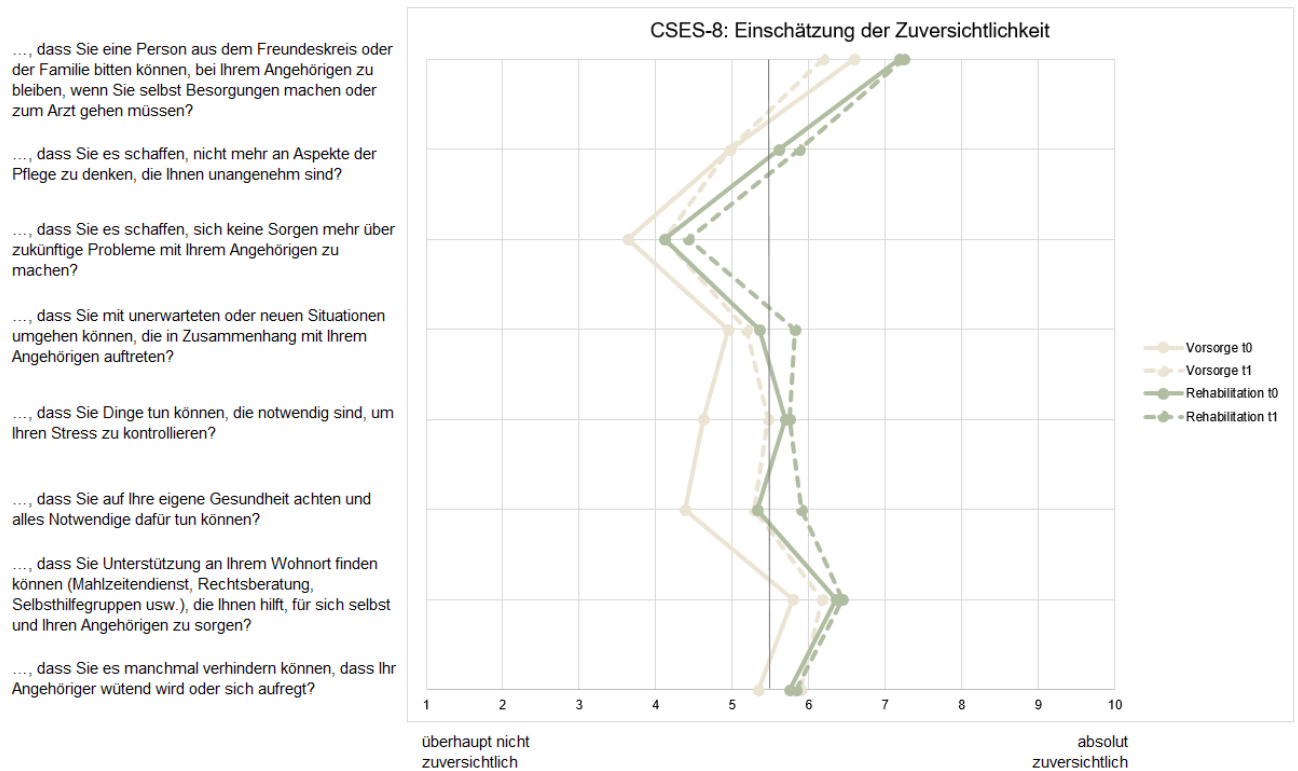


Abb. 19: CSES-8: Einschätzung der Zuversichtlichkeit

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden auch die Belastungen durch die häusliche Pflege erfasst. Zu Beginn der Maßnahme wiesen die Vorsorge-Patient*innen einen Wert von 20,59 auf, die Rehabilitand*innen hatten im Mittel einen HPS-k Wert von 15,08. Bei der kategorialen Betrachtung (niedrige/mittlere/starke Belastung) zeigte sich, dass sowohl in der Vorsorge als auch in der Rehabilitation der größte Anteil der Befragten eine starke bis sehr starke Belastung durch die häusliche Pflege aufweist (81,0 % in der Vorsorge bzw. 49,6 % in der Rehabilitation zum Zeitpunkt t0). Das Belastungserleben war bei den pflegenden Angehörigen in der Vorsorge deutlich stärker ausgeprägt. Zum Zeitpunkt t1 nach der Maßnahme fällt der Anteil der stark bis sehr stark belasteten Personen etwas geringer aus als zuvor (72,1 % in der Vorsorge bzw. 49,0 % in der Rehabilitation) (s. Abb. 20, S. 82). Aufgrund des Studiendesigns können allerdings keine Aussagen zur Kausalität getroffen werden. Hierfür sind randomisiert kontrollierte Studien notwendig.

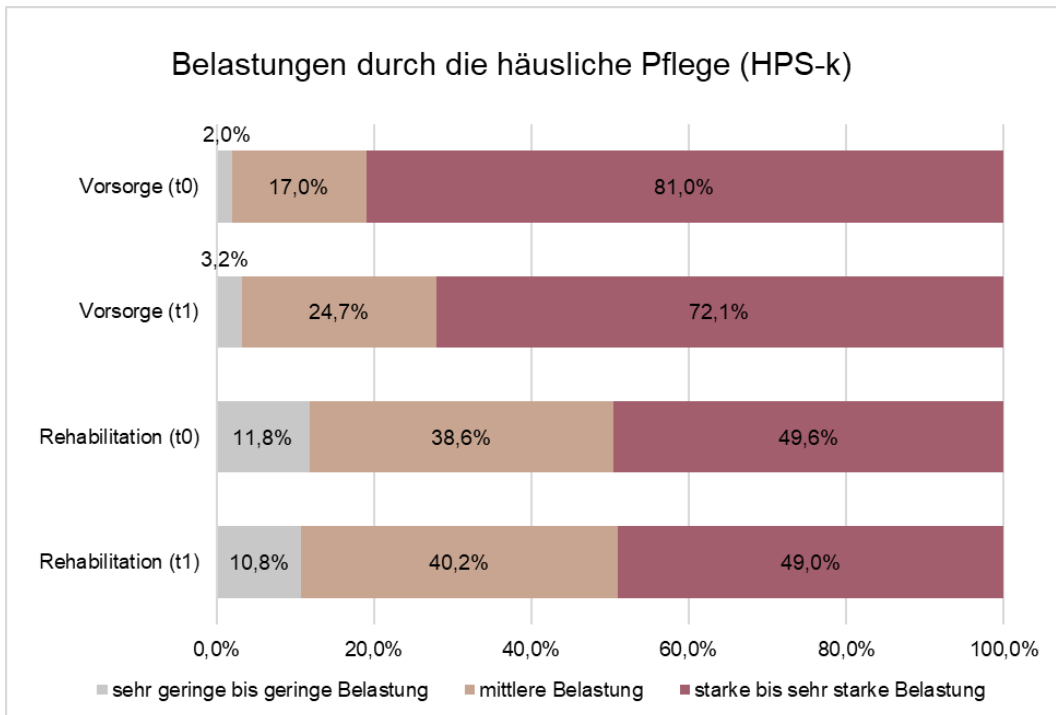


Abb. 20: HPS-k: Belastungen durch die häusliche Pflege

Neben den Belastungen durch die häusliche Pflege wurde auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität zum Zeitpunkt t0 und t1 in der körperlichen und psychischen Dimension gemessen. In Bezug auf die körperliche Skala weisen die pflegenden Angehörigen vor der Vorsorge einen Wert von 37,87 und in der Rehabilitation einen Wert von 36,84 auf. Für die psychische Skala ergeben sich Werte von 33,31 in der Vorsorge und 34,95 in der Rehabilitation. Vergleicht man diese Werte mit den jeweiligen altersspezifischen Werten der Deutschen Normstichprobe von 1994⁵ zeigt sich – egal ob in der Vorsorge oder Rehabilitation – zu jedem Zeitpunkt eine geringere Lebensqualität der pflegenden Angehörigen in der körperlichen und der psychischen Dimension (Abb. 21 und 22, s. S. 83).

⁵ Die Normierung des SF-36 bzw. SF-12 im Jahr 1994 hatte zum Ziel, Referenzwerte der beiden Summenskalen für die deutsche Bevölkerung zu gewinnen, die repräsentativ für die Grundgesamtheit sind und Differenzierungen nach Geschlecht und Alter zulassen. Methodisch eröffnen sich durch die Normwerte daher verbesserte Anwendungsmöglichkeiten. Die Grundgesamtheit bildete die deutsche Bevölkerung in Privathaushalten im Alter ab 14 Jahren. Die Proband*innen wurden mit einem zweistufigen Zufallsstichprobenverfahren für die Befragung ausgewählt. (Morfeld et al., 2011).

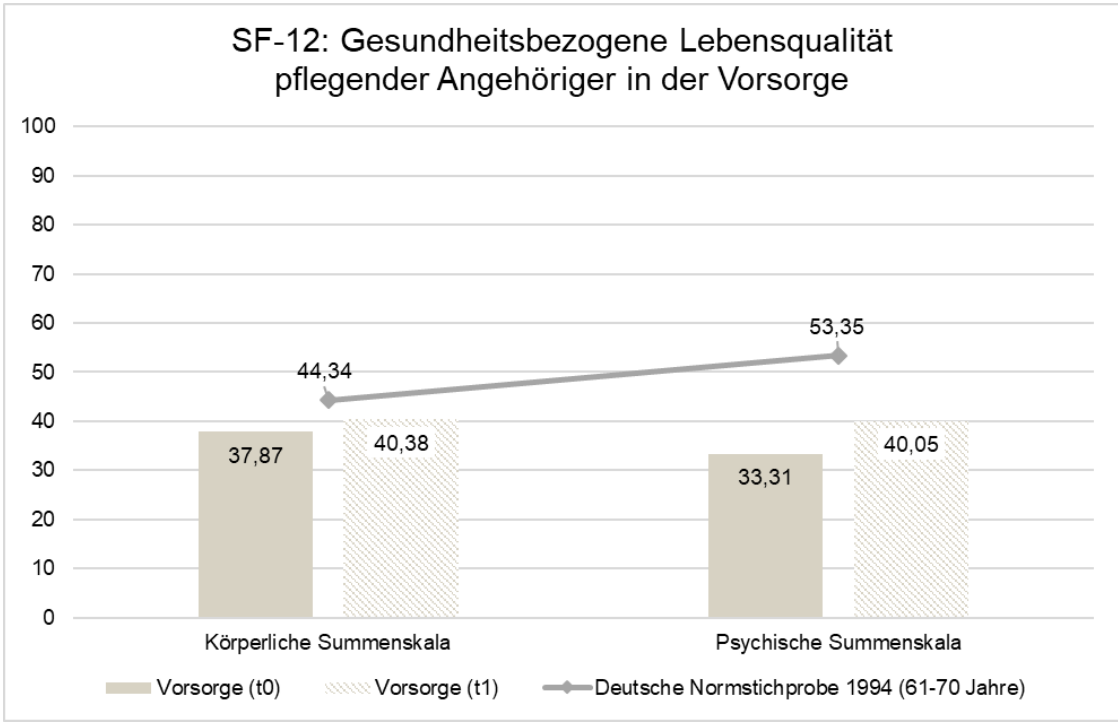


Abb. 21: SF-12: Gesundheitsbezogene Lebensqualität pflegender Angehöriger in der Vorsorge

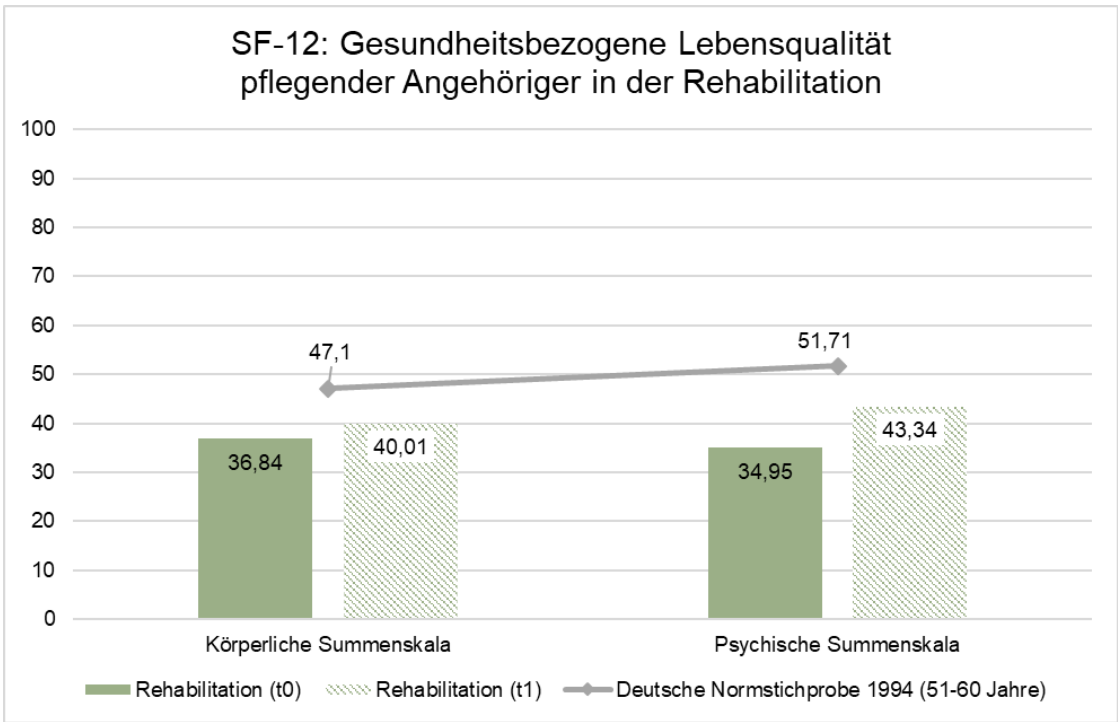


Abb. 22: SF-12: Gesundheitsbezogene Lebensqualität pflegender Angehöriger in der Rehabilitation

Wie beschreiben die pflegenden Angehörigen den Nutzen, den sie aus der Maßnahme ziehen konnten?

Da die pflegenden Angehörigen vier Wochen nach ihrem stationären Aufenthalt interviewt wurden, konnten sie auch Aussagen darüber treffen, wie sich ihre Belastungen und ihr Gesundheitszustand zu Hause entwickelt haben. Bezüglich des Nutzens, der Wirkungen und der Veränderungen durch die Maßnahme äußern sich die Befragten recht unterschiedlich. Zum Teil wurde berichtet, dass sich durch die Maßnahme nichts verändert hat oder dass die positiven Erfolge der Maßnahme direkt verschwunden sind, als sie zu Hause wieder in den „gleichen Trott“ kamen.

„Ja, jetzt kann ich ja weitererzählen, das war natürlich dann-. Ich war dann zu Hause und dann hatte ich gleich eine Woche gehabt dann, die wieder total anstrengend war. Und nach der Woche war meine-, wenn ich dann irgendetwas von der Kur positiv hatte, war das alles wieder weg gewesen.“ (Vorsorge, TIMP12, Pos. 267–270)

„Nein, gar nichts [hat sich seitdem verändert]. Gar nichts, es war eine schöne Zeit und kaum ist man zu Hause, geht der gleiche Trott wieder los.“ (Vorsorge, TIMP15_221013, Pos. 462–467)

Überwiegend äußerten sich die pflegenden Angehörigen aber sehr positiv über ihren Aufenthalt. Es wird deutlich, dass durch die Maßnahme einige Veränderungen angestoßen wurden und sie sehr profitieren konnten. Die pflegenden Angehörigen schilderten, dass ihnen die Zeit gutgetan hat, dass sie sich gestärkt fühlen und dass eine solche Maßnahme eigentlich jede/r pflegende Angehörige/r erhalten sollte. Außerdem konnte die Zeit zur Klärung und Reflexion dessen genutzt werden, wie das eigene Leben sich weiterentwickeln soll. Es wurde zudem beschrieben, dass durch die Maßnahme ein positiverer Blick, eine Perspektive für die Zukunft und wieder mehr Lebensfreude entwickelt werden konnten.

„Das kann ich gar nicht beschreiben, wie gut das mir getan hat. Das war super, super, supergut. Also so etwas müsste eigentlich jeder pflegende Angehörige kriegen.“ (Vorsorge, TIMP15, Pos. 533–538)

„Ja. Ich bin absolut froh und dankbar, dass ich die Möglichkeit hatte, dahinzufahren, weil ich nicht gewusst hätte, wie es sonst weiterging.“ (Vorsorge, TIMP115, Pos. 648–649)

„Ja, es war/. Also mir/. Ich will/. Doch, man kann eigentlich schon sagen, es hat mir mein Leben gerettet.“ (Rehabilitation, TIMP114, Pos. 570–571)

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden die pflegenden Angehörigen gefragt, ob sie ihre Ziele erreichen konnten. In der Vorsorge gaben 55,8 % an, dass sie ihre Ziele erreichen konnten, und 37,7 % antworteten, diese zum Teil erreicht zu haben. In der Rehabilitation waren dies 41,9 % bzw. 49,5 %, die die Zielerreichung zum Teil erfüllt sahen. Die Zielstellung in der Vorsorge war überwiegend, Erholung zu finden/abzuschalten und Kraft schöpfen zu können. In der Rehabilitation ging es am häufigsten darum, einen Umgang mit Schmerzen zu finden bzw. diese zu reduzieren. Auf die Freitext-Frage, wie die Klinik sie noch besser hätte unterstützen können, um ihre Ziele zu erreichen, wurde jeweils am häufigsten geantwortet „nichts/alles ok/keine weiteren Vorschläge“

(Vorsorge: 48 von 159; Rehabilitation: 18 von 106). Die zweithäufigste Antwort war in der Vorsorge der Wunsch nach mehr Einheiten/Therapien (Pflegerberatung, psychologisches Gespräch, Demenz-Schulung, Physiotherapie, etc.) (20 von 159), in der Rehabilitation wurden an zweiter Stelle „mehr psychologische Gespräche (Einzelnen)“ genannt“ (11 von 106).

Im Folgenden wird nun berichtet, welche Veränderungen und welchen subjektiven Nutzen die pflegenden Angehörigen im Rahmen der Interviews äußerten (Abb. 23).

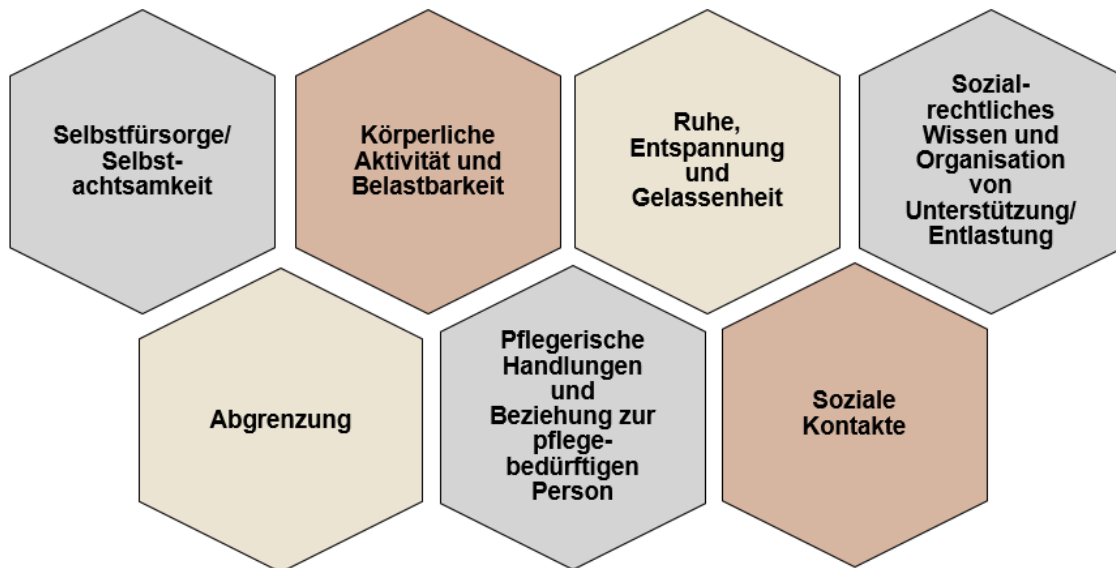


Abb. 23: Komponenten subjektiven Nutzens stationärer Angebote

Selbstfürsorge/Selbstachtsamkeit

Eine sehr häufige Veränderung, die von den pflegenden Angehörigen angesprochen wurde, betrifft das Thema Selbstfürsorge und Selbstachtsamkeit. Es wird sehr deutlich, dass die pflegenden Angehörigen gelernt haben, sich wieder mehr um sich selbst zu kümmern und sich etwas Gutes zu tun. Aus den Interviews geht aber auch hervor, dass es eine Herausforderung darstellt, neue Verhaltensweisen im Alltag zu implementieren, und dass dies nicht immer gelingt.

Neue Verhaltensweisen, die berichtet werden, sind z. B.: sich Zeit für sich nehmen, bevor man für die pflegebedürftige Person zur Verfügung steht, Pausenzeiten ganz aktiv mit Spaziergängen, Lesen, Musik hören, Entspannungstechniken, Sport, Hobbys im Allgemeinen und sozialen Kontakten füllen oder auch eigene gesundheitliche Probleme in Angriff nehmen. Einzelne pflegende Angehörige berichten, dass sie z. B. angefangen haben, Tagebuch zu schreiben, medizinische Eingriffe durchführen lassen möchten, nun stärker auf ihre körperlichen Reaktionen achten oder überlegen, eine Selbsthilfegruppe zu besuchen.

„Und das ist mir dann während der [Maßnahme] natürlich durch die Gespräche in der Form mit den anderen führt, auch nochmal klarer geworden, dass das wichtig ist, dass man da auch ein bisschen mehr auf sich selbst achtet.“ (Rehabilitation, TIMP112, Pos. 358–361)

„Ja und ich zum Beispiel, ich habe mich total verloren. Ich habe gemacht, gemacht, gemacht und habe gar nicht mehr über mich selber-, das ist ja auch mein Punkt, warum ich in die Reha gegangen bin oder dieses Verständnis, dass

ich auf mich bezogen-. Also ich habe es sonst immer gesehen, dass ich dann zu egoistisch wäre. Aber ich muss ja auch Selbstfürsorge und Selbstliebe für mich haben und das ist eben halt mein Manko, was ich habe, wofür ich jetzt auch ein bisschen da gelernt habe.“ (Rehabilitation, TIMP113, Pos. 249–255)

Im Rahmen der Fragebogenerhebung geben die pflegenden Angehörigen größtenteils an, die eigenen Bedürfnisse durch die stationäre Maßnahme wieder stärker wahrzunehmen (Abb. 24). Über 70 % stimmen der Aussage genau bzw. überwiegend zu – sowohl in der Vorsorge als auch in der Rehabilitation.

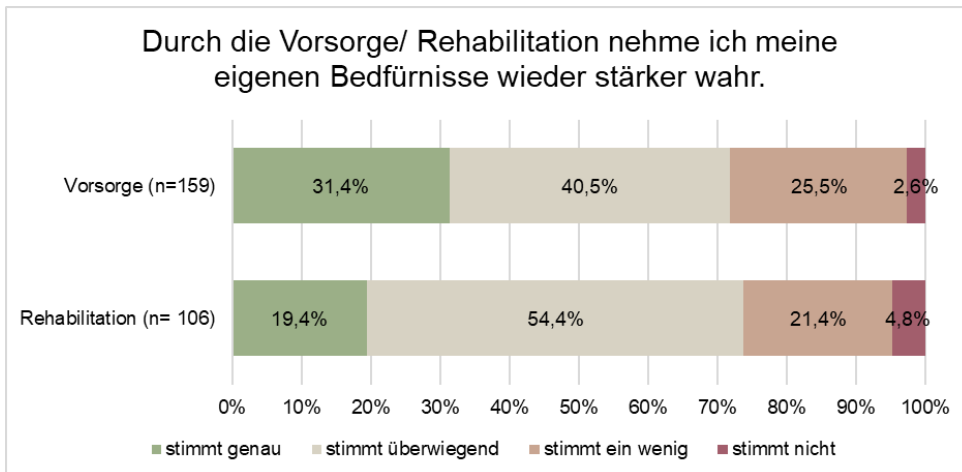


Abb. 24: Subjektiver Nutzen: Wahrnehmung eigener Bedürfnisse

In Bezug auf die Frage, ob sie seit dem Aufenthalt mehr Dinge unternehmen, die ihnen Freude bereiten, sagen nur um die 13 %, dass dies nicht zutreffend ist bzw. nicht stimmt. Alle anderen stimmen der Aussage ein wenig, überwiegend oder genau zu (Abb. 25). Der Anteil derer, die nur ein wenig zustimmen, ist bei dieser Frage allerdings größer als bei der Frage zur Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse.

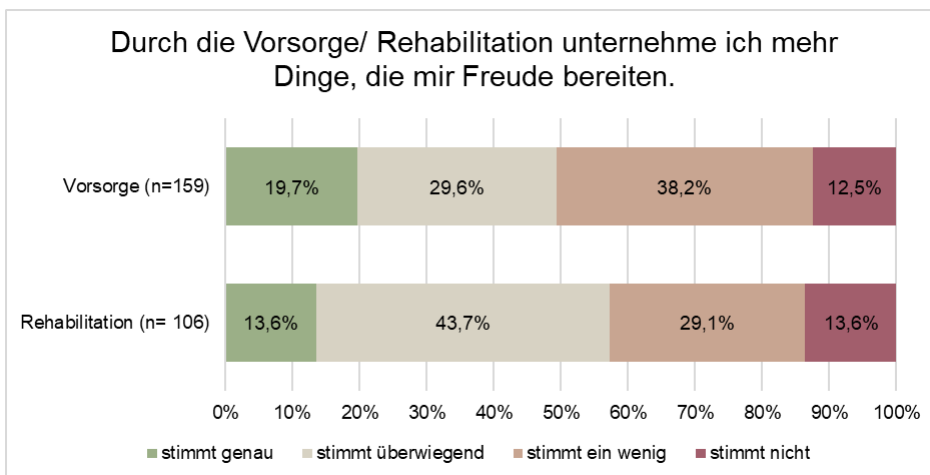


Abb. 25: Subjektiver Nutzen: Unternehmen von Dingen, die Freude bereiten

Abgrenzung

Neben der Fähigkeit, wieder für sich selbst zu sorgen, haben die pflegenden Angehörigen auch gelernt, sich gegenüber anderen und deren Forderungen und Wünschen stärker abzugrenzen – auch wenn dies nicht immer leichtfällt. Hierzu zählt beispielsweise, „Nein“ zu sagen und die eigenen Bedürfnisse voranzustellen, wieder mehr Verantwortung an die pflegebedürftige Person zurückzugeben, Aufgaben nicht abzunehmen oder deutlich zu machen, wenn sich an der Pflegesituation etwas verändern muss.

„Ich sage einfach viel häufiger Nein. (Lacht.) Ich habe ein schlechtes Gewissen, aber-“ (Vorsorge, TIMP111, Pos. 510–511)

„Und dann hab ich gesagt: ‚Ich möchte diese Dinge nicht mehr. Ich möchte das nicht mehr.‘ So.“ (Vorsorge, TIMP114, Pos. 379–380)

„Also, ich glaube, für meinen Mann ist es anstrengend und für mich ist es-, ich merke, für mich ist so ein bisschen-, meine Haltung hat sich geändert, ich bin sonst schnell in so eine Vorwurfshaltung gekommen. Und jetzt bin ich in so einer Haltung: ‚Nein, ist nicht meins!‘ Also, ich würde fast-, wenn ich es negativ sagen würde, so eine ein bisschen gleichgültige Haltung-, oder Verantwortung ablehnende. Aber eigentlich sehe ich es positiv: ‚Nein, es ist deine Aufgabe! Du bist gesundheitlich soweit wiederhergestellt, dass du auch deinen Kopf wieder einsetzen kannst, also tu es bitte.“ (Vorsorge, TIMP17, Pos. 576–583)

Körperliche Aktivität und Belastbarkeit

Viele pflegende Angehörige äußern sich zu ihrem höheren Aktivitätsniveau, ihrer verbesserten körperlichen Belastbarkeit und Kondition seit ihrem Aufenthalt. Sie schildern, dass sie durch die Maßnahme wieder zu Kräften gekommen sind, dass ihr Tatendrang zurück ist und sie sich körperlich fitter fühlen. Durch die zum Teil verordnete Teilnahme an T-RENA konnten die pflegenden Angehörigen aus der Orthopädie und Innere Medizin/Kardiologie Sport wieder in ihren Alltag integrieren.

„Ja, auf jeden Fall habe ich mich nach den drei Wochen wieder zu Kräften gefühlt. Also, dass ich wieder bei Kräften bin. Das war ja das, dass ich mich so schlapp gefühlt habe und so zerbrechlich. Und das konnte ich eigentlich dann wiederaufbauen. Und ich, ja, mein Tatendrang ist wieder zurückgekommen und so. Und das war ja für mich wichtig, dass ich eigentlich wieder zu Kräften komme. Wieder meinen Alltag bewältigen kann und nicht davorstehe und denke: ‚Um Gottes Willen.“ (Vorsorge, TIMP11, Pos. 321–327)

„Also, das ist jetzt der Vorteil dabei. Ich habe jetzt dieses T-RENA, also Training nach der Reha. Zweimal die Woche habe ich jetzt eine Stunde Sport wieder. Das ist jetzt also das Regelmäßige, was ich mir jetzt nehme.“ (Rehabilitation, TIMP117, Pos. 379–382)

Die pflegenden Angehörigen schildern außerdem, dass sie wieder mehr Aktivität in ihren Alltag gebracht haben. Sie berichten, dass sie zwischendurch mal Fahrrad fahren, Waldspaziergänge machen, mit dem Hund gehen, ihre Übungen aus der Krankengymnastik regelmäßig durchführen,

die bewegten Meditationen aus der Maßnahme nachstellen oder sich eine Qi Gong-Gruppe an ihrem Heimatort suchen möchten.

„Aber, ich sage mal, da, diese Sachen, da haben wir immer so eine Morgenmeditation gemacht. Das hatte ich mir vorgenommen, zu Hause weiter zu machen. Was ich auch die erste Woche, wie ich zu Hause war, alles gemacht habe. Qi Gong oder Morgenmeditation und sowas. Für die Bewegung dann halt spazieren gegangen.“ TIMP18_230116, Pos. 223–227

Dass sie ihren Alltag nun aktiver gestalten und sich mehr bewegen, gaben die pflegenden Angehörigen auch im Rahmen der Fragebogenerhebung an. Nur 15,6 % bzw. 9,6 % verneinten die entsprechende Aussage (Abb. 26). In der Rehabilitation ist der Anteil derer, die sich nun häufiger bewegen, etwas größer als in der Vorsorge – dies könnte mit der T-RENA-Nachsorge zusammenhängen, von welcher in den Interviews vermehrt berichtet wurde.

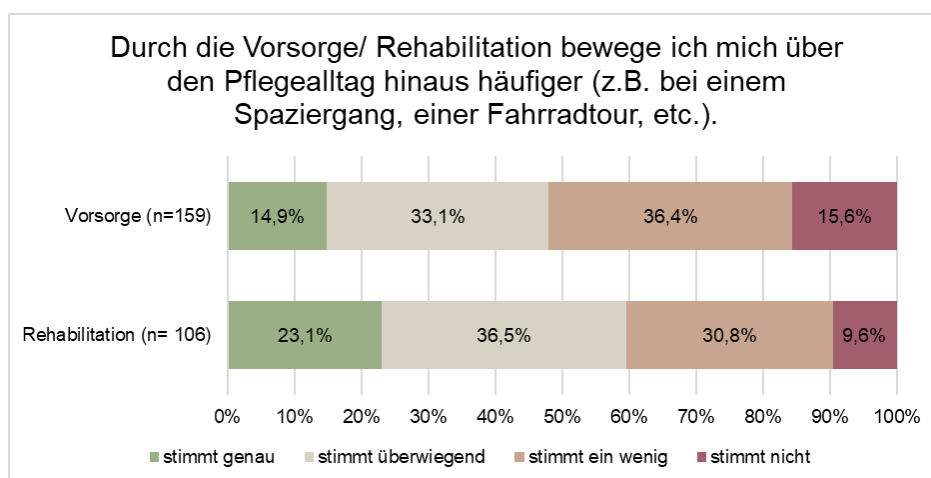


Abb. 26: Subjektiver Nutzen: Bewegung im Alltag

Pflegerische Handlungen und Beziehung zur pflegebedürftigen Person

Vereinzelt beschrieben die pflegenden Angehörige aus der Vorsorge auch ihr Vorhaben bzw. Veränderungen in Bezug auf die Pflege und die Beziehung zur pflegebedürftigen Person. Von den pflegenden Angehörigen aus der Rehabilitation wurden hierzu keine Äußerungen getroffen. In den Interviews der Vorsorge ging es z. B. darum, die pflegebedürftige Person stärker in die Pflege einzubeziehen. Die betreffende Angehörige schilderte allerdings, dass es ihr nicht gelungen ist, ihre Vorhaben umzusetzen.

„Da-, ich wollte-, ich persönlich wollte viel anders machen, aber ich bin im gleichen Trott wieder drin, verstehen Sie. Ich wollte ihm mal zeigen, wie er selbst seinen Urinbeutel leert. Er kann sich da bücken und er kann den Knopf aufmachen und das Ding in eine Toilettenschüssel halten, aber das macht er nicht. Er macht es nicht. Er macht-, er ist so-, er macht gar nichts. Er macht gar nichts.“ (Vorsorge, TIMP15, Pos. 450–455)

Eine andere pflegende Angehörige aus der Vorsorge beschrieb, dass sie und ihr Mann sich nach der Vorsorge wieder mehr zu erzählen haben, dass es beiden gutgetan hat und sie sich bemühen, ihre Gedanken auf das Positive im Alltag zu lenken.

„Und ich glaube, es tut euch beiden gut. Ihr habt euch plötzlich so viel wieder zu erzählen, dein Mann und du.“ (Vorsorge, TIMP17, Pos. 623–624)

Ruhe, Entspannung und Gelassenheit

Die pflegenden Angehörigen der Rehabilitation berichteten, dass sie am Ende der Maßnahme deutlich entspannter waren, dass sie für das Thema sensibilisiert wurden und nun Ruhe und Entspannung aktiv in ihrem Alltag einplanen oder Dinge anders angehen. Dies geschieht z. B. durch Progressive Muskelentspannung, Achtsamkeitsübungen, Malen oder durch ein entspannendes Bad. Die pflegenden Angehörigen der Vorsorge berichten ebenfalls überwiegend, dass sie durch die Maßnahme zur Ruhe kommen konnten. Allerdings wurde hier in manchen Interviews auch deutlich, dass dies nicht für alle gilt.

„Nein, nein. Ich bin genauso nervös wieder und angespannt. Und ja, ich muss mich manchmal zurückhalten, um ihn nicht anzuschreien. Und ja, ich bin genauso wie vorher wieder.“ (Vorsorge, TIMP15, Pos. 468–471)

„So. Also, ich bin zu mindestens sehr entspannt zurückgekommen.“ (Vorsorge, TIMP17, Pos. 271–272)

„Ja, ich habe tatsächlich/. Nach der Reha bin ich wirklich entspannter geworden. Also so einige Dinge lasse ich jetzt ein bisschen lockerer. Das stimmt schon. Also der Depoteffekt ist wirklich gut. Also, es klappt wirklich. Ich habe es wirklich ein bisschen weiter rausgezogen. Och, meine Mutter hat es schon wieder zweimal geschafft, mich ziemlich auf die Palme zu bringen. Aber erst zweimal seitdem. (lacht) Es geht noch. Es ist also noch ein bisschen ruhiger, entspannter.“ (Rehabilitation, TIMP117, Pos. 431–437)

Im Rahmen der Fragebogenerhebung gaben die pflegenden Angehörigen größtenteils an, dass sie durch die stationäre Maßnahme Techniken anwenden können, um sich zu entspannen (s. Abb. 27, S. 90). Um die 60 % stimmten der Aussage jeweils genau bzw. überwiegend zu – sowohl in der Vorsorge als auch in der Rehabilitation.

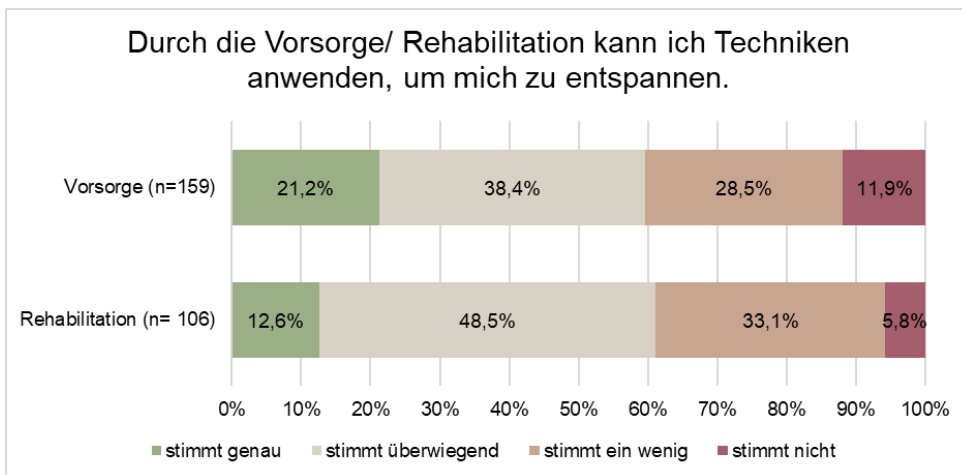


Abb. 27: Subjektiver Nutzen: Anwendung von Entspannungstechniken

In Bezug auf die Frage, ob die pflegenden Angehörigen gelernt haben, gelassener mit ihrer pflegebedürftigen Person umzugehen, ist das Antwortverhalten etwas heterogener. Hier stimmten die pflegenden Angehörigen der Vorsorge deutlich häufiger genau bzw. überwiegend zu (Abb. 28).

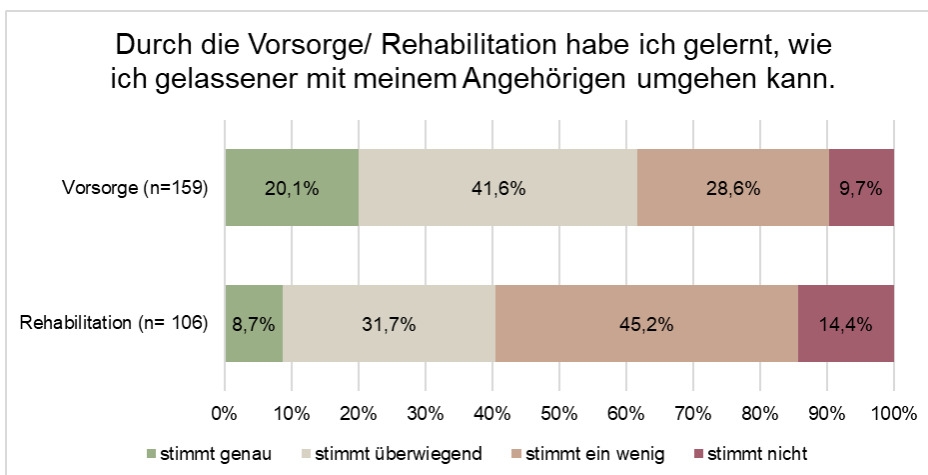


Abb. 28: Subjektiver Nutzen: Gelassenheit im Umgang mit der pflegebedürftigen Person

Soziale Kontakte

Einige der pflegenden Angehörigen berichteten, dass durch die Maßnahme intensive Freundschaften entstanden sind. Es wurde von gemeinsamen Unternehmungen in der Zeit danach berichtet, von regem Austausch über Messenger-Dienste und der Idee, noch einmal gleichzeitig einen Antrag auf eine stationäre Maßnahme zu stellen. Neben diesen Kontakten werden die Beziehungen am Heimatort nun auch intensiver gepflegt. Zum anderen werden Unternehmungen mit der Familie und der pflegebedürftigen Person gelegentlich nun anderen Verpflichtungen vorgezogen.

„Jetzt bin ich natürlich angefangen und denke mal so ein bisschen an mich. So zum Beispiel [...] fahre ich einen Weihnachtsmarkt besuchen. Habe ich nie gemacht, aber jetzt mache ich das mal, wir treffen uns wir vier Frauen [aus der Vorsorge].“ (Vorsorge, TIMP15, Pos. 297–300)

„Und ja, ich habe immer noch Kontakt mit vielen Frauen. Die eine kommt in zwei Wochen mich hier besuchen, obwohl sie eben 500 Kilometer entfernt von mir wohnt.“ (Rehabilitation, TIMP110, Pos. 312–314

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden die pflegenden Angehörigen auch gebeten, sich bzgl. ihrer sozialen Kontakte nach der Maßnahme zu äußern (Abb. 29). Der Anteil derer, die der Aussage genau bzw. überwiegend zustimmten, fällt etwas geringer aus als bei den zuvor vorgestellten Items. Es stimmten ca. 45 % genau bzw. überwiegend zu.

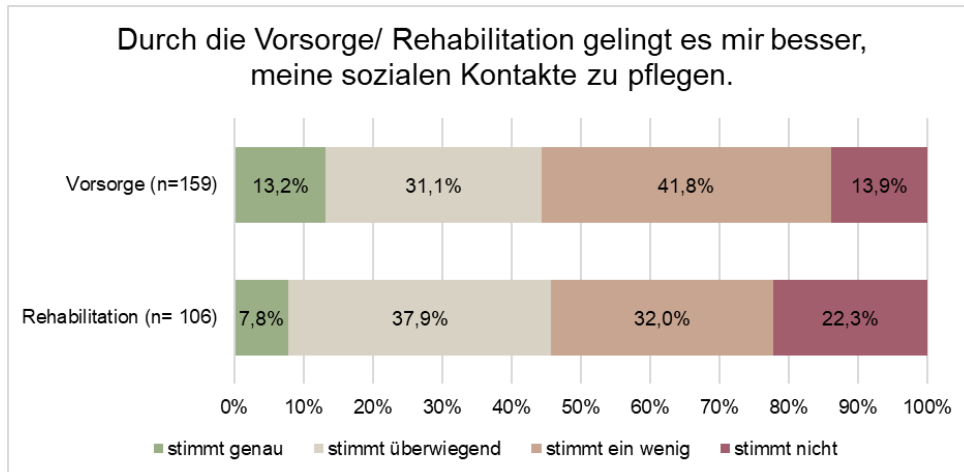


Abb. 29: Subjektiver Nutzen: Pflegen sozialer Kontakte

Sozialrechtliches Wissen und Organisation von Unterstützung/Entlastung

Sowohl in der Vorsorge als auch der Rehabilitation haben die pflegenden Angehörigen umfassende Informationen darüber erhalten, welche Möglichkeiten der Entlastung sie haben. So wurde im Nachgang z. B. ein Termin zur Pflegeberatung am Heimatort vereinbart, Kontakt zur örtlichen Pflegeeinrichtung aufgenommen, die Inanspruchnahme stationärer Langzeitpflege organisiert, eine Vorsorgevollmacht erstellt oder in Erwägung gezogen, in Altersteilzeit zu gehen. Neben den sozialrechtlichen Möglichkeiten wurde aber auch häufiger der Entschluss gefasst, das nähere Umfeld stärker in die Pflege einzubeziehen.

„Aber das ist dann wieder alles hochgeholt worden. Und jetzt weiß ich wieder rundherum auch, was ich machen müsste oder tun müsste, wenn irgendeine besondere Sache dann eintritt.“ (Vorsorge, TIMP12, Pos. 518–520)

„Und ich habe eben diese rechtlichen Sachen habe ich da jetzt auch rausgeholt. Da bin ich jetzt dabei, eben so eine Vorsorgevollmacht für meine Mutter zu machen. Schwiegermutter, da sträubt sich meinen Mann noch. Aber er meint, ‚brauche ich nicht‘, aber ich finde, er braucht es. Aber das weiß er erst, wenn er dann auch so einen Vortrag mal gehört hat.“ (Rehabilitation, TIMP117, Pos. 581–590)

„Sie sahen das an den Gesichtern, dass diese Kur wohl ein voller Erfolg war, für alle die da waren. Und auch unsere, meine Tischnachbarin sagte mir also, die habe ich noch mehr bewundert. Der Mann war also sehr, sehr krank. Und den hat sie zu Hause alleine versorgt. Aber sie sagte auch: ‚Jetzt habe ich die, den

Dass die pflegenden Angehörigen nun mehr Entlastungsleistungen nutzen, die ihnen zustehen, kann durch die Fragebogenerhebung nur zum Teil bestätigt werden. Der Anteil derer, die dieser Aussage nicht zustimmten, ist mit 21,4 % bzw. 45,2 % vergleichsweise hoch (Abb. 30). Insbesondere in der Rehabilitation gaben viele Personen an, dass sie keine weiteren Leistungen nutzen. Ein Grund für die insgesamt geringere Zustimmung als bei den anderen Fragen könnte in dem Befragungszeitpunkt (vier Wochen nach der Maßnahme) liegen, da die Beantragung und Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen mit einem gewissen zeitlichen Verzug verbunden ist.

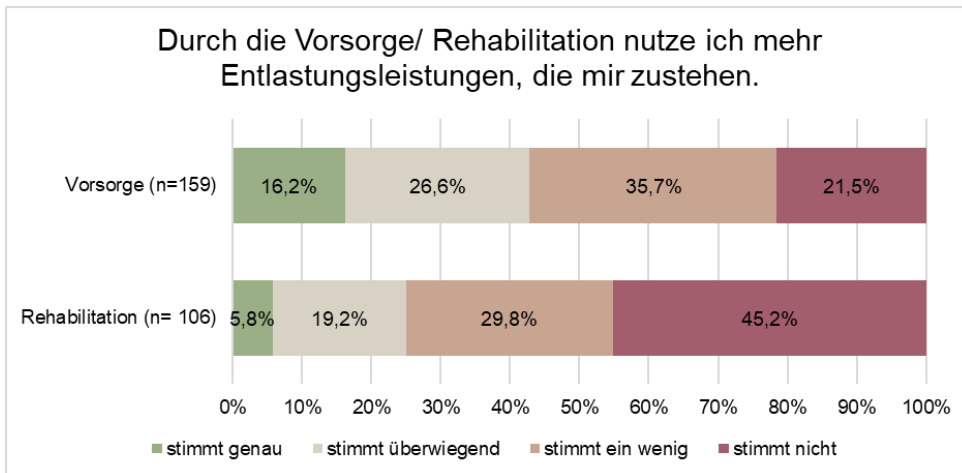


Abb. 30: Subjektiver Nutzen: Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen

In Bezug auf die Frage, ob es ihnen durch die Maßnahme nun besser gelingt, aktiv nach Lösungen zu suchen, stimmten ungefähr 50 % bzw. 40 % der Befragten der Aussage genau bzw. überwiegend zu (Abb. 31).

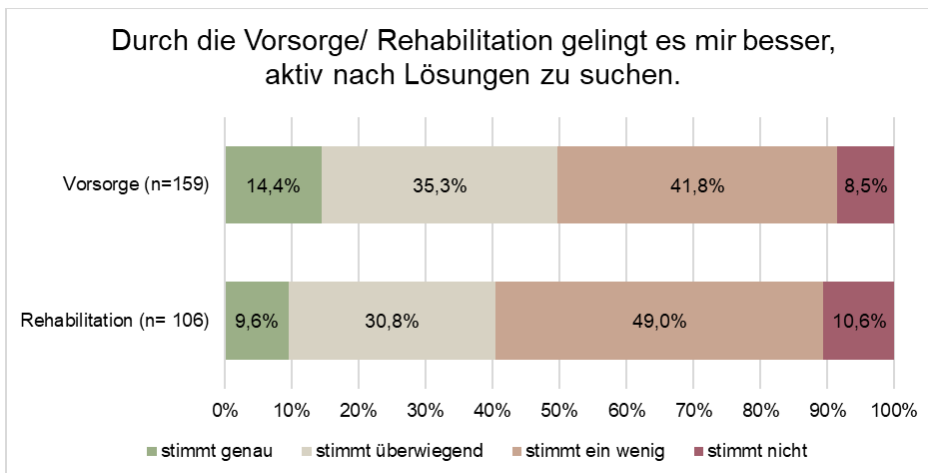


Abb. 31: Subjektiver Nutzen: Aktive Suche nach Lösungen

Welche Gelingensbedingungen sind für die Nachhaltigkeit und den subjektiven Nutzen der Maßnahme entscheidend?

Damit die pflegenden Angehörigen auch nachhaltig von der Maßnahme profitieren und erlernte Verhaltensweisen aufrechterhalten können, ist es wichtig, dass die Angebote und Techniken, die in der Klinik vermittelt werden, zu den jeweiligen Personen passen. So besteht eine größere Chance der Fortführung zu Hause.

„Ja, die haben es mir auch leichtgemacht, [die bewegte Meditation zu Hause fortzuführen], die haben mir nicht so eine stumpfe Sitzmeditation mit, mein rechter Arm und mein linker Arm wird schwer, gegeben. Die haben mir eine gegeben, die meinem Naturell entspricht: nämlich Bewegung.“ (Vorsorge, TIMP17, Pos. 496–498)

Um die Nachhaltigkeit der Maßnahme zu sichern, sollten die pflegenden Angehörigen in den Therapien außerdem kontinuierlich Hinweise erhalten, wie sie das neu Gelernte im Alltag umsetzen können, z. B. wenn es um das Schaffen von Freiräumen oder die Durchführung von Achtsamkeitsübungen geht. Des Weiteren ist es in der Rehabilitation wichtig, dass sich die Vorbereitung auf zu Hause nicht nur mit der rehabegründenden Diagnose befasst, sondern auch mit der häuslichen Pflegesituation und ihren Herausforderungen. Hierfür können Veränderungen der Pflegesituation und die Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten erforderlich sein.

„Das sind alles faire Wünsche gewesen, dass ich da hinschreibe, ich möchte mich mehr bewegen und ich möchte mehr auf mich achten, alles das, was man da natürlich lernt. Klar, solange man da ist, ist das alles gut, weil da kommt keiner und sagt: ‚Ach, übrigens die Bügelwäsche für Oma, die müsste bis morgen noch fertig sein.‘ Oder irgendwie sowas. Ja. Weil das ist ja dahinten nicht. Da ist man ja in so einer Blase. Was schön ist. Das hat mir total gutgetan. Also so, wenn mich jetzt jemand fragt, wann warst du eigentlich zur Reha, wie war es denn da, sage ich, in welchem Jahr war das, dieses Jahr kann das nicht gewesen sein.“ (Rehabilitation, TIMP16, Pos. 365–373)

Um nachhaltige Veränderungen zu erwirken, reicht die Inanspruchnahme einer mehrwöchigen Maßnahme in der Regel nicht aus. Daher sollten konkrete Empfehlungen für weiterführende Therapien ausgesprochen werden (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie). In der orthopädischen Rehabilitation war häufig von der Teilnahme an T-RENA die Rede, welche zum Teil sogar aus der Klinik heraus für die Rehabilitand*innen organisiert wurde. Wichtig ist, dass es sich bei diesen Anbietern um professionelle Institutionen handelt.

„Die haben mir schon gesagt, dass ich mich weiter in therapeutische Behandlung begeben sollte. Und da wird das Thema, ich sage mal Abgrenzung von der Mutter, bei-. Ich sage mal, es ist bei mir nicht nur die Pflege, sondern diese Rolle Mutter-Kind, die nie gestimmt hat. [...] Ja, Sie müssen sich vorstellen, ich war eigentlich schon sehr jung eher die Mutter meiner Mutter, so lebensuntauglich war. Und da sitzen Sie fest drin. Das ist ganz schwierig, das ist in Ihnen festgebrannt. Und diese Rolle irgendwo abzulegen, sich zu distanzieren ein bisschen, das ist eine Aufgabe, die kriegen Sie in so einer Klinik nicht geregelt.“ (Rehabilitation, TIMP111, Pos. 428–438)

„Ja. Muss ich sagen, ist aus dem Haus hervorragend organisiert worden. In der letzten Woche ist das. Also, ich habe ja gesagt, möchte ich gerne. Und das wurde dann in der letzten Woche organisiert. Und es wurde tatsächlich aus dem Haus auch gleich geguckt, wo gibt es dann die Möglichkeiten in meiner Gegend? Und es wurde auch gleich ein Anfangstermin festgelegt. Aus dem Hause haben die gleich angerufen bei dem Physiotherapeuten, der auch eben die muskelaufbauenden Geräte hat. Und gleich man/. Das anfangs/. Den Anfangstermin gleich festgelegt. Muss ich sagen, Hut ab! Das brauchte ich nicht organisieren, das haben die dann gleich organisiert.“ (Rehabilitation, TIMP117, Pos. 401–409)

Ein häufig genannter Faktor, um die Erfolge aus der Maßnahme zu sichern, ist eine zuverlässige und adäquate Versorgung der pflegebedürftigen Person. Hiermit ist sowohl die Versorgung während als auch nach dem Aufenthalt gemeint. Wenn die pflegebedürftige Person in einem schlechten Zustand wieder nach Hause kommt, kann dies zu einem schlechten Gewissen bei der/dem Angehörigen führen und die Umsetzung gefasster Vorsätze erschweren.

„Ja, habe ich mir Pläne gemacht. Da kann ich noch so viele Pläne machen, wenn man plötzlich etwas anderes macht, wenn er so aus der Klinik kommt, wie er aus der Klinik gekommen ist, dann hat man doch erst mal ein wundes Herz. Dann könnte man doch-, mein Gott, was habe ich bloß gemacht, wie konnte ich den da herein tun und alle haben dich gewarnt und, und, und. Ja und egoistisch, wie du bist, hast du das gemacht und ja.“ (Vorsorge, TIMP15, Pos. 512–520)

Zu guter Letzt ist die Verfügbarkeit von niederschweligen, nutzer*innenorientierten und flächendeckenden Entlastungsangeboten am Heimatort für die Nachhaltigkeit entscheidend. Angesprochen wurden in den Interviews Angebote aus den Bereichen Tagespflege, ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege und psychotherapeutische Versorgung. Ein pflegender Angehöriger hat in der Vorsorge beispielsweise die Empfehlung erhalten, seine Frau an einem weiteren Tag in der Tagespflege betreuen zu lassen. Er schilderte, dass zum einen seine Frau damit nicht einverstanden ist und dass zum anderen die ganz praktische Organisation und Logistik dieser Tage eine Herausforderung darstellten. In den Interviews wurde außerdem deutlich, dass die Finanzierung von Entlastungsangeboten eine Belastung darstellen kann und Psychotherapieplätze kaum verfügbar sind.

„Ich habe das mit meiner Frau natürlich besprochen. Und meine Frau hat dann im Prinzip gesagt, ihr reicht es, einen Tag unter alten Leuten behandelt zu werden wie alte Leute. Ihr wäre es zu Hause angenehmer und das würde sie also nicht gerne auf zwei Tage erweitern müssen. Dazu muss ich sagen, von vornherein ist es immer gut gesagt, ‚ach, da nehmen wir einfach einen anderen Tag‘. Aber so ein Tag erfordert eine enorme Arbeit. Das heißt, ich muss meine Frau um 8.00 Uhr morgens fertig haben für die Abholung durch einen Bus. Das heißt, bis dahin muss ich sie gewaschen/das macht der Pflegedienst. Umgezogen, für den Winter fertiggemacht, angeschnallt, den Fahrstuhl entsprechend vorgesorgt haben und muss pünktlich um 8:00 Uhr parat sein. Nun ist es aber so: Manchmal kommt der Bus 7:45 Uhr, manchmal kommt er erst 8:30 Uhr. Das heißt, man sitzt also bis zu einer Dreiviertelstunde herum und wartet auf den blöden Bus. So, und das hat man vormittags oder morgens und das hat man nachmittags, wenn sie wieder zurückgebracht wird. Ist genau die gleiche

Schiene. Ich bin 15:45 Uhr parat und gucke aus dem Fenster. ‚Wann kommt er denn? Wann kommt er denn?‘ Und der Bus kommt erst 16:45 Uhr. Dann steht man da wiederum eine Stunde und guckt herum, ärgert sich blöd und so. Es ist also nicht ganz einfach mit allen Diensten.“ (Vorsorge, TIMP19, Pos. 210–226)

Eine Übersicht zu den Gelingensbedingungen in Bezug auf die Nachhaltigkeit und den subjektiven Nutzen zeigt Abbildung 32.

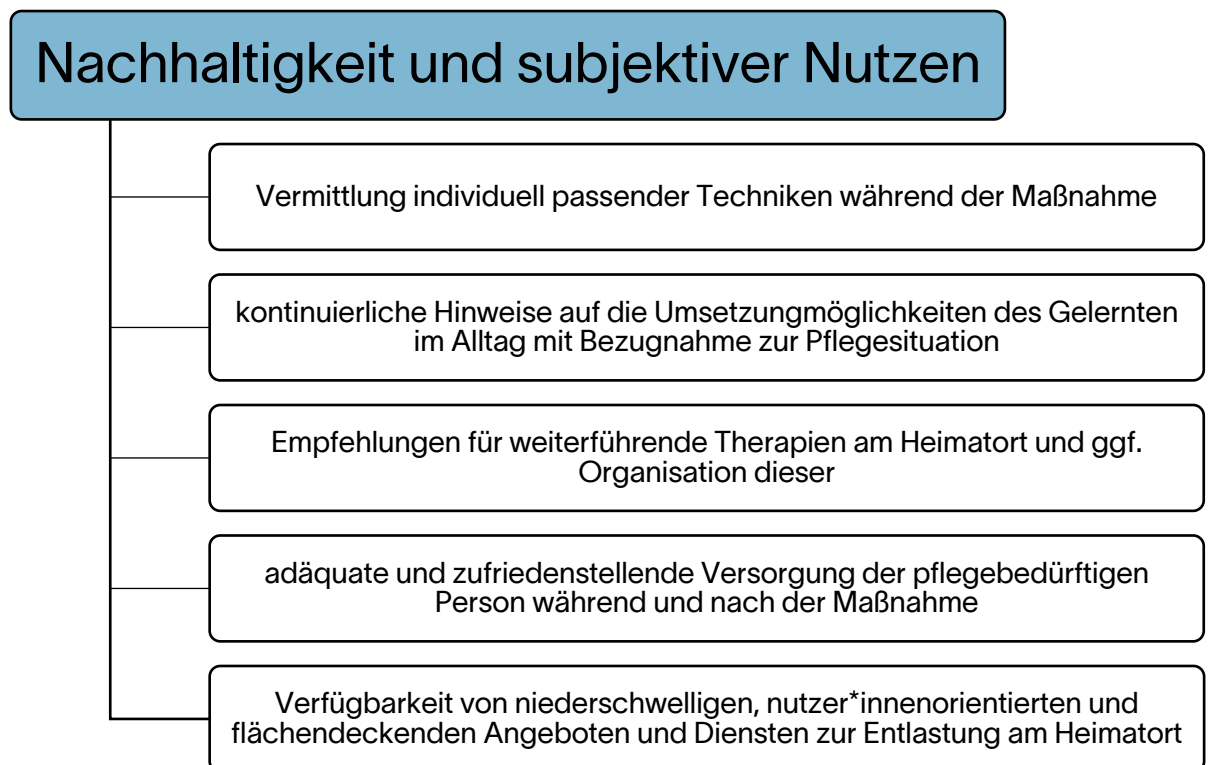


Abb. 32: Gelingensbedingungen: Nachhaltigkeit und subjektiver Nutzen

4.4.2.6 Abschließende Bewertung

Wie zufrieden waren die pflegenden Angehörigen mit der Vorsorge bzw. der Rehabilitation?

Im Rahmen der t1-Befragung wurden die pflegenden Angehörigen gebeten, ihre Zufriedenheit mit dem Aufenthalt anzugeben. Im Schnitt dauerte dieser in der Vorsorge 3,2 Wochen (SD: 0,4, Range: 2–4), in der Rehabilitation waren die pflegenden Angehörigen im Mittel 3,9 Wochen (SD: 0,9, Range: 2–8) vor Ort. In der Rehabilitation dauerte die Maßnahme also deutlich häufiger länger als drei Wochen. Im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der Maßnahme zeigt sich ein sehr positives Bild. Der überwiegende Teil der Befragten war sehr bzw. eher zufrieden mit den Angeboten für pflegende Angehörige (s. Abb. 33, S. 96).

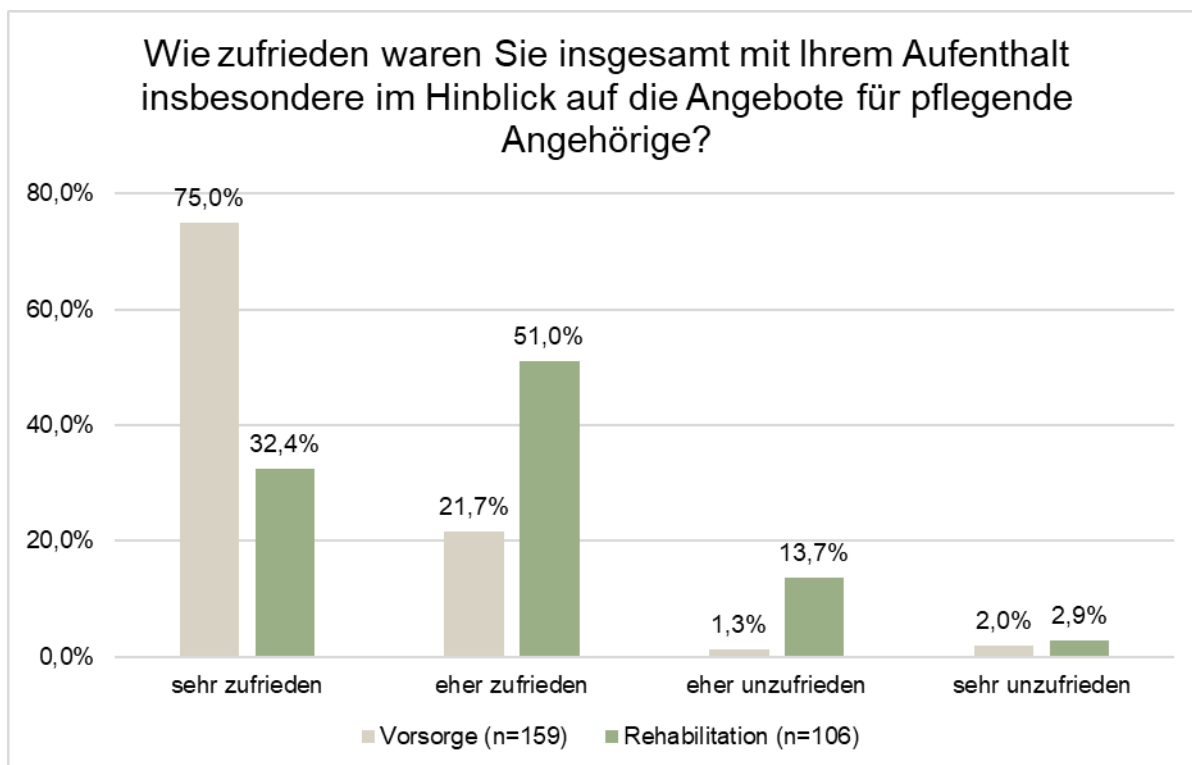


Abb. 33: Abschließende Bewertung: Zufriedenheit mit dem Aufenthalt

Diese Zufriedenheit zeigt sich auch in Bezug auf die Frage, ob die pflegenden Angehörigen erneut eine speziell ausgerichtete Maßnahme wahrnehmen würden. Dies bejahten in der Vorsorge 94,2 % und in der Rehabilitation 82,0 %. In den Interviews wurde von pflegenden Angehörigen auch immer wieder geäußert, dass sie die Maßnahme anderen Betroffenen weiterempfehlen würden.

„Also, ich würde es immer empfehlen für Leute, die pflegen und zu Hause ihre Angehörigen pflegen, dass sie zwischendurch so-. Dass es möglich ist, so eine Erholung mal zu bekommen.“ (Vorsorge, TIMP18, Pos. 262–264)

„Ich sage das jeden, den ich erreiche. Ich hab das auch schon meinem Arzt mitgeteilt, wenn er da jemanden hat, der unbedingt eine Pflege braucht und in der Situation ist. Und ich sage das auch jedem im Bekanntenkreis, dass diese Möglichkeit besteht und dass man das machen kann.“ (Vorsorge, TIMP115, Pos. 638–643)

„Also, in dieses Haus würde ich sofort wieder fahren. Sofort.“ (Vorsorge, TIMP116, Pos. 367–369)

4.5 Diskussion

Das Ziel der wissenschaftlichen Begleitung war gemäß dem MRC-Modell, die Konzeptentwicklung mithilfe wissenschaftlicher Erkenntnisse zu unterstützen und das darauffolgende Konzept zu validieren. Die Datenerhebungen während der Konzeptentwicklung hatten vor allem den Zweck, das Handlungsfeld zu erkunden und speziell die Bedürfnisse und Erwartungen von Expert*innen und Nutzer*innen bezüglich stationärer Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige zu ermitteln. Durch die Datenerhebungen in der Validierungsphase sollte vor allem eruiert werden, wie die Nutzer*innen die Umsetzung des Konzeptes wahrgenommen und bewertet haben, und was notwendige Faktoren oder Aspekte für eine nutzer*innenorientierte Umsetzung des Konzeptes sind.

Durch die Begleitung durch die HSBI wurde die wissens- und praxisbasierte Entwicklung eines Rahmenkonzeptes unterstützt, wodurch eine wichtige Basis geschaffen wurde. Das Vorhandensein von Konzepten wurde in einer entsprechenden Untersuchung von Sommer et al. (2021) als essenziell für Kliniken bewertet. Die 48 dort befragten Einrichtungen des Müttergenesungswerks gaben als Hauptgrund an, der gegen die (ggf. noch stärkere) Öffnung für pflegende Angehörige spricht, dass es die Entwicklung/Evaluation eines Konzeptes benötige, um den besonderen Bedarfen pflegender Angehöriger gerecht zu werden (Sommer et al., 2021). Mit dem von der AW Kur und Erholung entwickelten und von der HSBI umfänglich validierten Rahmenkonzept wurde nun ein Ausgangspunkt für die Entwicklung einrichtungsindividueller Konzepte geschaffen.

Dafür wurden in der Phase der Konzeptentwicklung ein Scoping Review sowie Fokusgruppen bzw. Interviews mit Expert*innen und Nutzer*innen durchgeführt. Zur Validierung nach der Erprobungsphase wurden telefonische Einzelinterviews mit den Nutzer*innen geführt. Zusätzlich wurden die Nutzer*innen zu Beginn und vier Wochen nach Abschluss der Maßnahme schriftlich befragt.

Die Ergebnisse des Scoping Reviews zeigten hinsichtlich der **Exploration des Forschungsfeldes**, dass es kaum internationale Untersuchungen gibt, die sich mit dieser Thematik beschäftigen. Die Untersuchungen, die es gibt, stammen überwiegend aus dem deutschsprachigen Raum. Hintergrund ist, dass Rehabilitation in den meisten Ländern Europas überwiegend ambulant erbracht wird (Mittag & Welti, 2017). Die Rehabilitation, wie wir sie in Deutschland kennen – als kompakte, meist dreiwöchige und ganztägige, multidisziplinär-multimodale Leistung, die überwiegend stationär durchgeführt wird – ist in anderen Ländern in dieser Form eher unbekannt. Bei der Organisation solcher Maßnahmen nehmen die Versorgung der pflegebedürftigen Person und die Anwesenheit anderer pflegender Angehöriger einen besonderen Stellenwert ein. Häufige Bausteine, die den pflegenden Angehörigen im Rahmen der Untersuchungen angeboten wurden, waren Sozialberatung (einzeln oder in der Gruppe), Entspannungstraining, Physiotherapie, psychotherapeutische Einzel- und Gruppensitzungen (in der Vorsorge psychosoziale Gruppen und Einzelberatungen), Angehörigenschulungen zur ergonomischen und rückschonenden Pflege, demenzspezifische Schulungen und Sport- und Bewegungsangebote. Hinzu kam die ärztliche Betreuung während der Maßnahme. In Bezug auf die Wirksamkeit konnten in den Studien teils statistisch signifikante Unterschiede vor und nach der Maßnahme festgestellt werden – z. B. in Bezug auf depressive Verstimmungen oder Lebensqualität. Grundsätzlich scheint es allerdings so zu sein, dass die Effekte mit größerem zeitlichen Abstand zur Maßnahme wieder zurückgehen bzw. nicht in vollem Maße aufrechterhalten werden können. In Bezug auf das methodische Vorgehen zeigte sich im Rahmen der Literaturrecherche ein Bedarf an Studien mit hohem Evidenzlevel, z. B. randomisiert-kontrollierten Studien. Laut eines Gutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2014) ist die mangelnde Evidenzbasierung allerdings ein Problem des gesamten Rehabilitationssektors. Hintergrund ist, dass der Durchführung von RCTs methodische, ethische und rechtliche Gründe entgegenstehen. Da Versicherte bei Erfüllung der Voraussetzungen und bei vorhandenem Rehabilitationsbedarf einen Rechtsanspruch auf Rehabilitationsleistungen haben, ist es nicht zulässig, ihnen diese vorzuenthalten. Vor diesem Hintergrund ist es schwierig, eine Kontrollgruppe ohne rehabilitative Maßnahme für wissenschaftliche Analysen zur Verfügung zu haben (Buschmann-Steinhage & Widera, 2020). Denkbar wäre die Durchführung einer kontrollierten Studie mit einer Wartezeit für die Kontrollgruppe, die anschließend die Maßnahme erhält.

Im Rahmen der Validierung des Modellprojekts „Konzeptentwicklung Stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ konnten Daten aus sechs unterschiedlichen Kliniken gewonnen werden. Bezüglich **der Inanspruchnahme** der stationären Vorsorge und Rehabilitation zeigte sich, dass überwiegend Frauen in den Stichproben waren, was ein wiederkehrendes und bekanntes Bild darstellt. So beschreibt Marienfeld (2020) in „Genderspezifische Erwartungen an Soziale Unterstützungssysteme“ beispielsweise, dass die Rolle pflegender Angehöriger vorwiegend weiblich konnotiert ist. Auch in den Interventionsstudien, die im Scoping Review eingeschlossen werden konnten, betrug der Anteil der weiblichen Befragten zwischen 75 % und 79 %.

Die Patient*innen in der Rehabilitation waren aufgrund der überwiegenden Belegung durch die Deutsche Rentenversicherung fast ausschließlich im erwerbsfähigen Alter. Vor diesem Hintergrund wiesen sie häufiger eine Mehrfachbelastung (im Sinne weiterer Aufgaben) auf als die pflegenden Angehörigen in der Vorsorge. Nichtsdestotrotz waren die pflegenden Angehörigen der Vorsorge stärker durch die häusliche Pflege belastet, beschrieben sich als weniger selbstwirksam und verfügten über eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität als die pflegenden Angehörigen in der Rehabilitation. Die Rehabilitand*innen erhielten etwas häufiger Unterstützung bei der häuslichen Pflege als die pflegenden Angehörigen, die eine Vorsorge in Anspruch nahmen (75 % im Vergleich zu 61,7 %). Es ist darüber hinaus wahrscheinlich, dass der unterschiedliche Belastungsgrad mit den unterschiedlichen Pflegesettings zu tun hat. In der Vorsorge pflegte der überwiegende Anteil eine/n Partner*in, der/die häufig an Demenz erkrankt war, und wies ein höheres Lebensalter auf. Aus der Literatur ist bekannt, dass es sich hierbei um Prädiktoren handelt, die für ein höheres Belastungserleben sprechen (Hertle et al., 2014). Interessant ist, dass es dadurch in der vorliegenden Untersuchung gewissermaßen zu einer Umkehr des Verständnisses von Vorsorge und Rehabilitation gekommen ist. So wurde ursprünglich in der Expert*innen-Fokusgruppe gemutmaßt, dass ein Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen bei den meisten pflegenden Angehörigen im Laufe der Zeit eintritt. Die meisten pflegenden Angehörigen besuchten die stationäre Rehabilitation aber wegen einer nicht Pflege-assoziierten reabegründenden Diagnose. In Bezug auf die Pflege benötigten die Vorsorge-Patient*innen demnach deutlicher einer Entlastung. Grund für diese Umkehr ist u. a., dass durch das Monitoring-Verfahren pflegende Angehörige identifiziert wurden, die noch nicht so stark belastet waren und infolgedessen häufiger im Sinne von Prävention/Vorsorge von dem Programm für pflegende Angehörige profitieren konnten. Auffällig war in den Stichproben darüber hinaus, dass die gemeinsame Reise überwiegend von Paaren genutzt wurde. In der Rehabilitation kam dies so gut wie nicht vor. Dies bestätigen auch die Ergebnisse aus dem PuRpA-Modellprojekt zum Begleitangebot, s. Kapitel 5.5.2.

Schätzungen zufolge gibt es einen großen Bedarf an stationärer Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige. In dem bereits angesprochenen Bericht von Sommer et al. (2021) vermuten die Autoren, dass bei pflegenden Angehörigen bei gut einem Drittel ein Vorsorge- oder Rehabilitationsbedarf vorliegen könnte. Hierfür befragten sie insgesamt 3.799 Frauen und Männern im Rahmen eines Online-Access-Panels und verglichen ihren Gesundheitszustand mit dem ehemaliger Patient*innen stationärer Maßnahmen. Dass die pflegenden Angehörigen in der vorliegenden Untersuchung einen großen Bedarf hatten, zeigte sich insbesondere in dem großen Anteil stark bis sehr stark belasteter Personen. Das Risiko für eine eingeschränkte subjektive Gesundheit ist in diesen Fällen deutlich erhöht (DEGAM, 2018). Darauf weisen auch die geringeren Werte beim SF-12 hin, die in Bezug auf beide Dimensionen sowohl in der Vorsorge als auch in der Rehabilitation unter den Werten der Normstichprobe lagen. Diese Erkenntnisse stehen in Einklang mit den Ergebnissen des BARMER Pflegereports (Rothgang & Müller, 2018), wonach pflegende Angehörige einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als die Allgemeinbevölkerung.

Auch wenn der Bedarf besteht, ist der **Zugang** zu stationären Maßnahmen für pflegende Angehörige mit Herausforderungen verbunden. Pflegende Angehörige haben laut §§ 23 SGB V und 40 SGB V einen Anspruch auf speziell ausgerichtete stationäre Vorsorge und Rehabilitation, dennoch ist der Status „pflegende/r Angehörige*r“ nicht ausreichend, um eine Maßnahme zu erhalten – zusätzlich muss eine entsprechende Indikation vorliegen. Hertle et al. (2014) weisen in diesem Zu-

sammenhang darauf hin, dass sich die aus der Pflege resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe sowie die somatischen und psychischen Erkrankungen und Beschwerden oft nicht ausreichend durch Diagnosen nach ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) abbilden lassen. Die Diagnose Z63 („andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis“) lässt zwar die zusätzliche Verschlüsselung einer sozialen/familiären Komponente zu, der Bezug zum Belastungsfaktor der häuslichen Pflege kann hierüber aber nicht zufriedenstellend abgedeckt werden. Hertle et al. (2014) plädieren für eine Indikation „Sorgearbeit“ als spezifisches Leitsyndrom.

Als weitere Herausforderung beim Zugang wurde in der Expert*innen Fokusgruppe von einer Teilnehmerin darauf hingewiesen, dass kein passendes Ordnungsformular für medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 SGB V existiert.

„Ja, ich denke, es spricht ja für sich, dass es noch nicht mal eine eigene Verordnung gibt, für Vorsorge für die pflegenden Angehörigen. Sondern dass tatsächlich sich die Hausärzte oder die Ärzte damit behelfen, das Vorsorge-Attest nach Paragraph 24 zu nehmen, die 24 durchzustreichen, eine 23 draus zu machen, Mutter, Vater, Kind durchzustreichen und für pflegende Angehörige hinzuschreiben. Also ich denke, das spricht schon ein ganzes Stückweit für sich.“
(FGMP11, Pos. 1086-1090)

Hinzu kommt, dass die speziellen Angebote auch bekannt sein müssen – bei Ärzt*innen, pflegenden Angehörigen und auch Kostenträgern. Im Rahmen des Verbundvorhabens wurde daher intensive Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Laut Sommer et al. (2021) liegt die geringe Inanspruchnahme aber weniger an fehlender Kenntnis seitens der pflegenden Angehörigen. In ihrer Erhebung war ein häufigerer Grund die fehlende Bereitschaft, die pflegebedürftige Person zurück bzw. allein zu lassen. So sagten 42%, dass sie ihren/ihre Angehörige*n nicht durch eine andere Person versorgen lassen können oder möchten. Laut der Autoren schließt dies auch das Problem ein, ggf. kein entsprechendes Angebot der Kurzzeitpflege zu finden, was sich auch in der vorliegenden Validierung als Hindernis herausstellte. Um eine stationäre Maßnahme wahrnehmen zu könnten, muss es aber ausreichend und vor allem finanzierbare Entlastungsangebote geben, ggf. in Form eines Begleitangebotes, (s. hierzu auch Kapitel 5.4.2.3). Die Fremdbetreuung während der Vorsorge oder Rehabilitation braucht den Jahresanspruch für die Kurzzeitpflege aktuell vollständig auf. Für Krankheits- oder Urlaubszeiten steht dann kein Budget mehr zur Verfügung (Hertle et al., 2014).

Eine wichtige Schlüsselfunktion im Rahmen des erfolgreichen Zugangs nehmen die Kurberatungsstellen ein – insbesondere bei der älteren Klientel der Vorsorge-Patient*innen. So gaben in der Erhebung von Sommer et al. (2021) rund die Hälfte der befragten Patient*innen an, bei der Vorbereitung oder Antragstellung durch eine Kurberatung unterstützt worden und hiermit sehr zufrieden gewesen zu sein. Dies wurde ebenso in den im Modellprojekt geführten Interviews berichtet. Problematisch ist allerdings, dass die Anzahl der Kurberatungsstellen wegen mangelnder Finanzierung stetig sinkt. Hinzu kommt, dass die Beratung von pflegenden Angehörigen Qualifikationen und Kenntnisse der Mitarbeiter*innen sowie eine Aufstockung des Personals erfordert (Sommer et al., 2021). Grundsätzliche Hürden bei der Inanspruchnahme sehen die Autor*innen in der fehlenden Zeit für den höheren Beratungsaufwand, in fehlender spezieller Qualifikation, in der Unübersichtlichkeit bzw. Unkenntnis des Angebots und in der mangelnden Verkoppelung von Pflege- Rehabilitationssystem.

Auch wenn der Bedarf bei pflegenden Angehörigen wie bereits beschrieben hoch zu sein scheint, stellte die ausreichende Zuweisung und Belegung während der Erprobung in den Rehabilitationskliniken ein Problem dar. Wie in den Interviews deutlich wurde, konnte nicht zu jeder Zeit eine

Durchführung der Maßnahme in Gruppenstärke, d. h. mit mehreren pflegenden Angehörigen gleichzeitig vor Ort gewährleistet werden. Die Durchführung im Gruppenzusammenhang und die Anwesenheit von „Gleichgesinnten“ stellt aber eine Gelingensbedingung bei der **Gestaltung des Aufenthalts** dar. Pflegende Angehörige profitieren stark von dem Austausch untereinander und der Anwesenheit anderer Betroffener. Aus Kliniksicht kommt hinzu, dass z. B. gesonderte Vorträge erst ab einer gewissen Anzahl an Teilnehmenden wirtschaftlich zu erbringen sind. Auch Hertle et al. (2014) betonen, dass eine ausreichend große Zahl an Zuweisungen zur Aufnahme in geschlossenen Gruppen notwendig ist. Um das Konzept überhaupt erproben zu können, setzte eine der Rehabilitationskliniken ein Monitoring-Verfahren ein, eine andere konnte mit erheblichem Aufwand eine einzelne sehr heterogene Gruppe pflegender und ehemaliger pflegender Angehöriger zusammenstellen, in der dritten konnten kaum Fälle generiert werden.⁶

Das beschriebene Monitoring-Verfahren hatte den Nachteil, dass die Gruppe erst in der zweiten Woche zusammengeführt werden konnte. Eine geringe Zuweisung stellt für die Kliniken darüber hinaus eine Herausforderung bzgl. der Homogenisierung der Gruppe dar. Vor diesem Hintergrund bestand nicht die Möglichkeit, bspw. den Grund der Pflegebedürftigkeit oder das Verwandtschaftsverhältnis zu berücksichtigen. Die geringe Inanspruchnahme stationärer Maßnahmen durch pflegende Angehörige wird auch von Hertle et al. (2014) beschrieben. Sie legen dar, dass ihnen in Expert*innengesprächen und Gesprächen mit Leistungserbringern mitgeteilt wurde, dass die pflegenden Angehörigen trotz Bedarf nicht in den Einrichtungen „auftauchen“. Dies hat zur Folge, dass Projekte wieder eingestellt oder aufgrund befürchteter Unterbelegung gar nicht erst begonnen werden. Vor diesem Hintergrund ist es ratsam, dass zunächst nur einige wenige Kliniken im Sinne einer Spezialisierung ein solches Angebot aufbauen, damit sich die pflegenden Angehörigen auf diese Einrichtungen konzentrieren können. Fachrichtungen, die sich zum Aufbau eines solchen Angebotes in besonderem Maße eignen, sehen Hertle et al. in der Geriatrie, der Psychosomatik und der Orthopädie (2014).

Die bedarfsentsprechende Beantragung inkl. einer adäquaten Zuweisung durch Kostenträger stellt eine Gelingensbedingung dar und kann für die Kliniken eine gewisse Planungssicherheit herstellen. Durch das Trio-Gesetz (zur Transparenz in der Rehabilitation), dessen Regelungen seit Juli 2023 in der Praxis angewendet werden sollen, ist auch das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten gestärkt worden (Deutsche Rentenversicherung, 2020). So besteht die Hoffnung, dass Kliniken mit einem speziellen Angebot für pflegende Angehörige auch gezielt von den Versicherten ausgewählt werden und die Durchführung in Gruppen möglich wird.

In Bezug auf das **therapeutische Angebot** wurde seitens der pflegenden Angehörigen sowohl in der Vorsorge als auch in der Rehabilitation eine große Zufriedenheit mitgeteilt. Anpassungen waren z. B. bzgl. der Erweiterung der Gesprächsangebote (Einzel und Gruppe) und der inhaltlichen Anpassung an pflegende Angehörige nötig. Herausfordernd kann hierbei sein, dass je nach Schwerpunkt der Klinik eine umfangreiche psychologische Betreuung nicht vorgesehen und mit dem vorhandenen Personal schwierig umzusetzen ist. Insbesondere die Mitarbeitenden des psychologischen und sozialdienstlichen Bereiches mussten sich in Bezug auf die neue Zielgruppe fortbilden. Zum Teil wurden auch externe Referent*innen hinzugebeten, um über Themen wie Demenz oder Entlastungsangebote zu sprechen. Diese erforderlichen Anpassungen wurden so bzw. so ähnlich auch von Sommer et al. (2021) beschrieben. Anpassungen der Einrichtungen wurden hier u. a. in der thematischen Verschiebung der therapeutischen Arbeit gesehen (z. B. Umgang mit Demenz oder rechtliche Fragen). Grundsätzlich zeigte sich im Rahmen der vorliegenden Validierung, dass die Zufriedenheit der Rehabilitand*innen zunahm, je länger die Erprobung andauerte und je mehr Erfahrungen die Klinik sammelte. Es braucht daher eine gewisse Zeit des „Anlaufens“ in der Klinik, das Wissen der Mitarbeitenden entwickelt sich mit der praktischen Durchführung und der Routine.

⁶ Bei den beteiligten Vorsorgekliniken handelt es sich um Einrichtungen, die bereits seit mehreren Jahren Angebote für pflegende Angehörige etabliert und sich ausschließlich auf diese Zielgruppe spezialisiert haben. Vor diesem Hintergrund gab es das Problem der Zuweisung oder fehlender Gruppenstärke dort nicht.

In Bezug auf den Umfang des therapeutischen Angebots lässt sich abschließend noch die Therapiefülle diskutieren. Diese sollte individuell angemessen sein und nicht überfordern. Das Rahmenkonzept der AW Kur und Erholungs GmbH sieht vor, dass insbesondere zu Beginn Zeit zur Entschleunigung besteht. In der Erprobung und den Gesprächen mit den Kliniken zeigte sich, dass diesbezüglich ein Zielkonflikt mit den Reha-Therapiestandards besteht. Diese definieren Mindestanforderungen an die therapeutische Versorgung von Rehabilitand*innen mit den häufigsten Krankheitsbildern (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023). Um die geforderten Mindestanteile zu erbringen (z. B. 90 % krankheitsspezifische Patient*innenschulung bei chronischem Rückenschmerz), müssen die Therapiepläne ohnehin schon sehr ausgefüllt werden. Die Angebote für pflegende Angehörige wurden zusätzlich erbracht bzw. zusätzlich von den Rehabilitand*innen in Anspruch genommen. Dies kann der „Entschleunigung“ zuweilen entgegenstehen. Hinzu kommt, dass die pflegenden Angehörigen aufgrund ihrer indikationsbezogenen Behandlung nicht immer in einer Gruppe zusammenbleiben können, da auch die individuellen rehabegründenden Anwendungen absolviert werden müssen.

In Bezug auf die **Nachhaltigkeit** stationärer Vorsorge und Rehabilitation können im Rahmen der Validierung nur bedingt Aussagen getroffen werden, da nur der Zeitraum von vier Wochen nach der Maßnahme betrachtet wurde. Die Studien aus der Literaturrecherche zeigten, dass die Erfolge aus der Vorsorge bzw. Rehabilitation nach einer gewissen Zeit rückläufig waren. In den im Projekt geführten Interviews wurde zum Teil Ähnliches berichtet, in dem Sinne, dass der „alte Trott“ schnell wieder Einzug erhielt. Hierbei handelt es sich um ein im Rehabilitationssektor nicht unbekanntes Phänomen. Laut Buschmann-Steinhage & Widera (2020) erzielt Rehabilitation insbesondere kurzfristige klinisch bedeutsame Effekte in verschiedenen gesundheitsbezogenen Outcome-Dimensionen des körperlichen und psychischen Befindens. Sommer et al. (2021) beschreiben Vergleichbares. Verantwortlich dafür, dass diese Effekte mittel- und langfristig häufig wieder nachlassen, sind laut Buschmann-Steinhage & Widera (2020) der Chronifizierungsgrad der zugrunde liegenden Erkrankungen, fehlende Therapie-Fortführung, aber auch berufliche und soziale Problemlagen. Wie bekannt ist, kann auf Letztere die häusliche Pflege erheblichen Einfluss haben. Vor diesem Hintergrund ist es für die Nachhaltigkeit der Maßnahme wichtig, dass auch das Pflegesetting mit in den Blick gerät und ggf. verändert wird. Dies kann z. B. den Einbezug weiterer Familienmitglieder oder die Inanspruchnahme von Tagespflege bedeuten. Eine Vorbereitung auf zu Hause, die auch das Pflegearrangement in den Blick nimmt, haben allerdings nicht alle befragten Teilnehmenden bewusst wahrgenommen. Es ist denkbar, dass die Nachsorge für die Gruppe der pflegenden Angehörigen noch über den aktuellen Standard der Vorbereitung auf zu Hause hinausgehen muss. Im Modellprojekt zum Case Management war es das Ziel, diese Lücke zu schließen und die pflegenden Angehörigen auch nach der Maßnahme noch weiter zu begleiten. Ein anderer vielversprechender Ansatz ist in einem Nachsorgeprogramm der Arbeiterwohlfahrt (AWO) zu sehen. Hier werden die Patient*innen in Form von mehreren strukturierten telefonischen Beratungen in einem Zeitraum von ca. drei Monaten nach der Maßnahme durch pädagogisch-therapeutische Fachkräfte begleitet (Mozygamba, 2014). Insgesamt wird das Nachsorgeprogramm von den Teilnehmer*innen als positiv und hilfreich eingeschätzt. Die Befragten geben an, dass ihnen allein das Wissen um die Begleitung durch das Nachsorgeprogramm hilft. Sommer et al. (2021) führen aus, dass dieses Angebot überwiegend durch die Einrichtungen finanziert wird, was bereits zum Ausstieg einiger Einrichtungen aus dem Programm führte.

In Bezug auf den **subjektiven Nutzen** der Maßnahme wurde in den Interviews von Veränderungen in den Bereichen Selbstfürsorge/Selbstachtsamkeit, Abgrenzung, körperliche Aktivität und Belastbarkeit, pflegerische Handlungen und Beziehung zur pflegebedürftigen Person, Ruhe, Entspannung und Gelassenheit, soziale Kontakte und sozialrechtliches Wissen und Organisation von Unterstützung/Entlastung berichtet. Die Vorher-nachher Messung in Bezug auf die Selbstwirksamkeit der pflegenden Angehörigen, die Belastungen durch die häusliche Pflege und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeichnen ein ermutigendes Bild, da es in den meisten Bereichen Veränderungen gab. Da keine Signifikanztests durchgeführt wurden und das Studiendesign nicht für einen Wirksamkeitsnachweis konzipiert war, sollte aber in nachfolgenden Studien dringend untersucht

werden, inwiefern stationäre Maßnahmen einen langfristigen Beitrag zur Gesundheit und Lebensqualität pflegender Angehöriger haben können. Hierzu sei noch gesagt, dass die Heterogenität der beteiligten Kliniken und auch die unterschiedliche Umsetzung des Rahmenkonzeptes eine Herausforderung bei der Validierung darstellte. Um die Wirkungen derartiger Maßnahmen beurteilen zu können, sollte Wert auf die Standardisierung der angebotenen Leistungen gelegt werden. Das entwickelte Rahmenkonzept bietet hierfür Ansatzpunkte.

Abschließend lässt sich noch festhalten, dass die Validierung des Rahmenkonzeptes für zwei Lebensphasen (mittleres und höheres Erwachsenenalter) erfolgen konnte, „young adult carer“ konnten nicht ausreichend eingeschlossen werden. In Bezug auf die Lebensphasen-Unterscheidung zeigte sich, dass die ältere Klientel (der Vorsorge) in der Regel etwas mehr „Zuwendung“ und Beratung bedurfte. In besonderem Maße erforderlich war außerdem die Anpassung therapeutischer Einheiten an die kognitiven und konditionellen Fähigkeiten der pflegenden Angehörigen in der Vorsorge.

Sommer et al. (2021) schlussfolgern in ihrem Bericht, dass die Kapazitäten in Bezug auf medizinische Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen für pflegende Angehörige ausgeweitet werden sollten, da der Bedarf nicht zuletzt wegen der Covid-19-Pandemie in den letzten Jahren gestiegen ist. Der Aufbau von Angeboten für pflegende Angehörige steht und fällt mit dem Engagement der Klinikleitungen und mit der Bereitschaft des Personals, sich für die Zielgruppe zu öffnen und einzusetzen. Eine Vergütung des Mehraufwandes für Kliniken, die zusätzliche Angebote vorhalten, ist erforderlich, war zum Zeitpunkt der Erprobung aber nicht gegeben (s. hierzu auch Kapitel 7.2 Kosteneinschätzung im Projektbericht der AW Kur und Erholungs GmbH). So geben die bei Sommer et al. (2021) befragten Einrichtungen als Grund für die Zurückhaltung neben dem Fehlen entsprechender Konzepte auch die fehlende Finanzierung an. Zumindest ersterer Hürde wurde mit dem im Modellprojekt entwickelten Rahmenkonzept begegnet. Grundsätzlich problematisch ist die sozialgesetzliche Trennung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen. Auch wenn die Krankenkassen zum Teil Kostenträger sind, haben sie durch die Stabilisierung des häuslichen Pflege-settings keinerlei wirtschaftlichen Vorteile und erhalten auch keinen Ausgleich (Hertle et al., 2014). Der Anreiz für Investitionen ist entsprechend gering.

4.6 Fazit

Das Modellprojekt „Konzeptentwicklung Stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ hat in den letzten drei Jahren ein Rahmenkonzept für Vorsorge- und Rehabilitationskliniken entwickelt, erprobt und finalisiert. Die wissenschaftliche Begleitung und Validierung wurde hierbei von der Hochschule Bielefeld übernommen. Kernstück dieser Arbeit sind die zahlreichen Gelingensbedingungen, die aus Sicht der Nutzer*innen aus der Erprobung abgeleitet werden konnten. Gemeint sind Faktoren, die zur Zufriedenheit pflegender Angehöriger mit der Maßnahme beitragen.

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige sollten in erster Linie gut zugänglich sein. Hierfür ist das Wissen über das Leistungsangebot bei pflegenden Angehörigen, aber auch bei Ärzt*innen eine Grundvoraussetzung. Etablierte Strukturen, wie die Kurberatungsstellen, leisten einen wichtigen Beitrag bei der Antragstellung – insbesondere in Bezug auf die herausfordernde „doppelte Prozesskette“ nach SGB V und SGB XI zur Finanzierung einer Maßnahme in Begleitung der pflegebedürftigen Person. Eine zuverlässige Versorgung der pflegebedürftigen Person muss aber sichergestellt sein, damit der/die pflegende Angehörige den Raum erhält, die eigene Selbstfürsorge zu stärken. In der Maßnahme angekommen ist es für pflegende Angehörige relevant, „Gleichgesinnte“ zu treffen und den Aufenthalt möglichst von Beginn an mit einer Gruppe anderer pflegender Angehöriger zu erleben. Die Gruppe muss dabei nicht völlig homogen, sollte aber ausbalanciert sein, z. B. in Bezug auf das Geschlecht, den Grund der Pflegebedürftigkeit oder die gemeinsame/alleinige Reise. Grundsätzlich sollte den pflegenden Angehörigen das Gefühl vermittelt werden, dass (ausnahmsweise) sie im Mittelpunkt stehen und sich umsorgen und

„verwöhnen“ lassen dürfen. Dies betrifft insbesondere die Verpflegung und Unterbringung während der Maßnahme.

In Bezug auf das therapeutische Angebot sollten bestimmte Leistungen vorgehalten werden, die das Thema der häuslichen Pflege spezifisch in den Blick nehmen. Hierzu zählen in allererster Linie psychologische und bei Bedarf psychotherapeutische Angebote einzeln und in der Gruppe. Hinzu kommen die Beratung und die Vermittlung von Informationen hinsichtlich gesetzlicher Ansprüche und Entlastungsmöglichkeiten. Das Thema Demenz nimmt einen besonderen Stellenwert ein, da der Anteil pflegender Angehöriger, die sich um eine demenziell erkrankte Person kümmern, sehr hoch und die Pflege mit besonderen Belastungen assoziiert ist. Außerdem relevant sind Sport-, Bewegungs- und Entspannungsangebote, bei Ersteren insbesondere diejenigen, die achtsamkeits- und wahrnehmungsorientiert ausgerichtet sind.

Bei der Organisation dieser therapeutischen Leistungen zählt für pflegende Angehörige, dass sie professionell umgesetzt werden (z. B. in Bezug auf die Vortragsweise oder auch die Inhaltstiefe) und dass das Personal sich mit der besonderen Situation pflegender Angehöriger gut auskennt und einfühlsam ist. Auch der individuell angemessene Umfang der Therapien hat einen Einfluss – es sollten weder zu viele und noch zu wenige Therapien sein, auch wenn dies angesichts von Qualitätsvorgaben und Wirtschaftlichkeitsbemühungen einen Balanceakt darstellen kann. Angebote in der Rehabilitation erhielten die pflegenden Angehörigen zusätzlich zu ihren eigentlichen rehabilitativen Anwendungen – denn wie bekannt ist, reicht der Kontextfaktor der häuslichen Pflege nicht aus, um die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zu erfüllen. Im Rahmen der Therapieplanung schätzen es pflegende Angehörige darüber hinaus, wenn ihre Wünsche und ihr Wissensstand berücksichtigt werden. Letzteres betrifft insbesondere Personen, die schon seit mehreren Jahrzehnten pflegen. Eine weitere Gelingensbedingung betrifft die Gestaltung von Gruppensitzungen – diese sollten gut strukturiert und so angelegt sein, dass alle Teilnehmenden zu Wort kommen.

Zu guter Letzt sind noch die Faktoren zu nennen, die die Nachhaltigkeit der Maßnahme verbessern können. Hierzu gehört zum einen eine gute Vorbereitung auf zu Hause, aber auch, dass passende Entlastungsmöglichkeiten am Heimatort existieren, zu denen während der Maßnahme geraten wurde – wie z. B. ausreichend Tagespflegeplätze. Relevant ist aber auch, dass es der pflegebedürftigen Person während der Maßnahme gut ergangen ist und keine Krisensituationen eingetreten sind. Diese können die Aufrechterhaltung von Erfolgen durch die Maßnahme gefährden.

Zu diesen Erfolgen zählt insbesondere, dass die pflegenden Angehörigen gelernt haben, sich wieder mehr um sich selbst zu kümmern und ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen. In den Interviews berichteten die Befragten aber auch davon, dass sie sich nun besser abgrenzen und entspannen können, dass sie mehr Bewegung in ihren Alltag bringen konnten und wieder über eine Perspektive verfügen. All dies sind positive Auswirkungen, die hoffentlich lang aufrechterhalten bleiben und durch weitere Studien abgesichert werden sollten. Die pflegenden Angehörigen waren ausgesprochen zufrieden mit den speziell ausgerichteten Angeboten und würden diese zu einem sehr hohen Anteil wieder in Anspruch nehmen. Nun ist es daran, die Bereiche der Zuweisung und Finanzierung zuverlässig zu gestalten und vorsorge- und rehabilitationsbedürftigen pflegenden Angehörigen die Entlastung zukommen zu lassen, die sie benötigen.

Denn: Pflegende Angehörige sind „Deutschlands größter Pflegedienst“ (RKI, 2015) und werden es aller Voraussicht nach aufgrund des Pflegenotstandes auch bleiben. Diese Leistung zu würdigen und den gesundheitlichen Belastungen entgegenzuwirken, die mit der häuslichen Pflege einhergehen, sollte im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegen.

4.7 Literatur

- Aromataris, E. & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institut, <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Behr, D., Braun, M. & Dorer, B. (2015). *Messinstrumente in internationalen Studien*. GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines). https://10.15465/gesis-sg_006
- Buschmann-Steinhage, R. & Widera, T. (2020). Grundlagen der Rehabilitation. In J. Bengel & O. Mittag (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation* (S. 15–30). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61170-8>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Deck, R., Bussmann, M.-L., Simons, J., Al-Hashimy, S., & Stark, M. (2018). Rehabilitation mit einem demenzkranken Angehörigen: Ergebnisse einer längsschnittlichen Beobachtungsstudie. *Die Rehabilitation*, 58(2), 112–120. <https://doi.org/10.1055/a-0613-1232>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V, [DEGAM]. (2018). *Pflegende Angehörige von Erwachsenen* (AWMF-Register-Nr. 053-006, DEGAM-Leitlinie Nr. 6). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-006I_S3_Pflegende-Angehoerige-von-Erwachsenen_2019-03.pdf
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2020). *Deutsche Rentenversicherung: Bundesrat billigt Trio-Gesetz. Die wichtigsten Informationen zur Digitalen Rentenübersicht, Selbstverwaltung und Reha-Leistungen* [Pressemeldung]. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Ueber-uns-und-Presse/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen-archiv/2020/2020_12_18_trio_gesetz.html
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2023). Reha-Therapiestandards (RTS). Deutsche Rentenversicherung Bund. <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaets-sicherung/rts.html>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer-Verlag.
- Gräbel, E., Berth, H., Lichte, T., & Grau, H. (2014). Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. *BMC Geriatrics*, 12(23).
- Harkness, J. (2003). Questionnaire Translation. In J. Harkness, F. van de Vijver, & P. Mohler (Hrsg.), *Cross-Cultural Survey Methods* (S. 35–56). Wiley.
- Hertle, D., Lüken, F., Trümner, A., Tewes, C., Rohjans, M., & Veit, C. (2014). *Vom Bedarf zur Reha: Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. https://www.bqs.de/default-wAssets/docs/ak_Gutachen_pflegerde_Angehoerige_final_1.1.zip
- Hetzel, C., Opfermann-Kersten, M., & Holzer, M. (2016). Das subjektive Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen nach einer Trainings- und Erholungswoche. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 24(1), 13–28. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000155>
- Hetzel, C., Baumann, R., Diekmann, J., & Froböse, I. (2018). Beschreibung eines mehrdimensionalen Gesundheitsprogramms für pflegende Angehörige. *Gesundheitswesen*, 80(S 02), 51–56. <https://doi.org/10.1055/s-0042-112814>
- Holz, P. (2004). *Prävention bei pflegenden Angehörigen. Bedarf, Inanspruchnahme und Effektivität von stationärer psychosomatischer Betreuung Pflegender*. Dr. Kovac.
- Marienfeld, S. (2020). Problemhintergrund. In Ä.-D. Latteck, N. Seidl, C. Büker & S. Marienfeld (Hrsg.), *Pflegende Angehörige. Genderspezifische Erwartungen an soziale Unterstützungssysteme*. Barbara Budrich. <https://doi.org/10.2307/j.ctv153k5cf>
- Mittag, O., & Welti, F. (2017). Medizinische Rehabilitation im europäischen Vergleich und Auswirkungen des europäischen Rechts auf die deutsche Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 60, 378–385. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2516-y>

- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). *SF-12 – Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Hogrefe.
- Mozygemba K. (2014). Nachsorge als Bestandteil der therapeutischen Kette im Rahmen von Vor- sorge- und Reha-Maßnahmen nach § 24 und § 41 SGB V. *Praxis Klinische Verhaltensmedi- zin und Rehabilitation*, 93, 50–64.
- Otto, F., & de Wall, S. (2019). Stationäre Vorsorge für Pflegende demenziell erkrankter Angehöriger. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 95(11), 462–467. <https://doi:10.3238/zfa.2019.0462–0467>
- Ritter, P. L., Sheth, K., Stewart, A.L., Gallagher-Thompson, D., & Lorig, K. (2022). Development and Evaluation of the Eight-Item Caregiver Self-Efficacy Scale (CSES-8). *Gerontologist*, 62(3), e140–e149. <https://doi:10.1093/geront/gnaa174>
- Robert Koch-Institut (2015). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE kompakt* 6(3), 1-12. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3137/3.pdf?sequence=1>.
- Rothgang, H., & Müller, R. (2018). *Barmer Pflegereport 2018 - Pflegende Angehörige an der Grenze der Belastbarkeit*. <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegere- port/pflegereport-2018-1058898>
- Ryynänen, O. P., Nousiainen, P., Soini, E. J. O., & Tuominen, S. (2013). Efficacy of a multicomponent support programme for the caregivers of disabled persons: a randomised controlled study. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(5), 449–455. <https://doi:10.1007/s00391-012- 0360-0>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, [SVR]. (2014). *Be- darfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leis- tungsbereiche*. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutach- ten_2014/Langfassung2014.pdf
- Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Developing guidelines. *British Medi- cal Journal*, 318(7183), 593–596.
- Sommer, J., Braun, B., & Meyer, S. (2021). *Studie zur Untersuchung der Bedarfe von Müttern/Vätern und pflegenden Frauen und Männern (mit und ohne Kinder im Haushalt) in Vorsorge- und Reha-Maßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes*. Interval GmbH. https://interval-berlin.de/wp-content/uploads/2022/08/MGW_Abschlussbericht_Inter- Val_BIAG.pdf
- Streiner, D. L. (2010). Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103.
- Tricco, A. C., Lillie, R., Zarin, W., O'Brien, K. K., Levac, L., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., Godfrey, C. M., Macdonald, M. T., Langlois, E. V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tuncalp, Ö., & Straus, S. E. (2018). PRISMA Ex- tension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169, 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

5. MODELLPROJEKT: „KONZEPTENTWICKLUNG BEGLEITANGEBOTE FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE BEGLEITPERSONEN WÄHREND EINER STATIONÄREN VORSORGE-/REHABILITATIONSMAßNAHME EINES PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN“

5.1 Projektbeschreibung

Das Modellprojekt "Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen" wurde durch den Caritasverband für das Erzbistum Paderborn getragen. Ziel war es, ein modular aufgebautes praxis- und wissensbasiertes Rahmenkonzept zur nutzer*innenorientierten Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Begleitpersonen parallel zur Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme des/der pflegenden Angehörigen zu entwickeln, zu erproben und zu validieren. Das Konzept richtet sich demnach an Pflegepaare⁷, die gemeinsam reisen möchten. Während der Vorsorge oder Rehabilitation des/der pflegenden Angehörigen wird die pflegebedürftige Person⁸ entweder getrennt in einer Kurzzeitpflege in Kliniknähe versorgt oder mit in der Vorsorge-/Rehaklinik des/der pflegenden Angehörigen aufgenommen und tagsüber in einer Tagespflege betreut.

In einer ersten Projektphase (Konzeptentwicklung) wurde auf Grundlage einer internationalen Literaturrecherche, Best-Practice-Modellen und Fokusgruppendifkussionen eine Pilotversion des Rahmenkonzeptes entwickelt. In der zweiten Projektphase (Konzeptvalidierung) wurde diese erste Konzeptversion in kooperierenden Pflegeeinrichtungen sowie Vorsorge- oder Rehabilitationskliniken erprobt und durch die Hochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich, validiert.

Das entwickelte Rahmenkonzept zu bedarfsgerechten Begleitangeboten zielt auf zwei Schwerpunktbereiche. Zum einen soll die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person durch bspw. rehabilitative Ansätze verbessert und zum anderen die Interaktion zwischen Pflegeperson und pflegebedürftigen Angehörigen durch gemeinsame Angebote gestärkt werden. Die langfristige Verbesserung der Pflegesituation und des Wohlbefindens auf beiden Seiten in der häuslichen Situation steht dabei im Fokus. Das Rahmenkonzept beinhaltet zu beiden Schwerpunkten Module, die nach individuellem Bedarf des Tandems ausgewählt werden können. Module zur Versorgung und Förderung der pflegebedürftigen Personen finden in der Pflegeeinrichtung statt. Module zur Stärkung der Interaktion (Tandem- bzw. Interaktionsangebote) können in beiden Einrichtungen stattfinden und sowohl durch das Tandem gemeinsam als auch durch die pflegenden Angehörigen allein in Anspruch genommen werden. Insbesondere die Umsetzung des zweiten Moduls setzt eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit beider Einrichtungen voraus. Da Vorsorge-/Rehabilitationsklinik und Pflegeeinrichtung das Tandem gemeinsam betrachten, bilden sie für die Dauer des Aufenthaltes eine Einheit und werden im Folgenden auch als Tandemeinrichtungen bezeichnet.

⁷ Mit dem „Pflegepaar“ oder „Tandem“ sind pflegende Angehörige gemeinsam mit ihren pflegebedürftigen Angehörigen bzw. den pflegebedürftigen Personen gemeint, die gemeinsam eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme mit einem Begleitangebot in Anspruch nehmen. Die Begriffe treffen keine Aussage über die Pflegebeziehung, in der die Personen zueinanderstehen.

⁸ Der Begriff „pflegebedürftige Person“ wird im Folgenden synonym mit den Begriffen pflegebedürftige Angehörige und pflegebedürftige Begleitperson verwendet. Gemeint sind grundsätzlich alle pflegebedürftigen Personen, die als Teil des Tandems (Lichte et al., 2018) als Begleitperson für eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme des/der pflegenden Angehörigen gelten.

Module des Rahmenkonzeptes:

1. Versorgung und Förderung der pflegebedürftigen Person:

- Heilmittel
- Beschäftigungsangebote
- Mobilitätsfördernde Maßnahmen
- Aktivierende Pflege

2. Tandem- bzw. Interaktionsangebote:

- Information, Beratung, Anleitung und Schulung
- Deutung, Klärung und Bewältigung
- Entspannung und Stärkung
- Rekreation

Darüber hinaus werden u. a. 13 Faktoren in einem 13-Punkte-Plan für die Umsetzung empfohlen. Alle beschriebenen Konzeptinhalte beruhen auf dem entwickelten Rahmenkonzept des Caritasverbands für das Erzbistum Paderborn e. V. und sind der Homepage des Projektträgers zu entnehmen [<https://www.caritas-paderborn.de/purpa>].

Erprobt wurden die Rahmenkonzepte, welche vorab klinikintern angepasst wurden, in Kooperation mit drei Tandemeinrichtungen im Zeitraum März 2022/Juni 2023. In einer teilnehmenden Vorsorgeklinik handelte es sich um ein Konzept, das bereits vor Projektbeginn ein Begleitangebot im Rahmen eines tagesstrukturierenden Angebotes vorgehalten hat. Durch die Verzögerung des Projektstarts in einer der Einrichtungen konnten schlussendlich Daten von zwei Tandemeinrichtungen erhoben werden:

- Eine Rehabilitationsklinik, die in Kooperation mit einer nahegelegenen Pflegeeinrichtung eine Kurzzeitpflege anbietet (getrennte Unterbringung). Pflegepersonen haben hier die Möglichkeit, im Anschluss an das eigene Rehabilitations-Programm ihre Angehörigen am Nachmittag oder am Wochenende zu besuchen. Interaktionsangebote werden durch eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit beider Einrichtungen umgesetzt.
- Eine Vorsorgeklinik mit gemeinsamer Unterbringung des Tandems und einem tagesstrukturierenden Angebot in einem festgelegten Zeitraum von morgens bis nachmittags (Montag – Freitag), während der/die pflegende Angehörige die Angebote der Vorsorge in Anspruch nimmt. Die Umsetzung von Interaktionsangeboten erfolgt in derselben Einrichtung.

5.2 Zielsetzung und Fragestellung

Um die genannte Zielsetzung – ein finalisiertes und validiertes Rahmenkonzept für Begleitangebote – zu erreichen, sollten insbesondere die Bedürfnisse und Bedarfe des Tandems eine grundlegende Rolle spielen. Im Sinne der übergeordneten Fragestellung galt es daher zu ergründen, wie ein Begleitangebot aus Nutzer*innenperspektive gestaltet sein sollte. Darüber hinaus war es ein Anliegen des Projekts, ein praxisorientiertes Konzept zu entwickeln, das nach Abschluss deutschlandweit von Pflegeeinrichtungen und stationären Vorsorge- und Rehabilitationskliniken genutzt werden kann. Daher wurden die Nutzer*innen und zudem die Perspektiven der Anbieter in allen Phasen des Konzeptes einbezogen und die Meinungen von Expert*innen berücksichtigt. Für die beiden Phasen, die Konzeptentwicklung sowie die Konzeptvalidierung, wurden verschiedene Zielsetzungen und Fragestellungen aufgestellt, um die übergeordnete Fragestellung zu beantworten und die Zielsetzung zu erreichen.

Konzeptentwicklung

In der ersten Phase des Projekts wurde dem Status quo von Begleitangeboten nachgegangen. Dies bezog sich insbesondere auf Bedarfe pflegender Angehöriger und pflegebedürftiger Personen, bestehende Konzepte für Begleitangebote und ihre Inhalte, Gelingensbedingungen bei der Umsetzung sowie auf die Sichtweisen verschiedener Interessengruppen (u. a. pflegende Angehörige, Leistungserbringer und Kostenträger, Selbsthilfevertretung und Wissenschaft). Dabei standen folgende Fragen im Mittelpunkt:

- Welche Konzepte bestehen für Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen?
- Gibt es im Zusammenhang mit Begleitangeboten Best-Practice-Modelle und/oder Good-Practice-Kriterien?
- Auf welche Indikationen der pflegebedürftigen Begleitpersonen sind die Konzepte ausgerichtet?
- Welche Bedarfe haben pflegende Angehörige und pflegebedürftige Personen hinsichtlich eines Begleitangebots?
- Welche Gelingensbedingungen und Qualitätskriterien werden in der Literatur zur Durchführung der Maßnahmen formuliert?
- Was ist über die Wirksamkeit dieser Konzepte hinsichtlich des individuellen Pflegepotenzials etc. bekannt?
- Wie wird die Interaktion zwischen den pflegenden Angehörigen und den pflegebedürftigen Personen gefördert?
- Wie könnte eine mögliche räumliche Trennung zwischen Vorsorge-/Rehabilitationsklinik und Kurzzeit-/Tagespflegeeinrichtung überwunden und die Interaktion trotz dessen gestärkt werden?

Konzeptvalidierung

Auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse wurde das Rahmenkonzept durch den Caritasverband für das Erzbistum Paderborn entwickelt und in der zweiten Projektphase in kooperierenden Kliniken umgesetzt und die Erprobung validiert. Zentral war hierbei die Beurteilung des Geschehens aus Nutzer*innenperspektive sowie die Entwicklung von Gelingensbedingungen für die konzeptionelle Ausgestaltung und Umsetzung eines Begleitangebotes. Daneben sollten Schwachstellen des Konzeptes und die Herausforderungen bei der Umsetzung identifiziert werden und sollte die Zielgruppe beschrieben werden, die ein Begleitangebot in Anspruch nimmt. Vor diesem Hintergrund galt es, die folgenden Fragen zu beantworten:

- Wie gestaltet sich der Zugang für pflegende Angehörige zu entsprechenden Maßnahmen (Gründe für einen gemeinsamen Aufenthalt, persönliche Ziele und Erwartungen, Auswahl der Einrichtung und Beantragung der Maßnahme, Vorbereitung auf den Aufenthalt und Ankommen)?
- Wie empfindet, akzeptiert und beurteilt das Tandem das umgesetzte Konzept in den beteiligten Tandemeinrichtungen?
 - Begleitangebot: Module und ausgewählte Kriterien des 13-Punkte-Plans – Partizipation, individuelles Gesundheitsmanagement, Vertrauensaufbau –, Gründe für eine fehlende Umsetzung, notwendige Ressourcen
 - Tandem- bzw. Interaktionsangebote: Module, Verhältnis von Nähe und Distanz, Gründe für eine fehlende Umsetzung, notwendige Ressourcen
- Welche weitergehenden Wünsche und Erwartungen bestehen an das Begleitangebot?
- Welche Wirkungen und Veränderungen nimmt das Tandem durch die Maßnahme wahr?
- Was sind relevante Gelingensbedingungen für ein Begleitangebot für pflegebedürftige Personen und für Tandem- bzw. Interaktionsangebote?

Aus den Ergebnissen beider Phasen wurden zum Ende des Projekts die finalisierte und umfangreich validierte Version des Rahmenkonzeptes und entsprechende Gelingensbedingungen für die Erbringung solcher Angebote abgeleitet.

5.3 Konzeptentwicklung

Scoping Review

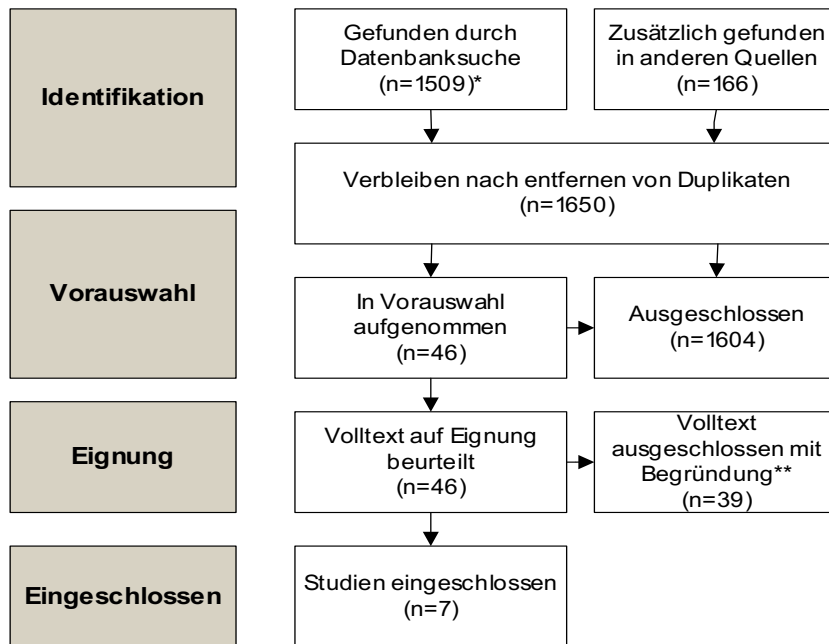
Die gewonnenen Erkenntnisse des Scoping Reviews bildeten u. a. die Grundlage für die Konzeptentwicklung (s. Kapitel 3.2). Zu Beginn wurde die Vorgehensweise in Absprache mit den Verbundpartnern transparent in einem Review-Protokoll festgelegt, um ein systematisches Vorgehen sicherzustellen und anschließende Verzerrungen zu vermeiden. Die dort festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien sind übereinstimmend mit dem Titel, der Fragestellung, und den Zielen an den PCC-Elementen (Population/Concept/Context) angelehnt (Elm et al., 2019).

Als Population wurde die gesamte heterogene Gruppe der pflegebedürftigen Personen abgedeckt – Personen jeden Alters und Geschlechts, mit verschiedenen Schweregraden der Pflegebedürftigkeit und Arten der zugrunde liegenden Erkrankung/Behinderung. Mit pflegebedürftigen Begleitpersonen bzw. pflegebedürftigen Personen sind grundsätzlich alle Personen gemeint, die als Teil des Tandems aus pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Personen (Lichte et al., 2018) als Begleitperson für eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme des/der pflegenden Angehörigen gelten. Gemäß dem Concept wurden Studien eingeschlossen, in denen Begleitangebote für pflegebedürftige Personen thematisiert wurden, die entweder für sich allein standen oder in Kombination mit einer Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme für den/die pflegende Angehörige angeboten wurden. Denkbar waren in diesem Zusammenhang Angebote, die im Rahmen der Kurzzeit-, Tages-, Verhinderungs- oder der Entlastungspflege vorgehalten werden. Die Interventionen sollten zum Ziel haben, den Gesundheits- oder Pflegezustand der pflegebedürftigen Person zu stabilisieren oder zu verbessern und die Interaktion des Tandems zu fördern. Ausgeschlossen wurden Studien, in denen es um unspezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung ging. Im Bereich des Context wurden Studien ausgeschlossen, in denen es um eine stationäre Akutversorgung geht, sodass die Ergebnisse weiter eingegrenzt werden konnten. Es wurden deutsch- und englischsprachige Primärstudien und Übersichtsarbeiten ungeachtet ihrer Evidenzklasse im Zeitraum 2011–2021 einbezogen. Die Recherche wurde von März bis Mai 2021 in folgenden vier Datenbanken durchgeführt: MEDLINE (PubMed), CINAHL, LIVIVO und Cochrane Library. Die Auswahl der Datenbanken erfolgte aufgrund ihrer unterschiedlichen Ausrichtungen und Verankerung u. a. in den Bereichen Medizin und Pflege, die einen umfassenden Überblick über den aktuellen Forschungsstand vermuten ließen und daher als sinnvoll für die Beantwortung der Forschungsfrage erachtet wurden. Suchbegriffe für pflegebedürftige Personen, Begleitangebote und Interaktion/Beziehung wurden identifiziert und mittels Boolescher Operatoren miteinander verknüpft und in MEDLINE (PubMed) um MeSh-Terms ergänzt. Eine umfassende Suche mit folgenden identifizierten Begriffen und Indexbegriffen erfolgte in allen Datenbanken. Nachfolgend ist diese exemplarisch für die Datenbank MEDLINE PubMed dargestellt (Tab. 9, S. 110).

Tab. 9: Suchbegriffe/Literaturrecherche Datenbank PubMed

Komponente	Suchbegriff	Synonym	Englische Übersetzung
0	Tagespflege	Tagespflege	Day care, medical Adult Day Care Centers
	OR		
1	Pflegebedürftige Begleitperson	„Pflegerbedürftige*“ OR „Pflegerbedürftige* Angehörige*“	„care recipient“ OR „care-dependent“ OR „need of care“
	AND		
2.1	Begleitangebot	Begleitangebot OR Kurzzeitpflege OR Tagespflege OR Verhinderungspflege OR Entlastungspflege	„short-term care“ OR „respite care“ OR „day care“
2.2	Interaktion/ Beziehung	Interaktion OR Gegenseitigkeit OR Wechselseitigkeit OR Nähe OR Verbundenheit OR Beziehung OR Beziehungsqualität OR Bindung OR Beziehungsförderung OR Beziehungsgestaltung OR Familienintervention OR Dyade OR Tandem	Interaction OR mutuality OR closeness OR Relationship OR relation quality OR „family-centered“ OR „family intervention“ OR „dyad intervention“
PubMed (Filter: Deutsch und Englisch, 2011–2021)			
0 OR 1+(2.1+2.2)			
(„Adult Day Care Centers“[Mesh] OR „Day Care, Medical“[Mesh]) OR ((Pflegerbedürftig*[Title/Abstract] OR „care recipient“[Title/Abstract] OR „care-dependent“[Title/Abstract] OR „need of care“[Title/Abstract]) AND (Kurzzeitpflege[Title/Abstract] OR Tagespflege[Title/Abstract] OR „Adult Day Care Centers“[Mesh] OR „Day Care, Medical“[Mesh] OR „short-term care“[Title/Abstract] OR „respite care“[Title/Abstract] OR „day care“[Title/Abstract] OR Interaktion[Title/Abstract] OR Nähe[Title/Abstract] OR Beziehung[Title/Abstract] OR Bindung[Title/Abstract] OR Beziehungsgestaltung[Title/Abstract] OR Dyade[Title/Abstract] OR Tandem[Title/Abstract] OR Interaction[Title/Abstract] OR mutuality[Title/Abstract] OR closeness[Title/Abstract] OR Relationship[Title/Abstract] OR „relation quality“[Title/Abstract] OR „family-centered“[Title/Abstract] OR „family intervention“[Title/Abstract] OR „dyad intervention“[Title/Abstract]))			

Zur Studienauswahl wurden die Treffer in die Literatursoftware EndNote X9.3. übertragen und konnten durch weitere Treffer der Scoping Reviews der beiden anderen Modellprojekte ergänzt werden. Im Anschluss daran wurden Duplikate abgeglichen und die Titel und Abstracts der identifizierten Studien unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien durchgesehen. Um ein transparentes Vorgehen zu gewährleisten, wurden die Auswahl der Studien sowie die Begründung bei einem Ausschluss entsprechend Elm et al. (2019) in einem Flussdiagramm dargestellt (Abb. 34, S. 111). Im Rahmen der Datenanalyse, orientiert an Peters et al. (2020), wurden die eingeschlossenen Volltexte mehrfach gelesen, um sich einen ersten Überblick zu verschaffen. Im Anschluss sind die Inhalte in Bezug auf Haupt- und Unterfragen thematisch zusammengefasst und den Verbundpartnern für die Entwicklung einer ersten Pilotversion des Rahmenkonzeptes zur Verfügung gestellt worden. Nachfolgend ist eine Übersicht der Ergebnisse dargestellt. Zudem finden sich die Ergebnisse im Rahmenkonzept des Begleitangebotes des Caritasverbandes für das Erzbistum Paderborn.



* Durchsuchte Datenbanken:
 Pubmed (n= 954)
 livivo (n= 407)
 Cinahl (n= 180)
 Cochrane library (n= 7)

** Ausschlusskriterien:
 Bezug vorwiegend auf pA
 Vorwiegend Gründe der
 Inanspruchnahme TP/KZP
 Unpassendes Angebot für pbP
 Zielgruppen zu speziell

Abb. 34: Flussdiagramm nach Elm et al. 2019

Ergebnisse der Literaturrecherche

Im Hinblick auf die Suche nach bestehenden Konzepten eines Begleitangebotes ist zusammenfassend festzuhalten, dass keine Konzepte identifiziert werden konnten, die parallel zu einer Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme des/der pflegenden Angehörigen stattfinden. Daher konnten aus der Literatur keine Hinweise zu der Unterfragestellung gewonnen werden, wie die räumliche Trennung zwischen Vorsorge-/Rehabilitationsstätte und Stätte des Begleitangebotes überwunden werden kann. Die Studienlage ist zudem gering und beschäftigt sich ausschließlich mit pflegebedürftigen Person im Rentenalter. Die identifizierten Interventionen sind für sich alleinstehende Maßnahmen ohne Bezug zu einer Rehabilitation/Vorsorge der pflegenden Angehörigen. Sie sind heterogen und variieren in ihrer Dauer (einige Wochen bis Monate) und indikationsspezifischen Ausrichtung. Bei den sieben eingeschlossenen Veröffentlichungen handelt es sich um: zwei deskriptive qualitative Querschnittstudien (Adamson et al., 2016; Harkin et al., 2020), eine quasi-experimentelle prospektive Längsschnittstudie (Chang et al., 2015), zwei prospektive beobachtende Kohortenstudien (Chew et al., 2015; Schiffczyk et al., 2013) und zwei Reviews (Evans, 2013; Moon & Adams, 2012). Vier Studien beschäftigen sich mit demenziell erkrankten pflegebedürftigen Personen (Chew et al., 2015; Harkin et al., 2020; Moon & Adams, 2012; Schiffczyk et al., 2013), eine Studie mit pflegebedürftigen Personen nach Apoplex (Chang et al. 2015), eine Studie richtet sich an pflegebedürftige Personen ohne demenzielle Erkrankung (Adamson et al., 2016) und eine Veröffentlichung macht hierzu keine Angaben (Evans, 2013). Nachfolgend werden die Bedarfe pflegender Angehöriger und pflegebedürftiger Personen an ein Begleitangebot mit Interventionen zur Beziehung/Interaktion, Gelingensbedingungen der Durchführung und Wirksamkeit bestehender Konzepte dargestellt. Bedarfe und Gelingensbedingungen sind abschließend in Tabelle 10 zusammengefasst.

Welche Bedarfe/Gelingensbedingungen und Wirksamkeiten lassen sich zum Begleitangebot identifizieren?

Nach Adamson et al. (2016), der den personenzentrierten Ansatz in der Pflege in Schottland erforscht, nimmt aus Perspektive der Nutzer*innen von Tageskliniken insbesondere die pflegerische Versorgung einen hohen Stellenwert ein. Die Patient*innen schätzen es, professionell Pflegende zu kennen und bauen eine enge Beziehung zu ihnen auf. Sie möchten sich wertgeschätzt fühlen und als Individuum mit ihren Bedürfnissen wahr- und ernstgenommen werden und darauf vertrauen, dass die Pflegenden die Versorgung in ihrem individuellen Interesse gestalten. Daneben ist es den Patient*innen wichtig, über die Versorgung und ihre Entwicklung informiert und in Entscheidungen einbezogen zu werden. Um nach der Maßnahme den Übergang in die häusliche Umgebung zu sichern, wird eine koordinierte und schnittstellenübergreifende Pflege wertgeschätzt. Auch Harkin et al. (2020) stellt in seiner Untersuchung des Konzeptes „Cottage Care“ in Australien in der Kurzzeitpflege fest, dass u. a. die personalisierte Pflege und die Aufmerksamkeit gegenüber den pflegebedürftigen Personen bedeutsam sind.

Daneben werden auch die Beziehung zu anderen Mitpatient*innen, gemeinsame Gespräche und das Gefühl, sich in einer vergleichbaren Situation zu befinden, als wertvoll geschildert (Adamson et al., 2016).

Ein weiterer Schwerpunkt in der Studie von Adamson et al. (2016) sind die Themen Erwartungen und subjektiver Nutzen, die im Kontext von Angeboten bedeutsam sind. Die Nutzer*innen wünschen sich neben Beschäftigungsangeboten zum Zeitvertreib besonders umfangreiche Anwendungen/Behandlungen und Therapien, die mit der Erwartung verbunden sind, den Gesundheitszustand zu verbessern bzw. Therapiefortschritte zu fördern.

Nach den Erkenntnissen von Chang et al. (2015) hat es sich bewährt, Angebote zur Beschäftigung, Betätigung und Therapie durch ein Gesundheitsmanagement individuell auszurichten. Grundlage bilden in der Untersuchung einer individuell ausgerichteten Rehabilitation von pflegebedürftigen Schlaganfallpatient*innen in einer Tagespflege in Südkorea ein einleitendes und regelmäßig wiederkehrendes Gesundheitsassessment sowie die Bedürfnisse und Präferenzen der Patient*innen. Harkin et al. (2020) bestätigen in ihrer Studie die Bedeutung und Wirksamkeit einer individuellen Ausrichtung von Angeboten bspw. zur Beschäftigung oder der pflegerischen Versorgung für den Erhalt des Gesundheitszustandes. Demnach zögert eine vorübergehende Unterbringung in der Kurzzeitpflege die dauerhafte stationäre Unterbringung der pflegebedürftigen Person um durchschnittlich 15 Monate hinaus. Als Vorteil wird in diesem Zusammenhang die Bildung von Gruppen pflegebedürftiger Personen mit ähnlichen Erkrankungen, Einschränkungen und Krankheitsfortschritten beschrieben. Zudem ist nach Chew et al. (2015) für pflegebedürftige Personen das Gefühl wichtig, die eigene Situation positiv beeinflussen zu können, und die subjektive und objektive Wahrnehmung eines Rehabilitationserfolgs bedeutsam. Hierfür empfiehlt es sich, messbare Rehabilitationsziele festzulegen. In dem literaturgestützten Review von Evans (2013) zum Konzept „Respite Care“ für Kurzzeitpflege und Tagespflege wird die individuelle Ausrichtung von Angeboten durch die Umsetzung verschiedener inhaltlicher „Bausteine“, die sich je nach Anbieter, Zielgruppen und Rahmenbedingungen zusammensetzen, umgesetzt. Während pflegebedürftige Personen gesundheitsbezogene Beschäftigungen, Assessments, pflegerische Versorgung, Therapieangebote und soziale Aktivitäten erhalten, werden pflegende Angehörige durch edukative Angebote und praktische Begleitung und soziale Aktivitäten aktiv einbezogen. Dabei wird deutlich, dass eine verstärkte Individualisierung der Angebote mit einer zunehmenden Komplexität in der Gesamtumsetzung verbunden ist.

Welche Bedarfe/Gelingensbedingungen und Wirksamkeiten lassen sich im Hinblick auf das Thema Interaktion/Beziehung identifizieren?

Ein Teil der eingeschlossenen Studien richtet ihre Konzepte neben den Zielen für die pflegebedürftige Person auch auf die Pflegepersonen sowie auf das Tandem aus (Chang et al., 2015; Chew et al.

2015; Evans, 2013; Moon & Adams, 2012). Die Bedarfe pflegender Angehöriger werden bspw. in der Untersuchung von Chang et al. (2015) deutlich, die u. a. den Familieneinbezug in die pflegerische Versorgung erforschen. Pflegepersonen bedürfen demnach einer Unterstützung durch professionell Pflegenden in der Planung und Durchführung der pflegerischen Versorgung. Durch die Schulung im Bereich medizinischer und pflegerischer Themen und sozialer Fähigkeiten und Ressourcen sowie den Einbezug in die Versorgung gewinnen pflegende Angehörige Kompetenzen und können die Versorgung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen besser gestalten und sich sicherer fühlen, Tagespflege als Unterstützungsangebot in Anspruch zu nehmen. Zudem werden die Bereitschaft, die Pflegetätigkeit durchzuführen, und die Qualität der Pflege gefördert, was sich positiv auf die häusliche Pflegesituation auswirkt. Durch die Kombination des Familieneinbezugs und eines funktionellen individuellen Gesundheitsmanagements berichtet die Studie von einer signifikanten Verbesserung der wahrgenommenen Gesundheit der pflegebedürftigen Person, der Umsetzung der Aktivitäten des täglichen Lebens, der allgemeinen Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen und der Zufriedenheit mit der Tagespflege.

Auch das ambulante Rehabilitationsprogramm MINDVital für pflegebedürftige Personen mit mittelschwerer Demenz und ihre pflegenden Angehörigen in Singapur unterstreicht die Wirksamkeit eines Einbezugs von pflegenden Angehörigen in die Planung der Intervention (Chew et al., 2015). In der achtwöchigen Maßnahme stehen neben den Schwerpunkten für die pflegebedürftige Person (körperliche Bewegung, kognitiver Stimulation und Rehabilitation sowie personenzentrierter Beschäftigung und Betreuung/Versorgung) auch die Gemeinschaftlichkeit und die Fähigkeit zur gemeinsamen Alltagsbewältigung zwischen Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen im Vordergrund. Als Ergebnis zeigt sich u. a. eine Verbesserung des Belastungserlebens der pflegenden Angehörigen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Schiffczyk et al. (2013) in seiner Untersuchung eines drei-/vierwöchigen Rehabilitationsprogramms für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen in Deutschland. Als wirksam wird hier ebenfalls eine Kombination aus einem Therapieprogramm mit Rehabilitation für pflegebedürftige Personen und einer gleichzeitigen Psychoedukation für pflegende Angehörige gesehen. Dabei werden sowohl gemeinsame Gruppenangebote für das Tandem als auch getrennte Gruppen für pflegende Angehörige und pflegebedürftige Personen vorgehalten. Das Ziel des Therapieprogrammes ist es, pflegebedürftige Personen in ihren verbleibenden Fähigkeiten durch medizinische Behandlung, Re-Evaluation der Diagnostik, Optimierung der Therapie der Demenz und Komorbidität zu stärken. Bei der Pflegeperson stehen die Verbesserung ihrer Kompetenz (Krankheitsbild, Konfliktprävention) und die Verbesserung der Beziehungsqualität im Vordergrund. Die Interventionen orientierten sich am Tandem und sollen in den Alltag übertragbar sein. Zum Gelingen trägt eine Kombination aus gemeinsamen und getrennten Angeboten bei und das Schaffen spezifischer Freiräume für pflegende Angehörige, um der individuellen Zielerreichung nachzukommen.

Auch das Review von Moon & Adams (2012) nimmt das Tandem in den Blick und beschäftigt sich mit folgenden Tandeminterventionen für pflegende Angehörige und pflegebedürftige Personen mit Demenz im Frühstadium: Selbsthilfegruppen, Beratung, kognitive Stimulation, Fertig- und Fähigkeitstraining sowie Erinnerungs-Notizbuch-Intervention. Untersucht werden die Machbarkeit, Verträglichkeit und Effektivität hinsichtlich der Kommunikation, des Wohlbefindens und der Beziehungsqualität. Insgesamt werden die verschiedenen Angebote mit einem positiven psychosozialen Nutzen bewertet und gut durch die Zielgruppe angenommen. Zudem lassen sich eine Stärkung der Fähigkeit, Unterstützungsangebote einzufordern, sowie eine Förderung der Erinnerungsfähigkeit der pflegebedürftigen Person feststellen. Hinsichtlich der langfristigen Wirksamkeit gibt es kaum Belege, kurzfristig zeigt sich bei der pflegebedürftigen Person überwiegend eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, des Wissens und der Bewältigungsfähigkeit. Bei den Pflegepersonen sind Verbesserungen im Bereich der sozialen Beziehungen, des Wissens und der Bewältigungsfähigkeiten sowie von Depressionen und Ängsten zu verzeichnen. Im Hinblick auf die Dyade stellt sich eine Verbesserung des psychologischen Wohlbefindens und der Beziehung dar. Nach den Ergebnissen

der Studie werden sowohl Bedarfe hinsichtlich getrennter als auch gemeinsamer Angebote deutlich. Der Einbezug beider Mitglieder des Tandems ist entscheidend, um auch einen reziproken Nutzen der verschiedenen Interventionen zu erlangen.

Tab. 10: Zusammenfassung der Bedarfe und Gelingensbedingungen pflegebedürftiger Personen und pflegender Angehöriger hinsichtlich eines Begleitangebots mit Interventionen zur Verbesserung der Beziehung/Interaktion

Gelingensbedingung	Bedarfe pflegebedürftiger Personen
pflegerische Versorgung/Ansatz der personenzentrierten Pflege (ausreichend hohe Personalstärke)	<ul style="list-style-type: none"> positive (Vertrauens-)Beziehung zwischen Patient*innen und professionell Pflegenden mit Fokus auf individuelle Bedürfnisse individuelle Wertschätzung und Aufmerksamkeit der Pflegekräfte gute Koordination der Versorgung
Einbezug pflegebedürftiger Personen	<ul style="list-style-type: none"> Informationen zur Versorgung und Einbezug in Entscheidungen
soziale Kontakte	<ul style="list-style-type: none"> Beziehung zu Mitpatient*innen/Gefühl von Gemeinschaft/Gefühl, dass andere in einer ähnlichen Situation sind Raum für gemeinsame Gespräche/Austausch mit anderen Gästen der Kurzzeitpflege/Tagespflege
Angebote in der Tagespflege/Kurzzeitpflege	<ul style="list-style-type: none"> effektive Anwendungen/Angebote (Behandlungen und Therapien) zur Verbesserung des Gesundheitszustandes Beschäftigungsangebote zum Zeitvertreib
individuell ausgerichtete Angebote mittels: <ul style="list-style-type: none"> individuellem Gesundheitsmanagement Gruppenbildung pflegebedürftiger Personen mit ähnlichen Erkrankungen, Einschränkungen und Krankheitsfortschritten Auswahl an Angeboten aus verschiedenen „Angebots-Bausteinen“ 	<ul style="list-style-type: none"> individuell zugeschnittene Beschäftigung, Betätigung und Therapie unter Berücksichtigung von: <ul style="list-style-type: none"> - Ergebnissen wiederholter Gesundheitsassessments - Bedürfnissen und Präferenzen der pflegebedürftigen Person
Festlegen messbarer Ziele	<ul style="list-style-type: none"> Wahrnehmung subjektiver und objektiver Rehabilitationserfolge Gefühl, die eigene Situation positiv beeinflussen zu können
Übergang in die Häuslichkeit/Nachsorge	<ul style="list-style-type: none"> koordinierte und schnittstellenübergreifende Pflege, die auch die der Maßnahmen anschließende häusliche Versorgung sicherstellt
Gelingensbedingung	Bedarfe pflegender Angehöriger
Erwerb von Kompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung bei der Planung und Durchführung der pflegerischen Versorgung Erwerb von medizinischem und pflegerischem Wissen und sozialer Fähigkeiten und Ressourcen Verbesserung der Beziehungsqualität
Einbezug pflegender Angehöriger in die pflegerische Versorgung (Familieneinbezug)	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung/Anleitung bei der Gestaltung der Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Häuslichkeit Vertrauen in die Nutzung der Tagespflege

	<ul style="list-style-type: none"> • Erhalt der Pflegebereitschaft
Gelingensbedingungen	Bedarfe des Tandems
Gemeinsame Angebote, die sich am Tandem orientieren und alltagsübertragbar sind. Empfohlen werden: Selbsthilfegruppen, Beratung, kognitive Stimulation, Fertig- und Fähigkeitstraining sowie Erinnerungs-Notizbuch-Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Beziehungsqualität, von Gemeinschaftlichkeit und der Fähigkeit zur gemeinsamen Alltagsbewältigung
bedarfsgerechtes Gleichgewicht gemeinsamer und getrennter Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • gemeinsame Angebote • Freiräume für individuelle Zielerreichung

Fokusgruppen mit Nutzer*innen und Expert*innen

Neben dem Scoping Review wurden im Kontext der Konzeptentwicklung zwei Fokusgruppen durchgeführt und ausgewertet, um die Perspektiven der Nutzer*innen und Expert*innen einzubeziehen (s. Kapitel 3.3). Ziel war es, zu erfahren, welche unterschiedlichen Meinungen, Vorstellungen und Wünsche beide Gruppen an ein Begleitangebot haben. Die Schwerpunkte lagen auf den Themen Begleitangebote und Interaktion/Handlungskompetenz.

Fokusgruppe mit Nutzer*innen:

In der Gruppe der Nutzer*innen war es wichtig, Einblicke in die Lebenswelt der Zielgruppe zu gewinnen. Zum Thema Begleitangebot sollten die Wünsche und Bedarfe für die Versorgung des pflegebedürftigen Angehörigen eruiert werden. Im zweiten Themenblock der Interaktion lag der Fokus auf den Bedarfen des Tandems. Hier wurde thematisiert, welche Bedarfe pflegende Angehörige im Alltag haben, um ihre Handlungskompetenzen zu stärken, und welche Angebote sie für ihre Pflegesituation als hilfreich erachten. Auf der anderen Seite wurde darüber gesprochen, ob Angebote, die gemeinsam durch das Pflegetandem genutzt werden, vorstellbar sind, und welche Angebote denkbar wären bzw. welche Bedarfe/Wünsche diesbezüglich vorliegen.

Die Rekrutierung der Personen war insbesondere aufgrund der pandemischen Lage schwierig. Es musste ein Videoformat gewählt werden, mit welchem technische Herausforderungen für die Teilnehmenden verbunden waren, und nur wenige Pflegepersonen waren zu einer Teilnahme bereit. Pflegebedürftige Personen konnten aufgrund der Voraussetzungen trotz Bemühungen nicht gewonnen werden. Die Fokusgruppe wurde im Mai 2021 mit sieben pflegenden Angehörigen durchgeführt, zwei Männer und fünf Frauen, darunter eine „ehemalige“ Pflegeperson. Fünf Teilnehmende befanden sich zum Zeitpunkt in einer Vorsorgemaßnahme für pflegende Angehörige.

Ergebniszusammenfassung/Nutzer*innen-Fokusgruppe:

Welche Wünsche und Bedarfe haben pflegende Angehörige für die Versorgung der pflegebedürftigen Person? Wie sollte ein Konzept für ein Begleitangebot konkret aussehen?

Eine bestmögliche Versorgung der pflegebedürftigen Person ist für pflegende Angehörige zentral. Aufgrund von negativen Erfahrungen mit Betreuungsangeboten, die teils mit einem Vertrauensverlust gegenüber stationären Einrichtungen wie Kurzzeitpflege oder Krankenhäusern einhergehen, zeichnet sich ein gewisses Hemmnis ab, eine Vorsorge/Rehabilitation anzutreten und die pflegebedürftige Person abzugeben. Zudem besteht die Sorge, dass die pflegebedürftigen Personen mit ihren Bedürfnissen nicht individuell versorgt werden und sich durch den Wechsel in eine neue Umgebung/Versorgungsstruktur sich der Gesundheitszustand verschlechtert und die häusliche Pflegesituation im Nachgang verstärkt belastet ist. Für eine bestmögliche Versorgung und ein Konzept für ein Begleitangebot sind aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmer*innen folgende Aspekte entscheidend:

- verlässliche und umfassende Versorgung („Eins-zu-eins- oder Eins-zu-zwei-Versorgung“) durch geschultes Personal, die es ermöglicht, intensive Beziehungen aufzubauen

- Unterbringung der pflegebedürftigen Personen in Gruppen mit gleicher Altersklasse, ähnlicher Erkrankung oder Symptomatik und Schwere der Erkrankung sowie ähnlichem Pflegegrad
- Informierung der pflegenden Angehörigen über den Versorgungsprozess
- zentrale Versorgungsstrukturen mit allen erforderlichen Therapieangeboten vor Ort im Sinne einer „Mini-Reha“ mit Therapien für die pflegebedürftigen Personen, die sich an den individuellen Bedürfnissen orientieren und neben Kenntnissen zur Erkrankung auch Wissen über die Biografie mitberücksichtigen
- ganzheitliches und individuelles Konzept: kognitive Förderung, Teilnahme an der Gemeinschaft, an Aktivitäten, gemeinsame Ablenkung und Beschäftigung, Möglichkeit der Bewegung, Angebote entsprechend des Förderbedarfs und der Defizite

Für pflegende Angehörige ist es essenziell, dass ihre pflegebedürftigen Personen eine „genauso gute“ Zeit haben wie sie selbst und „genauso gut“ wieder zurückkommen wie vor der Maßnahme. Im Hinblick auf die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten, die mit einem gemeinsamen und getrennten Aufenthalt verbunden sein können, zeigt sich, dass die Teilnehmenden keine Erfahrungen mit einem Begleitangebot haben und Informationen über diese Angebotsform und die gesetzlichen Regelungen nicht bekannt sind.

Welche Bedarfe haben pflegende Angehörige im Alltag, um ihre Handlungskompetenzen zu stärken? Welche Angebote erachten sie für ihre Pflegesituation als hilfreich? Sind gemeinsame Angebote als Tandem vorstellbar?

Mehrfach wird deutlich, dass insbesondere der Wissenserwerb ein wichtiges Thema für pflegende Angehörige ist. Informationen müssen bspw. selbst „zusammengesucht“ werden und es ist unklar, welche Leistungen in Anspruch genommen werden können. Darüber hinaus sind viele Abläufe mit einem umfangreichen bürokratischen Aufwand verbunden. Insbesondere offizielle Angebote vom Gesetzgeber aus dem Gesundheitswesen sind häufig zu aufwendig in der Beantragung und langwierig. Demgegenüber sind inoffizielle Angebote niederschwellig, müssen dann aber privat beauftragt und bezahlt werden. Pflegepersonen haben zudem das Gefühl, zu kurz zu kommen, und der „Aufwand“ für eine Auszeit wird als stressig empfunden. Daneben ist der Austausch zu anderen pflegenden Angehörigen wichtig und der Austausch von Erfahrungen wird als nützlich erachtet.

Hilfreiche Angebote sind demnach:

- Informationen zu: Pflegegraden, Beantragung von Unterstützungsleistungen/Umbaumaßnahmen, Hilfsmitteln, Finanzierung etc.
- Berücksichtigung individueller Bedürfnisse pflegender Angehöriger
- Schulung und Anleitung im Umgang mit der pflegebedürftigen Person, um sich in der häuslichen Pflegesituation sicher und besser vorbereitet zu fühlen
- Gesprächsangebote, die ermöglichen, über die eigene Situation zu sprechen, um diese zu reflektieren
- Möglichkeiten, die eigene Selbstfürsorge im Alltag sicherzustellen
- Möglichkeit zum Austausch mit anderen Tandems/anderen pflegenden Angehörigen

Auch gemeinsam als Tandem genutzte Angebote können sich pflegende Angehörige vorstellen. Es besteht bspw. der Wunsch, als Tandem gemeinsam aktiv zu werden und Gutes und Wohltuendes zu erfahren, wie durch gemeinsame Therapien oder Freizeitaktivitäten. Die Nutzer*innen sehen weiterhin eine große Bedeutung in psychosozialer Beratung, die beide Teile des Tandems einbezieht und sich sowohl individuell auf pflegende Angehörige und Pflegebedürftige als auch auf die Gemeinschaft des Tandems ausrichtet und so gemeinsame und getrennte Ansätze ausgewogen miteinander verbindet.

Fokusgruppe mit Expert*innen:

In der Gruppe der Expert*innen wurde im Rahmen des Begleitangebotes der Frage nachgegangen, welche visionären Therapie- und Betreuungsansätze für pflegebedürftige Personen für einen dreiwöchigen Zeitraum vorliegen und welche Gelingensbedingungen für eine Umsetzung der Begleitangebote entscheidend sind. Auch hier war es ebenfalls wichtig, die unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten (Kurzzeitpflege/Tagespflege) mitzudenken. Im zweiten Themenblock der Interaktion lag der Fokus auf möglichen Angeboten zur Stärkung der Handlungskompetenz in Interaktion mit der pflegebedürftigen Person und auf dem Thema sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Zu Letzterem wurde eruiert, wie eine Zusammenarbeit von Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sowie Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen gestaltet werden und gelingen kann. Die Fokusgruppe fand ebenfalls im Mai 2021 im Online-Format statt, mit acht Expert*innen aus den Bereichen Pflege, Selbsthilfe/Interessenvertretung, stationärer Vorsorge/Rehabilitation und der Wissenschaft.

Ergebniszusammenfassung/Expert*innen-Fokusgruppe:

Die Expert*innen sehen bei den Begleitangeboten im Vorfeld der Vorsorge/Rehabilitation besondere Herausforderungen. So geht es neben der Anreise, die im Falle einer gemeinschaftlichen Vorsorge/Rehabilitation von pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Personen besondere organisatorische Anforderungen stellt, auch um die Überprüfung der Vorsorge-/Rehabilitationsziele, deren Ausgestaltung und eine damit verbundene mögliche Neuausrichtung des Vorsorge-/Rehabilitation-Alltags und der rehabilitativen und präventiven Angebote. Herausforderungen sind beispielsweise die zielgruppenorientierte Ausgestaltung und die damit verbundenen personellen Anforderungen. Des Weiteren kommt die Frage auf, wie eine frühzeitige Anamnese bzw. eine adäquate Pflegeüberleitung als Grundlage zu planender Maßnahmen erfolgen kann (Ausgestaltung der Maßnahme als Tandem, konkrete Ziele ausformulieren, individualisierte Maßnahmen, Förderung von Ressourcen zur Alltagsbewältigung, Orientierung an individuellen Bedürfnissen, stationäre Erfolge ambulant nutzbar machen), aber auch, wie durchgeführte Maßnahmen als Stärkung der Handlungskompetenz in den häuslichen Pflegealltag zurückwirken können (stationäre therapeutische Maßnahmen im Hinblick auf die Anforderungen in der Häuslichkeit) und welche unterstützenden Systeme hierbei miteinander wirken können (Intensivierung multidisziplinärer Zusammenarbeit von unterschiedlichen Akteur*innen wie Pflege, Physio-, Ergo-, Logotherapie sowie psychologische Beratung). Die Verwirklichung einer solchen Netzwerkbildung wird als bedeutsam angesehen. Dem Zusammenwirken der unterschiedlichen therapeutischen und rehabilitativen Disziplinen sowie das der unterschiedlichen Einrichtungen wie z. B. Tagespflege/Kurzzeitpflege und Vorsorge-/Rehabilitationskliniken kommt nach Einschätzung der Expert*innen eine große Bedeutung zu. Die Einrichtungen sollten einen wechselseitigen Informationsfluss gewährleisten, der es ermöglicht, Vorsorge/Rehabilitation mit neuen und innovativen Ansätzen komplexer auszugestalten und bestenfalls die Wirkung stationärer Maßnahmen in der häuslichen Versorgung zu erfassen und zurückzumelden.

Die Stärkung von Handlungskompetenzen richtet sich nach den Aussagen der Expert*innen an das jeweilige Tandem. Neben aller Unterschiedlichkeit in den individualisierten rehabilitativen Maßnahmen sollten gemeinsame Maßnahmen erfolgen, um die Ressourcen auf beiden Seiten zu fördern und zusammenzuführen. Ziel sollte sein, diese Ressourcen für das Tandem als „Team“ in der Häuslichkeit möglichst nachhaltig nutzbar zu machen (körperliche Rehabilitationsmaßnahmen, Förderung der Beziehungsgestaltung der Tandem-Partner untereinander, Betreuung der pflegenden Angehörigen, körperliche Stärkung, Entspannungstechniken, emotionale Verarbeitung der Belastung und aktuelle Krisen). Ziel sollte es sein, Ressourcen auf beiden Seiten zu adressieren, zu fördern, für die Häuslichkeit nutzbar zu machen und den Transfer (Selbsthilfegruppen finden oder Selbsthilfe fördern, Einbindung weiterer Unterstützung am Wohnort, Initiierung des Austausches von Pflege-Tandems etc.) auszugestalten.

Um eine Nutzer*innen-Orientierung und -Zentrierung zu gewährleisten, bedarf es zum einen inhaltlich einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und eines engmaschigen Austausches aller therapeutischen und rehabilitativen Akteur*innen. Die gemeinsame Identifizierung und das Adressieren individueller und akuter Problemlagen kann zu einer Prozessoptimierung beitragen und aktiviert unterstützende Systeme im Sinne der Nutzer*innen (pflegerische, therapeutische und rehabilitative Überleitungen, Tätigkeitsfelder aus der Praxis in der Praxis abgleichen, akute Förderbedarfe schnell erkennen, Priorisierung von pflegerischen, therapeutischen rehabilitativen und präventive Handlungen, Austausch unter den Versorgern im Sinne der Nutzer*innen). Des Weiteren bedarf es zum anderen ein Überdenken der Prozesse in den gesetzlichen Versorgungsstrukturen. Die inhaltliche Nutzer*innen-Orientierung muss auch in den Leistungskatalogen der unterschiedlichen Leistungserbringer Berücksichtigung finden. Hierzu bedarf es politischer Forderungen und politischer Veränderungen und entsprechender Finanzierungsmöglichkeiten („Verzahnung“ unterschiedlicher SGB Leistungen, die bislang nur getrennt abgerufen werden können, Finanzierung interdisziplinärer Fallbesprechungen von Mediziner*innen, Pflegekräften, Therapeut*innen und Mitarbeitenden von Vorsorge-/Rehabilitationskliniken, Entwicklung von Leistungs- und Qualifikationsprofilen, Definition von Zuständigkeiten).

Ziel sollte es sein, die Arbeit in Sektoren aufzubrechen und ein sektorenübergreifendes Verständnis von Versorgung zu ermöglichen (Beispiel aus der Praxis: Palliativkoordinatoren, Palliativnetzwerke als Beispiel für Rehabilitation). Für die Politik bedeutet dies, eine Verbindung der unterschiedlichen Sozialgesetze und -leistungen in ihren erforderlichen Schnittstellen zu gestalten und die Rahmenbedingungen für die Finanzierung zu ermöglichen.

5.4 Konzeptvalidierung

Im Folgenden wird auf die Phase der Konzepterprobung und -validierung detaillierter eingegangen. Hierzu wird zunächst das methodische Vorgehen (Kapitel 5.5.1) beschrieben. Im Anschluss erfolgt die Darstellung der Ergebnisse (Kapitel 5.5.2).

5.4.1 Methodisches Vorgehen

Die Validierung im Rahmen des Modellprojekts wurde als Mixed-Methods-Ansatz geplant, d. h., es wurden quantitative und qualitative Datenerhebungen und -auswertungen miteinander kombiniert (Döring & Bortz, 2016). Pflegende Angehörige, die gemeinsam mit ihren pflegebedürftigen Personen eine stationäre Vorsorge oder Rehabilitation mit einem parallelen Begleitangebot genutzt haben, wurden zu zwei Zeitpunkten (t0 und t1) schriftlich befragt und vier Wochen nach der Maßnahme gebeten, auf freiwilliger Basis an einem qualitativen Interview teilzunehmen. Die pflegebedürftige Person wurden während des Aufenthaltes in dem Begleitangebot zu Beginn und Abschluss durch professionell Pflegende im Hinblick auf ihre Selbstständigkeit im Rahmen eines Assessments oder der strukturierten Informationssammlung [SIS] eingeschätzt. Die Fragebögen und der Leitfaden befinden sich im Anhang (Anhang 7 & 8). Eingeschlossen wurden alle pflegenden Angehörigen, die eine Maßnahme wahrgenommen haben und mindestens 18 Jahre alt waren. Erhoben wurde im Zeitraum Frühjahr 2022/Spätsommer 2023 in folgenden Einrichtungständern:

Pflegeeinrichtung/Indikationsbereich	Klinik/Indikationsbereich
Kurzzeitpflege alle Indikationsbereiche und Pflegegrade	Rehabilitationsklinik Psychosomatik/verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation
gemeinsame Unterbringung in derselben Vorsorgeklinik mit integrierter Tagesbetreuung Demenz	Vorsorgeklinik für pflegende Angehörige psychosomatische/psychovegetative Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, Diabetes Mellitus Typ II

Quantitative Datenanalyse: Fragebogenerhebung

Die schriftliche Befragung erfolgte anonym, ohne persönliche Kennung und ohne Erinnerungsschreiben bei ausbleibender Rückantwort. Der Versand der Fragebögen und der Einladungen zur Interviewteilnahme erfolgte über die Kliniken. Der t0-Fragebogen wurde gemeinsam mit Unterlagen der Klinik versendet, während den t1-Fragebogen nur Personen erhielten, die ihr explizites Einverständnis zur weiteren Teilnahme an der Befragung gegeben hatten. Die Erfordernisse des Datenschutzes wurden eingehalten. Es wurde keine Non-Responder-Analyse durchgeführt, sodass zu den Gründen der Nicht-Teilnahme keine Aussage getroffen werden kann. Die Anzahl der befragten Personen variierte zwischen den Kliniken deutlich, was u. a. mit der Ausrichtung und dem Angebot seitens der Klinik zu tun hatte.

Da das Hauptinteresse der Validierung des Konzeptes galt, wurden im zweiten Fragebogen Fragen in Anlehnung an das entwickelte Rahmenkonzept und entlang der festgelegten Validierungsschwerpunkte der Umsetzung, der Akzeptanz und des subjektiven Nutzens konstruiert und inhaltlichen Themenbereichen zugeordnet. Dies waren: Vorbereitung auf die Vorsorge/Rehabilitation, Begleitangebote, gemeinsam genutzte Angebote sowie Nutzen des Aufenthaltes. Hinsichtlich der Interaktions- und Tandem-Angebote wurden bei der Fragebogenerhebung sowie bei den Interviews ausschließlich die gemeinsam genutzten Angebote betrachtet, obgleich konzeptuell unter dem Modul auch Angebote mit alleiniger Nutzung durch die/den pflegende*n Angehörige*n fallen. Der Schwerpunkt wurde so gewählt, da allein genutzte Angebote bereits im Rahmen des Modellprojektes „Konzeptentwicklung Stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ (s. Kapitel 4) validiert werden. Um den Validierungsschwerpunkt der Umsetzung nachzugehen und zudem zu erfahren, was für Nutzer*innen bei der Umsetzung wichtig ist, beinhalten alle Fragen eine Abfrage des Ist-Zustands („trifft zu“, „trifft nicht zu“, „weiß nicht“) sowie eine Bewertung der Wichtigkeit („wichtig“, „nicht wichtig“). Abgefragt wurden die Umsetzung der Konzeptmodule sowie ausgewählte Elemente des 13-Punkte-Plans (sektorenübergreifende Zusammenarbeit, Nähe und Distanz und individuelles Gesundheitsmanagement, Partizipation, Vertrauensaufbau). Um Aussagen zur Akzeptanz treffen zu können, wurden außerdem Fragen zu der Zufriedenheit gestellt sowie zu der Erfüllung der Erwartungen. Die Validierungsfragen wurden um offene Fragen bspw. zu Wünschen ergänzt, wie „Wenn Sie nicht zufrieden waren oder Ihre Erwartungen nicht erfüllt wurden, was hätten Sie sich anders gewünscht?“. Die Bewertung der Wichtigkeit von Inhalten sowie die geäußerten Wünsche in den Freitextfeldern bildeten gemeinsam mit den Ergebnissen der Interviews die Basis für die Entwicklung von Gelingensbedingungen und die Überarbeitung des Rahmenkonzeptes. Um ebenfalls die Perspektive der pflegebedürftigen Personen in der Fragebogenerhebung mit zu erfassen, wurden die Items so formuliert, dass die pflegenden Angehörigen aus eigener Perspektive sowie aus Perspektive der pflegebedürftigen Person antworten sollten. Das Gleiche galt für Wünsche oder das Einschätzen erfüllter Erwartungen, wie bspw. „Die Erwartungen meines Angehörigen wurden erfüllt“ oder „Ich hatte das Gefühl, dass mein Angehöriger in der Pflegeeinrichtung gut aufgehoben ist und sich wohl fühlt“.

Im ersten Fragebogen wurden Gründe der Inanspruchnahme, die auf Basis von Aussagen/Zitaten der Nutzer*innenfokusgruppe beruhen, abgefragt sowie Fragen zur Soziodemografie, zur Pflegesituation sowie zur pflegebedürftigen Person aufgenommen, um der Frage nachzugehen, welche Personen ein Tandem-Angebot nutzen.

Neben dem Ziel der Konzeptvalidierung sollten auch erste Wirkungstendenzen erfasst werden. Hierzu wurden in beiden Bögen spezifische Instrumente verwendet, die anhand des zugrunde gelegten Wirkungsmodells des Rahmenkonzeptes ausgewählt wurden. Im Hinblick auf das Wirkungsmodell zur Verbesserung der Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person wurden Daten des Assessments genutzt, die nachfolgend beschrieben werden. Im Rahmen des Fragebogens wurde das Wirkmodell zur Interaktion berücksichtigt und wurden die Bereiche der Beziehung bzw. Interaktion sowie der Bereich des subjektiven Gesundheitszustands der pflegenden Angehörigen in den Blick genommen.

Da keine validierten Instrumente in dem Bereich Beziehung und Interaktion identifiziert werden konnten, wurden Fragen basierend auf dem Konzept der individuellen Stresskompetenz nach Kaluza (2015) selbst entwickelt (Fragenblock 9). Dieses Konzept wurde gewählt, da es im Rahmenkonzept die Grundlage für die Module des Pflegtandems darstellt. Jeweils vier Fragen geben einen Hinweis auf den Erwerb von instrumenteller Kompetenz (1–4) und mentaler Kompetenz (5+7–9) und eine Frage auf den Erwerb regenerativer Kompetenz (6). Das Rahmenkonzept sieht in diesem Kontext problemorientierte und für den zweiten und dritten Bereich emotionsorientierte Interventionsstrategien vor. In der Auswertung (s. Kapitel 5.5.2) wurden die Mittelwerte der Items auf Itemebene gegenübergestellt.

Darüber hinaus wurden im Kontext Beziehung und Interaktion zwei Skalen der konsistenten Kurzversion des Sense of Competence (SCQ) genutzt (Pendergrass, 2015; Pendergrass et al. 2015), mit dem Ziel, die Belastung aus Perspektive eigener Kompetenzüberzeugung des/der Pflegenden zu erfassen (Fragenblock 10). Die Wahrnehmung der Pflegesituation bzw. Wahrnehmung des Verhaltens der pflegebedürftigen Person sowie der eigenen Pflegefähigkeit spiegeln sich in beiden Skalen wider und wurden als wichtig erachtet, da die gegenseitige Wahrnehmung im Zusammenhang mit der Beziehungsqualität, wie im Scoping Review beschrieben, eine wichtige Rolle spielt. Die Kurzversion besteht insgesamt aus 16 Items, von den neun Items (vier Items der ersten Skala und fünf Items der zweiten Skala) verwendet wurden. Die Bewertung erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala: trifft zu, trifft eher zu, teils/teils, trifft eher nicht zu, trifft nicht zu. Zur Berechnung wird für jede Skala ein Summenwert gebildet, der im folgenden Wertebereich liegen kann, erste Skala: 4–20; zweite Skala: 5–25. Die Berechnung jeder Skala wird nur durchgeführt, wenn alle Werte vorhanden sind. Ein Wert steht dabei für eine höhere Kompetenz und eine geringere Belastung. Pendergrass (2015) gibt Cronbach Alpha Werte von $\alpha = .84$ (erste Subskala: $.82$; zweite Subskala: $.67$) an.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mittels des SF-12 als ökonomische Kurzform des SF-36 gemessen. Hierbei handelt es sich um ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der Lebensqualität über acht Dimensionen hinweg. Diese sind: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Diese lassen sich den Grunddimensionen der körperlichen und psychischen Gesundheit zuweisen, auf diese Weise kann eine körperliche und psychische Summenskala errechnet werden (KSK, PSK). Das Instrument besteht aus zwölf Items mit unterschiedlichen Antwortformaten, z. B. „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ („ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“, „weniger gut“, „schlecht“) oder „Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ruhig und gelassen?“ („immer“, „meistens“, „ziemlich oft“, „manchmal“, „selten“, „nie“). Das Scoring und die Berechnung erfolgten gemäß dem Manual (Morfeld et al., 2011).

Abschließend erfolgte ein Pretest beider Fragebögen mit fünf teilnehmenden pflegenden Angehörigen zur Überprüfung des ersten Bogens und mit vier pflegenden Angehörigen zur Überprüfung des zweiten Fragebogens. Nähere Informationen zur Methodik des Pretests finden sich im Kapitel 3.3.1. Im Anschluss wurden beide Fragebögen entsprechend den Rückmeldungen überarbeitet.

Im Rahmen der Fragebogenerhebung sind 146 t0-Fragebögen (Rücklaufquote: 81,56 %) und 97 t1-Fragebögen (Rücklaufquote: 64,24 %) eingegangen und konnten in die Analyse eingeschlossen werden. Eine Stichprobenbeschreibung erfolgt in Kapitel 6.5.2.2.

Quantitative Datenanalysen: Assessment bzw. Sekundärdatenanalyse

Im Zusammenhang mit dem Ziel, erste Wirkungstendenzen zu erfassen, sollten im Hinblick auf das Wirkmodell des Rahmenkonzeptes zur Verbesserung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person Sekundärdaten der Pflegeeinrichtung genutzt werden. In Absprache mit allen Einrichtungen, die im Rahmen der Konzeptentwicklung beteiligt waren, konnte die SIS als von allen durchge-

fürtes Assessment in den Pflegeeinrichtungen identifiziert werden. Die Themenfelder des Assessments beruhen auf dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA), welches die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person zur Ermittlung des Pflegegrades in den Blick nimmt (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen [MDK], 2019). Da nicht davon ausgegangen wurde, dass der dreiwöchige Aufenthalt einen Einfluss auf den Pflegegrad nehmen würde, wurden drei thematische Schwerpunkte des Instrumentes entsprechend dem Wirkmodell ausgewählt: Mobilität und Bewegung, Kognition und Kommunikation sowie Selbstversorgung. Da eine Einrichtung originär kein Assessment durchführte und hier keine Sekundärdaten bezogen werden konnten, wurde ein Assessmentbogen mit den drei ausgewählten thematischen Schwerpunkten ausgearbeitet, mit einer Codierung versehen und zusammen mit einer Selbstschulung der Einrichtung zur Verfügung gestellt. Vorab wurde für diese Veränderung des Vorgehens ein Amendment zum Ethikantrag gestellt, welches am 12. November 2021 das ethische Clearing erhielt. Die Bewertung erfolgte während des Aufenthaltes der pflegebedürftigen Person in dem Begleitangebot durch die Pflegefachkräfte zu Beginn und zum Abschluss. Die Sekundärdaten sowie das Assessment wurden der Hochschule Bielefeld von den Einrichtungen zur Auswertung anonym und für jede Person für einen intraindividuellen Vorher-nachher-Vergleich zusammengefügt übermittelt. Im Folgenden werden die Begriffe Sekundärdaten und Assessment unter letzterem Begriff zusammengefasst.

Zur Berechnung wurden Summenwerte für jedes Modul auf den zugrunde liegenden Punktwerten des NBA gebildet, sofern alle Werte einer Skala vorlagen. Von einer weiteren Umrechnung in einen gewichteten Punktwert wurde abgesehen, da die Ermittlung des Pflegegrades irrelevant und mit drei ausgewählten Skalen nicht möglich war. Grundlegend sind die Ergebnisse so zu verstehen, dass ein höherer Wert angibt, dass die pflegebedürftige Person weniger selbstständig ist bzw. mehr Hilfe benötigt. Die Einordnung der Begutachtungsergebnisse der Module in die Bereiche „keine“, „geringe“, „erhebliche“, „schwere“ sowie „vollständige“ Beeinträchtigung der Selbstständigkeit/Fähigkeit in dem jeweiligen Bereich erfolgte entlang dem NBA (MDK, 2019).

Insgesamt sind 144 Assessmentbögen (Rücklaufquote (90,57 %)) eingegangen und in die quantitative Analyse eingeschlossen worden.

Qualitative Datenanalyse: Interviews mit pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Personen

Die Rekrutierung der pflegenden Angehörigen für telefonische Einzelinterviews fand wie in Kapitel 3 beschrieben statt. Für die Telefoninterviews mit den Pflegepersonen wurden alle pflegenden Angehörigen über 18 Jahre, die eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme gemeinsam mit ihrer/ihrem pflegebedürftigen Angehörigen in Anspruch genommen haben, angefragt. Hierzu erhielten die Personen ca. vier Wochen nach dem Aufenthalt eine Postkarte mit Kontaktdaten der Hochschule Bielefeld gemeinsam mit dem zweiten Fragebogen.

Für die Telefoninterviews mit pflegebedürftigen Personen wurden

- pflegebedürftige Personen über 18 Jahre, die ein parallel zur Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme der/des pflegenden Angehörigen stattfindendes Begleitangebot nutzen,
- kognitiv in der Lage waren, sich nach einem Zeitraum von ein bis zwei Wochen an den Aufenthalt zurückzuerinnern
- und zudem ein 15–30-minütiges Telefongespräch führen konnten,

zum Abschluss des Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung gezielt durch die Pflegekräfte angesprochen. Sie informierten entsprechende Personen bereits vor Ort über die Studie und den Ablauf des Telefoninterviews und verteilten eine Interessenpostkarte. Interessierte pflegebedürftige Personen bzw. deren Pflegepersonen sowie interessierte pflegende Angehörige konnten sich auf freiwilliger Basis telefonisch oder per E-Mail bei der Hochschule Bielefeld melden, wurden erneut informiert und erhielten vor Terminvereinbarung ein Aufklärungsschreiben sowie eine Einwilligungserklärung zur Audioaufnahme des Gespräches.

Die Rekrutierung der pflegebedürftigen Personen stellte sich ebenso wie bei den Fokusgruppeninterviews als Herausforderung dar. Dies lag zum einen daran, dass aufgrund des hohen Anteils demenziell erkrankter Personen in der Stichprobe nur wenige die Einschlusskriterien erfüllten. Zudem könnte auch der Zeitpunkt der Kontaktierung unpassend gewesen sein, da pflegende Angehörige in den Interviews berichteten, dass die Abreise und das Ankommen in der eigenen Häuslichkeit mit Anstrengung verbunden waren und ggf. das Interview in Vergessenheit geraten ist oder die aktive Interessenbekundung eine zu große Hürde dargestellt hat.

Insgesamt wurden zehn leitfadengestützte Telefoninterviews mit pflegenden Angehörigen und zwei mit pflegebedürftigen Personen geführt. Die Dauer der Interviews variierte bei den Gesprächen mit pflegenden Angehörigen zwischen 31 und 48 Minuten, bei den pflegebedürftigen Personen zwischen neun und 28 Minuten und erfolgte entsprechend dem im Vorfeld entwickelten Interviewleitfaden. Die Fragen waren inhaltlich auf die Validierungsschwerpunkte der Umsetzung, der Akzeptanz und des subjektiven Nutzens festgelegt und den thematischen Schwerpunkten Zugang, gemeinsame Angebote, Begleitangebot, Gründe für einen gemeinsamen Aufenthalt sowie Nutzen des Aufenthaltes zugeordnet. Der Inhalt entspricht somit hinsichtlich der Validierungsschwerpunkte und des übergeordneten Themenbereichs dem Aufbau des Fragebogens, sodass die Ergebnisse beider Analysen gemeinsam als Grundlage zur Validierung und Überarbeitung des Rahmenkonzeptes dienen. Zudem wurden zum Abschluss des Interviews soziodemografische Daten auf freiwilliger Basis erfragt, die im nachfolgenden Kapitel berichtet werden. Die Auswertung erfolgte entsprechend dem in Kapitel 3.3 erklärtem Vorgehen.

5.4.2 Ergebnisse

Was für die Umsetzung eines Begleitangebotes aus Nutzer*innenperspektive entscheidend ist, ist die zentrale Frage im Rahmen der Validierung. Um diese zu beantworten, wurden wie vorangehend geschildert, die Rückmeldungen pflegender Angehöriger und pflegebedürftiger Personen aus der Fragebogenerhebung und den Interviews berücksichtigt. Auf Grundlage der qualitativen Datenanalyse sind Gelingensbedingungen für eine nutzer*innenorientierte Umsetzung abgeleitet worden, die durch die Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse gestützt und ergänzt wurden und nachfolgend gemeinsam dargestellt werden. Sie basieren auf Aussagen, die mit der Zufriedenheit der Unzufriedenheit des Tandems verbunden sind oder sind Schlussfolgerungen daraus. Zudem sind die geäußerten Wünsche der Befragten einbezogen. Die Gelingensbedingungen sind im folgenden Unterkapitel jeweils abschließend dargestellt. Eine ausformulierte Übersicht befindet sich im Anhang 14. Aspekte, die mit der Unzufriedenheit zusammenhängen, skizzieren die Herausforderungen der Erprobung. Im Folgenden werden vorab die Stichprobe der Fragebogenerhebung und der Interviews (6.5.2.3.1) sowie die Gelingensbedingungen gemeinsam mit den Herausforderungen für den Zugang (6.5.2.3.2), das Begleitangebot (6.5.2.3.3), die gemeinsam genutzten Tandem- bzw. Interaktionsangebote (6.5.2.3.4), die Kontextfaktoren (6.5.2.3.5) sowie die subjektive Bewertung und der Nutzen (6.5.2.3.6) dargestellt.

5.4.2.1 Stichprobenbeschreibung

Welche Personen nehmen ein „Tandem-Angebot“ in Anspruch?

Entsprechend den quantitativen Ergebnissen der Erprobung nehmen meist ältere Pflegepaare, die in einem engen familiären Verhältnis stehen und in einem gemeinsamen Haushalt leben, zumeist (Ehe-)Paare, einen stationären Aufenthalt gemeinsam als Tandem in Anspruch. Etwa drei Viertel der pflegenden Angehörigen sind weiblich und übernehmen seit durchschnittlich 5,5 Jahren die häusliche Pflege. Alle pflegebedürftigen Personen haben mindestens einen Pflegegrad 2, die Mehrheit weist einen Pflegegrad 3 oder 4 auf (s. Tab. 11, S. 123). Als Gründe für die Pflegebedürftigkeit wird am häufigsten eine demenzielle Erkrankung (62,86 %) angegeben. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen des Assessments wider, hier liegt der Schwerpunkt der Beeinträchtigung

überwiegend in den Bereichen kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten und in der Selbstversorgung weniger im Bereich der Mobilität (s. Tab. 14, S. 156).

Tab. 11: Soziodemografische Beschreibung der t0-Stichprobe

Begleitangebot (Pflegeeinrichtung: Kurzzeitpflege/Tages- pflege)		pflegebedürftige Person, t0 (n = 146) n (%)	Fehlende Werte t0 n
Alter		MW ¹ : 78,08 Jahre (SD ² : 8,5; Range: 48–99)	2
Geschlecht	weiblich männlich	38 von 143 (26,6 % ³) 105 von 143 (73,4 %)	3
Pflegegrad	Pflegegrad 0 Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5:	0 von 144 (0 %) 0 von 144 (0 %) 18 von 144 (12,5 %) 68 von 144 (47,2 %) 48 von 144 (33,3 %) 10 von 144 (6,9 %)	2
gemeinsamer Haus- halt	ja nein	136 von 143 (95,1 %) 7 von 143 (4,9 %)	3
Stationäre Maßnahme (Vorsorge/Rehabilitation)		pA t0 (n = 146) n (%)	Fehlende Werte t0 n
Alter		MW: 73,67 Jahre (SD: 8,6; Range: 45–90)	2
Geschlecht	weiblich männlich	113 von 144 (78,5 %) 31 von 144 (21,5 %)	2
Beziehung zur pflege- bedürftigen Person	(Ehe-)Partner/in Tochter/Sohn Mutter/Vater Schwiegertoch- ter/-sohn Sonstiges	129 von 143 (90,2 %) 7 von 143 (4,9 %) 4 von 143 (2,8 %) 0 von 143 (0 %) 3 von 143 (2,1 %)	3
Dauer der Pfl egetätig- keit		MW: 5,5 Jahre; Md ⁴ : 4,0 (SD ³ : 5,26; Range: 1–48)	9
weitere Unterstützung bei der Pflege	ja nein	76 von 140 (54,3 %) 64 von 140 (45,7 %)	6
Bei kategorialen Variablen sind in Klammern die gültigen Prozente und bei numerischen Variablen die Standardabweichungen vom Mittelwert angegeben.			
¹ MW: Mittelwert			
² SD: Standardabweichung			
³ alle Prozentangaben: gültige Prozente			
⁴ Md.: Median			

Die Stichprobenbeschreibung der Interviewteilnehmer*innen ist den nachfolgenden Tabellen (Tab.12 und Tab.13) getrennt nach den Interviews mit pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Personen zu entnehmen. An den Interviews nahmen pflegende Angehörige teil im mittleren bis gehobenen Alter und ca. doppelt so viele Frauen wie Männer. Überwiegend pflegen die Befragten ihre*n Ehepartner*in, der/die einen Pflegegrad 3 oder 4 und am häufigsten eine demenzielle Erkrankung und eine weitere körperliche Einschränkung aufweist. Die beiden Interviews mit pflegebedürftigen Personen wurden mit einer Frau und einem Mann im Alter von 52 und 75 Jahren mit einem Pflegegrad 3 und 4 geführt, die in einer geschwisterlichen bzw. in einer ehelichen Beziehung zu der informellen Pflegeperson stehen.

Tab. 12: Stichprobenbeschreibung der Interviewteilnehmer*innen/pflegende Angehörige (n = 10)

Soziodemografische Daten	Interviewte*r pflegende Angehörige
Alter	45–85 Jahre
Geschlecht	w: n = 7 ; m: n = 3
Familienstand	verheiratet: n = 9 ; verwitwet (mit Lebensgefährten/Lebensgefährtin): n = 1x
Kinder/Alter der Kinder	keine: n = 1; 1: n = 2; 2: n = 5; 3: n = 2 20 – 55 Jahre; keine Altersangabe: n=6
berufliche Tätigkeit/Arbeitszeit pro Woche	Rente: n = 5; erwerbstätig: n = 3; keine Angaben: n = 2 15–30 Stunden/Woche
Dauer der pflegenden Tätigkeit/durchschnittlicher Zeitaufwand pro Tag	2–9 Jahre vermutlich Vollzeitpflege (bis auf Zeit während Beruf/Kurzzeitpflege/Tagespflege): n= 6; 8–20 Stunden: n = 1; keine konkreten Angaben möglich: n = 3
Gesundheitszustand/Erkrankung	Erschöpfungszustände bis zu stärkeren psychischen Belastungen: n = 8; körperliche Symptomatik: n = 4
Verhältnis zum Pflegebedürftigen	Ehepartner: n = 7; Lebensgefährtin: n = 1; Kind: n = 3; Geschwister: n = 1
Wohnsituation/gemeinsamer/getrennter Haushalt	gemeinsamer Haushalt: n = 8; getrennter Haushalt: n = 2
Dauer des Aufenthaltes	3 Wochen: n = 7; 4 Wochen: n = 2; 5 Wochen: n = 1
Unterbringungsform	gemeinsame Unterbringung: n = 8; getrennte Unterbringung: n = 2
Soziodemografische Daten	Angaben zur pflegebedürftigen Person der/des Interviewten
Alter	45–90 Jahre
Geschlecht	w: n = 6; m: n = 6
Familienstand	verheiratet: n = 9; verwitwet: n = 2; ledig: n = 1
Pflegegrad	Pflegegrad [PG] 2: n = 1; PG3: n = 4; PG4: n = 6; PG5: n = 1
Gesundheitszustand/Erkrankung	Demenz: n = 8 ; körperliche Einschränkungen (darunter z. B. Mobilitätseinschränkungen, Herzprobleme, Z. n. Schlaganfall): n = 13; Einschränkung durch Hochaltrigkeit: n = 1; genetische Erkrankung: n = 1
bisherige Nutzung von Entlastungsangeboten/Tagespflege/Kurzzeitpflege	Tagespflege/Kurzzeitpflege: n = 6; ambulante Dienstleistungen: n = 3; persönliche Assistenz: n = 1
ID der Interviews: TIMP32, TIMP33, TIMP34, TIMP35, TIMP36, TIMP37, TIMP38, TIMP39, TIMP310, TIMP312	

Tab. 13: Stichprobenbeschreibung der Interviewteilnehmer*innen/pflegebedürftige Personen (n = 2)

Soziodemografische Daten	Interviewte pflegebedürftige Person
Alter	52 und 75 Jahre
Geschlecht	m: n = 1; w: n = 1
Familienstand	verheiratet: n = 1; ledig: n = 1
Dauer der Pflegebedürftigkeit	10 Jahre; 52 Jahre
Pflegegrad	PG3 und PG4
Gesundheitszustand/Erkrankung	Schlaganfall, Mobilitätseinschränkung, genetische Erkrankung, Sprachstörung
pflegende Personen/evtl. bisherige Nutzung von Entlastungsangeboten/Tagespflege/Kurzzeitpflege	Tagespflege; Angehörige ; Betreuerin
Verhältnis zum/zur pflegenden Angehörigen	Geschwister; Ehepartner*in
Wohnsituation gemeinsamer/getrennter Haushalt	gemeinsamer Haushalt: n = 1; getrennter Haushalt: n = 1
Dauer des Aufenthaltes	3 Wochen: n = 2
Unterbringungsform	gemeinsame Unterbringung: n = 1; getrennte Unterbringung: n = 1
ID der Interviews: TIMP31, TIMP311	

5.4.2.2 Zugang zu Begleitangeboten (Gelingensbedingungen)

Aus welchen Gründen entscheiden sich Pflegepaare für einen gemeinsamen Aufenthalt?

Die meisten Paare entscheiden sich für eine gemeinsame Reise, weil die zeitgleiche Versorgung der pflegebedürftigen Person die einzige Möglichkeit ist, eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen, 81,7 % stimmten dieser Aussage in der schriftlichen Befragung genau zu (s. Anhang 9). Circa 86 % der pflegenden Angehörigen gaben zudem an, dass es nicht in Frage gekommen wäre, die Maßnahme allein in Anspruch zu nehmen. Daneben war es pflegenden Angehörigen wichtig, jederzeit Kontakt zu der pflegebedürftigen Person aufnehmen zu können (61,4 % stimmten genau zu) oder gemeinsam Tipps für die Pflegesituation zu lernen/praktisches Wissen für zu Hause mitnehmen zu können (59,9 %: stimmten genau zu). Hintergründe sind beispielsweise, dass eine mindestens dreiwöchige Trennung aufgrund der nahen zumeist jahrelangen Beziehung nicht vorstellbar ist, die Angst vor einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der pflegebedürftigen Person oder auch, dass eine Betreuung durch Familienangehörige in der eigenen Hauslichkeit nicht möglich ist oder wegen der hohen Belastung nicht „zugemutet“ werden möchte.

„Und ich wollte-, ich meine, ich hätte alleine ja schon länger in Kur gehen können. Aber das hätte für meinen Lebensgefährten bedeutet, dass er ins Heim muss. Weil seine Kinder können die Pflege, die ich hier mache, nicht erbringen. Die sind berufstätig, haben Familie und die Tochter wohnt in Nürnberg. Also, das ginge nicht. Dann müsste er ins Heim. Und ich weiß, bei Demenzpatienten ist das ganz kritisch, wenn man die aus der gewohnten Umgebung herausnimmt. Und das kann also einen erneuten Demenz-Schub hervorrufen. Und da habe ich gesagt, dann habe ich ja im Endeffekt nichts davon, wenn es ihm, wenn ich wiederkomme, schlechter geht als vorher. Und daher war die Lösung, gemeinsam in Kur die einzige Möglichkeit.“ (TIMP38, Pos. 262–271)

„Aber ich hatte den Wunsch geäußert, sie mitzunehmen, weil ich so lange, 20 Tage, ohne sie zu sehen oder mit ihr zu sprechen-, und dann halt auch unsere Schwiegertochter, also unsere Tochter, und auch meine Tochter, die Enkeltochter genauso, die sind beide berufstätig und denen wollte ich nicht noch zusätzlich diese Belastung, sich noch um [Personenname] zu kümmern, eben aufbürden, obwohl sie gesagt haben: ‚Lass sie lieber hier, das schaffen wir schon.‘ Aber ich wollte es einfach nicht, ich wollte sie einfach in meiner Nähe haben.“
(TIMP33, Pos. 66–73)

Eine pflegebedürftige Person beschreibt es folgendermaßen „[...] dass das sehr gut ist in der Nähe meiner Frau.“ (TIMP31, Pos. 41)

Auf der anderen Seite wird die gemeinsame Zeit auch als Chance angesehen, eine erholsame und abwechslungsreiche Zeit als Tandem zu verbringen ohne die Belastungen/Pflegeaufgaben des Alltags.

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

Darüber hinaus ist auch die Unterbringungsform, d. h., ob das Tandem in derselben Einrichtung, im selben Zimmer oder getrennt von der/dem pflegenden Angehörigen in einer nahegelegenen Kurzzeitpflege untergebracht ist, ein grundlegendes Entscheidungskriterium im Kontext der Inanspruchnahme.

„Das war das Wichtigste für mich [Unterbringung im selben Zimmer]. Ohne-, also ohne meinen Mann jetzt neben mir im Bett-. Oder nicht neben mir im Bett, sondern Bett an Bett, ja, das war-. Genau. Das war das Wichtigste, das war das Wichtigste für uns.“ (TIMP34, Pos. 81–83)

Welche Herausforderungen zeigen sich im Bereich des Zugangs?

Den meisten Pflegepersonen ist eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme speziell für pflegende Angehörige sowie die Möglichkeit eines gemeinsamen Aufenthaltes unbekannt. Die Befragten berichteten, dass sie bspw. durch den Pflegedienst, die Krankenkasse oder durch einen Flyer auf die Möglichkeit einer Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme für pflegende Angehörige hingewiesen oder auf das Angebot, gemeinsam reisen zu können, aufmerksam gemacht wurden. Die anschließende Suche nach einer geeigneten Einrichtung mit passender Unterbringungsform wurde vielfach als schwierig geschildert, da wenig Tandem-Angebote in der Versorgungslandschaft vorhanden sind und die gemeinsame Unterbringung häufig nicht möglich ist. Zudem sind die Informationen zur Unterbringungsform der pflegebedürftigen Person nicht immer ersichtlich, sodass es den telefonischen Kontakt zu der Einrichtung benötigt.

„Ich hab selber recherchiert. Ich habe bei vielen Reha-Kliniken angerufen, ob ich da meinen Mann mitnehmen kann, weil er pflegebedürftig ist. Alle haben nein gesagt. ‚Kann man Ihnen denn bei Ihnen zusammen unterbringen, dass wir beide eine Reha machen.‘ ‚Nein, das würde nicht gehen. Ich sollte ja zur Ruhe kommen und mein Mann nicht.‘ Also, dann fielen diese kompletten Rehas aus. Dann bin ich bei der [Name der Klinik] angekommen. [...] Und das war halt dann auch so mit [Name des Pflegeheims] zusammen. Und dann habe ich da telefoniert und bei der [Name der Klinik], auch nochmal hin und her telefoniert und so bin ich also durch Eigenrecherche dazu gekommen.“ (TIMP312, Pos. 32–40)

„[...] es sollte mehr Kliniken geben [...] Aber es gab auch-, also im Grunde genommen, gab es auch nichts anderes, wo man hinfahren konnte, wo mein Mann und ich jetzt in einem Zimmer hätten wohnen können. Also gab es halt auch keine Alternative [...].“ (TIMP34, Pos. 70–76)

Auch die Beantragung der Maßnahme und die Vorbereitungen vor Anreise, wie bspw. das Packen oder die Reaktion der pflegebedürftigen Person auf die Vorbereitungen, werden vielfach als aufwendig und belastend erlebt. Besonders herausfordernd ist hier der doppelte Organisationsaufwand, der nicht nur für die eigene Person, sondern in allen Bereichen auch für die pflegebedürftige Person bedacht werden muss.

Die Pflegepaare schilderten daher, sowohl bei der Suche als auch bei der Beantragung und Vorbereitung der Maßnahme Unterstützung u. a. durch Familienangehörige oder auch Krankenkassen, Kurberatungsstellen oder die Einrichtungen selbst in Anspruch genommen zu haben. Die kooperierenden Einrichtungen informieren über den Aufenthalt vorab mittels Informationsmaterialien sowie per Telefon. Hierbei werden zudem offene Fragen/Wünsche zum Aufenthalt und Bedarfe wie bspw. Hilfsmittel/Heilmittel, Unterbringung etc. abgeklärt. Ein telefonisches Gespräch mit der Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung sowie der Pflegeeinrichtung, in welchem alle wichtigen Fragen zum Aufenthalt in der jeweiligen Einrichtung geklärt werden können, erachteten nahezu alle Befragte als wichtig (s. Abb. 35, S. 128)

Vorbereitung auf die Reha/Vorsorge: Wie wichtig war Ihnen das?

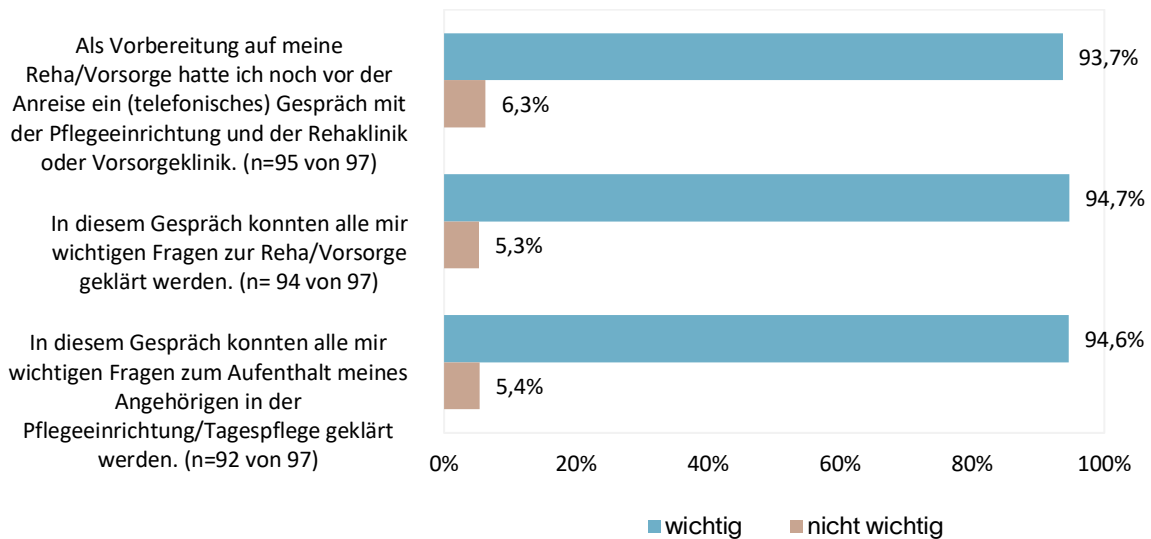


Abb. 35: Vorbereitung auf die Reha/Vorsorge: Wichtigkeit

Allerdings wird in der Befragung deutlich, dass hinsichtlich der Häufigkeit von Vorgesprächen mit den Einrichtungen ein unterschiedlicher Bedarf besteht und teils ein mehrmaliger Kontakt notwendig ist, um alle Anliegen zu klären. Zudem ist eine Beratung/Unterstützung zu bzw. bei der Anreise gewünscht.

„Ich habe ziemlich oft angerufen. Und die, mit denen, wo ich telefoniert habe, die waren sehr, sehr zuvorkommend. Ich hatte ja schon etliche Fragen gehabt. Und die konnte mir alle, jegliche Auskunft geben, ja.“
(TIMP36, Pos. 302–304)

Das Ankommen in der Einrichtung wird aufgrund der langen Reise, der Ungewissheit wegen der neuen Situation sowie der fremden Umgebung häufig von beiden Personen des Tandems als belastend empfunden. Pflegende Angehörige berichteten, dass sie meist ein paar Tage/die erste Woche benötigen, um anzukommen. Für die pflegebedürftige Person dauert das Ankommen in der Einrichtung häufig länger (s. Kap. 6.5.2.3 Begleitangebot).

„Also ich bin da angekommen, total gestresst, nervös, Angst, dann, ja, man war so fremd irgendwo, man wusste nicht, was da auf einen zukommen wird und ja, und dann ging das halt so. Die erste Woche hatte man so ein bisschen Probleme, nicht Probleme, so dieses, wo sind wir? Und dann fing das eigentlich an mit den Therapien, mit den Gesprächen, mit dem Sport. Dann hatte man sich eingelebt, so mit dem Essen. Man hatte eine Clique gefunden. Danach war es in Ordnung. Also die erste Woche war so fremd, aber danach war gut.“
(TIMP312, Pos. 8–14)

Welche Gelingensbedingungen sind für den Zugang entscheidend?

Für den Zugang ist es daher empfehlenswert, zukünftig entsprechende Angebote vermehrt zu bewerben und gezielt auf die verschiedenen Unterbringungsformen hinzuweisen.

Außerdem verdeutlichen die Interviewaussagen, dass einem geringen Angebot an Tandemmaßnahmen in der Versorgungslandschaft ein Bedarf durch die beschriebene Stichprobe, die mehrheitlich nicht ohne den/die pflegebedürftige/n Angehörige*n eine Maßnahme in Anspruch nehmen würde, gegenübersteht. Daher ist es bedeutsam, das Tandem-Angebot mit der Möglichkeit einer gemeinsamen und getrennten Unterbringung in der Versorgungslandschaft bedarfsgerecht auszubauen.

Zudem benötigen Tandems Unterstützung bei der Beantragung und Suche nach einem passenden Tandem-Angebot und bei der Vorbereitung auf den Aufenthalt. Hierzu sollten Multiplikator*innen wie Krankenkassen, Pflegekassen etc. einbezogen und sollte das Tandem an Beratungsstellen verwiesen werden. Vor Anreise ist die Unterstützung durch die Vorsorge-/Rehabilitationsklinik sowie Pflegeeinrichtung entscheidend, um alle offenen Fragen zum Aufenthalt, zur Antragstellung und zur Anreise zu klären sowie Bedarfe/Wünsche zu erfragen und zu berücksichtigen. Die Mitarbeitenden sollten sich mit dem Angebot gut auskennen und das Tandem freundlich und engagiert beraten sowie auf individuelle Bedarfe eingehen.

Um sich in der Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung einzugewöhnen, benötigen pflegende Angehörige meist die ersten Tage. Für die pflegebedürftige Person hingegen dauert das Ankommen in dem Begleitangebot meist länger und gelingt schwieriger, bspw. aufgrund der neuen Umgebung, der fehlenden Vorerfahrung mit Betreuungsangeboten, der Trennung von der/dem pflegenden Angehörigen, der zeitlichen Begrenzung des Aufenthaltes oder einer anderen Muttersprache. Daher sollte das Tandem insbesondere in der ersten Zeit durch die Einrichtungen unterstützt und die individuelle Zeit für das Ankommen beachtet werden.

Eine Übersicht der beschriebenen Gelingensbedingungen des Zugangs zeigt folgende Abbildung 36.

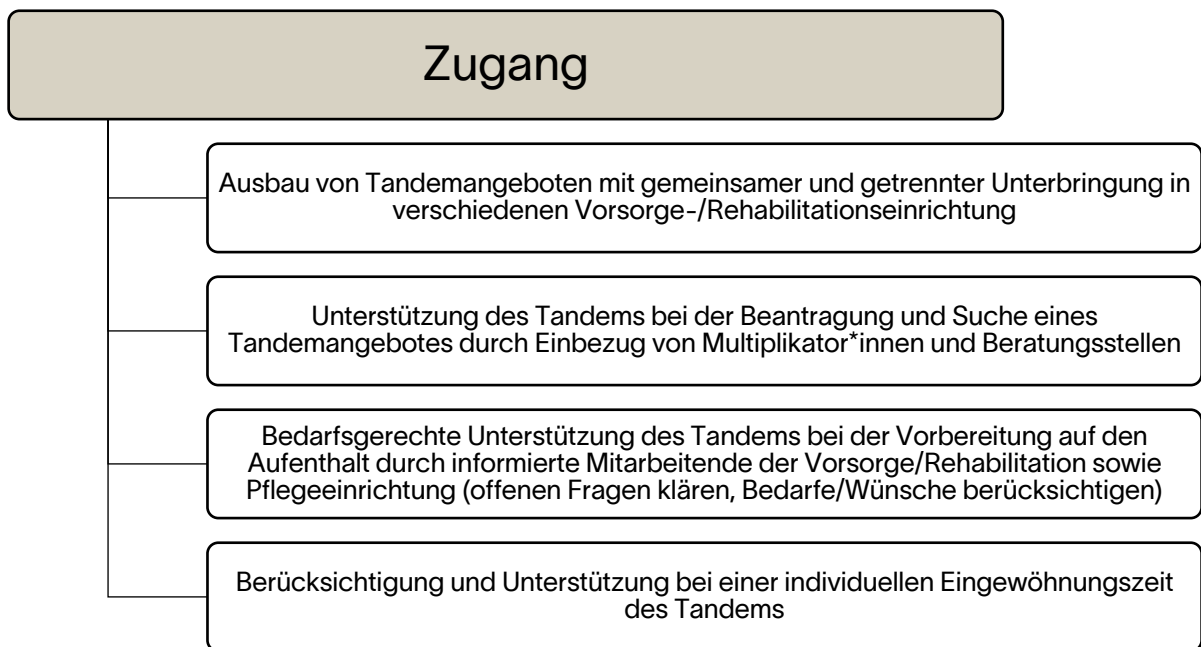


Abb. 36: Gelingensbedingungen: Zugang zu Begleitangeboten

5.4.2.3 Gelingensbedingungen für ein nutzer*innenorientiertes Begleitangebot

Welche Herausforderungen zeigen sich bei den **Angeboten** im Rahmen des Begleitangebotes?

Im Rahmen des Begleitangebotes finden überwiegend Beschäftigungsangebote (Spielen, Quiz etc.) sowie mobilitätsfördernde Maßnahmen (z. B. Gymnastik oder Kegeln) statt. Für pflegende Angehörige ist hier die Menge/Anzahl der Angebote für die pflegebedürftige Person ein entscheidendes Kriterium für die Zufriedenheit. Mit einem unzureichenden Angebot, d. h., die pflegebedürftige Person nimmt zu wenig Angebote, keine Angebote oder keine Angebote im Außengelände wahr, ist das Tandem unzufrieden.

*„Was überhaupt nicht stattgefunden ist, sie sind kein einziges Mal rausgegangen, [...]. Das fand ich ganz, ganz schade, weil meine Mutter ist dann kaum vor die Tür gekommen, weil wenn man sie 16 Uhr abholte, wurde es dunkel. [...].“
(TIMP310, Pos. 190–195)*

Daneben werden therapeutische Maßnahmen selten vorgehalten und können z. T. nicht durch hauseigene Therapeut*innen für die pflegebedürftigen Personen erbracht werden, sodass deren Umsetzung mit einem erhöhten Aufwand für pflegende Angehörige verbunden ist. Das Tandem muss bei Bedarf entsprechende Angebote wie bspw. Massagen oder Lymphdrainage in einer therapeutischen Praxis organisieren und selbst finanzieren oder eine Heilmittelverordnung von zu Hause mitbringen. Angebote aus dem Bereich der Heilmittel wünschen sich Pflegepersonen allerdings für ihre pflegebedürftigen Angehörigen, weil sie diese bspw. in der eigenen Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme positiv und hilfreich erleben oder regelmäßig genutzte Therapien in der Häuslichkeit während des Aufenthaltes nicht pausieren sollen.

„Ja. Aber was ich eben vermisst habe, wenn jetzt bei den Angehörigen irgendwas ist. Wie jetzt zum Beispiel Lymphdrainage. Mein Mann bekommt zu Hause dreimal in der Woche eine Stunde im Hausbesuch Lymphdrainage. Dafür hatte ich auch eine Verordnung mitgenommen. Aber die Therapeuten, die da sind, sind für die Kurgäste zuständig. Und nicht für die Angehörigen. Dann hatte ich organisiert von zu Hause aus schon noch, weil sie mir das gesagt hatten, das geht nicht, eine Physiotherapie aus dem Ort aus [Ortsname]. Und die kam dann ins Zimmer. Also das war was, was ich eben nicht schön fand. Ja. Dass die Therapeuten dort im Haus keine Zeit haben dann für irgendwelche Sachen mal.“ (TIMP32, Pos. 91–99)

Auch die individuelle Ausrichtung von Angeboten kann eine Herausforderung darstellen. Konzeptuell vorgesehene feste Gesprächs- und Assessmentstrukturen zu drei festgelegten Zeitpunkten werden nicht vollumfänglich umgesetzt und die Bedarfserhebung und der partizipative Einbezug der pflegebedürftigen Person in die Maßnahmenplanung während des Aufenthaltes sind teils krankheitsbedingt nicht möglich. Daher erfolgt die Berücksichtigung unterschiedlicher Bedürfnisse/Bedarfe aufgrund unterschiedlicher Fähigkeiten oder des Krankheitsstadiums etc. im Rahmen der beschäftigungs- und mobilitätsfördernden Angebote zum Teil durch eine Gruppeneinteilung. Es wird berichtet, dass bspw. durch die Aufteilung einer Gruppe demenziell erkrankter pflegebedürftiger Personen in eine „aktiver“ und in eine „weniger aktiver“ Gruppe aktivere Personen mehr den Fähigkeiten entsprechende Angebote in Anspruch nehmen und stärker betroffene pflegebedürftige Personen „intensiver“ betreut werden können.

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

Die Bildung von Gruppen ermöglicht zudem den Kontakt zu anderen pflegebedürftigen Personen, der teilweise durch pflegebedürftige Personen und pflegende Angehörige als positiv und wichtig beschrieben wird.

Eine pflegebedürftige Person erzählte bspw. „Zusammen war’s super toll – brauch ich gar nicht weiter zu reden.“ (TIMP31_220505, Z.: 17).

Auch eine befragte pflegende Angehörige berichtete, dass ihr pflegebedürftiger Angehöriger die Gemeinschaft positiv erlebt hat „[...] Also ich hatte das Gefühl, es tut ihr total gut, dieses-, mit den Menschen, die fuhr da rein: ‚Hallo, ich bin wieder da‘ [...].“ (TIMP310_20230315, Z.: 214–215)

Allerdings wird die Aufteilung ausschließlich nach kognitiven Fähigkeiten teilweise als unzureichend für eine individuelle und bedürfnisorientierte Ausrichtung empfunden, da Fähigkeiten und Einschränkungen nicht individuell gefördert (Mobilitätsförderung) bzw. gefordert (kognitive Fähigkeiten) werden können und auch die Berücksichtigung individueller Einschränkungen nur schwer möglich ist.

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

„Ja, dass man vielleicht eine kleinere Gruppe dann nimmt, mit der -, ja, mit der man das-, dann etwas macht. Denn wenn die Gruppe größer ist, gerade bei Demenzkranken, sie können mit zehn Demenzpatienten, können sie nicht so auf jeden Einzelnen eingehen. [...] Und wenn dann Parallelen sind, dass man sagt, so: Die zwei oder drei, die können wir mal zu einem Quiz-Nachmittag zusammennehmen. Und die anderen, mit denen können wir ein bisschen singen und Musik machen.“ (TIMP38, Pos. 402–411).

Die Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse zeigen ebenfalls, dass die Anzahl und Konzeption der Angebote eine bedeutsame Gelingensbedingung im Kontext des Begleitangebotes sind (s. Anhang 10). 95,3 % der Befragten gaben an, dass es ihnen wichtig war, dass die Angebote auf die Fähigkeiten des Angehörigen abgestimmt waren. Etwa die Hälfte der Befragten (51,8 %; 43 von 83) gab an, Verbesserungswünsche zum Begleitangebot zu haben, die sich am häufigsten als Wunsch nach mehr Angebot wie bspw. spazieren gehen/im Freien, Bewegungen/Gymnastik, Schwimm-

men/Wassergymnastik, gemeinsame Ausflüge, Singen, Spielen (16 von 83) sowie einer individuelleren Ausrichtung der Angebote „Fähigkeiten der pflegebedürftigen Personen sollen berücksichtigt und Angebote daran ausgerichtet werden (ggf. Physiotherapie)“ (9 von 83) darstellen.

Welche Gelingensbedingungen sind für **Angebote** im Rahmen des Begleitangebotes entscheidend?

Im Zusammenhang mit den Angeboten des Begleitangebotes ist es empfehlenswert, aus den Bereichen „Beschäftigung“ und „mobilitätsfördernde Maßnahmen“ mehrfach im Tagesverlauf ein vielseitiges Angebot vorzuhalten. Als besonders beliebte Angebote wurden auf die Frage „Welche Angebote haben Ihrem Angehörigen besonders gut gefallen?“ folgende genannt: Spiele wie Bingo, Kegeln, Gesellschaftsspiele (17 von 54), Bewegungsangebote wie spazieren gehen, Gymnastik etc. (12 von 54), Musik-Angebote, Singen (10 von 54), Gespräche/Gemeinschaft mit den anderen pflegebedürftigen Personen (10 von 54). Daneben sollte das Angebot durch therapeutische Anwendungen wie bspw. Massagen, Lymphdrainage, deren Organisation und Durchführung möglichst im Rahmen des Begleitangebots stattfindet, ergänzt werden.

Grundsätzlich sollten alle Angebote an den individuellen Fähigkeiten, Krankheitsbildern und -stadien sowie an den Interessen der pflegebedürftigen Person ausgerichtet sein, um sie individuell zu fördern, zu fordern und individuelle Einschränkungen zu berücksichtigen. Die Durchführung sollte mittels Kleingruppen und Einzelbetreuung erfolgen. Bei der Kleingruppenbildung ist es wichtig, genau nach individuellen Fähigkeiten und Krankheitsbildern zu differenzieren.

„Und, ja, für meinen Mann vielleicht doch die ein oder andere spezielle Betreuung. Ein bisschen Gedächtnistraining, Kopftraining, intensiver als es da in der Gruppe möglich war.“ (TIMP38, Pos. 397–399)

Eine Übersicht der beschriebenen Gelingensbedingungen des Begleitangebotes ist in nachfolgender Abbildung 37 dargestellt.

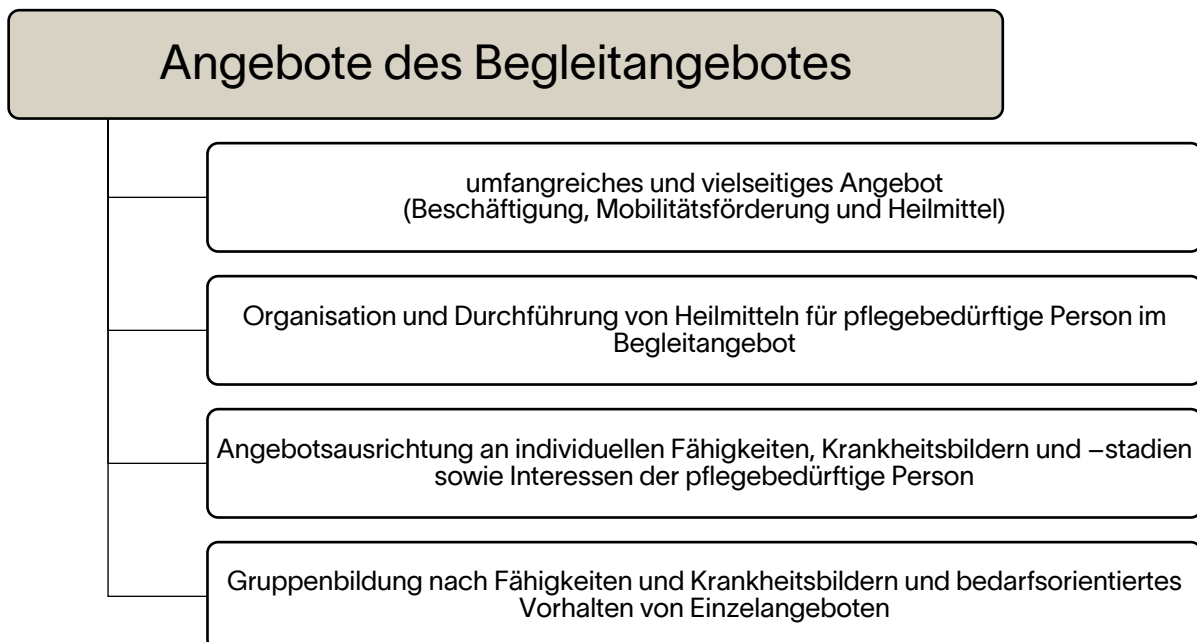


Abb. 37: Gelingensbedingungen: Angebote des Begleitangebotes

Welche Herausforderungen zeigen sich bei der **Betreuung/Versorgung** im Rahmen des Begleitangebotes?

Dass sich die pflegebedürftigen Personen in dem Begleitangebot wohl fühlen, ist für die Pflegepersonen elementar dafür, die eigene Vorsorge/Rehabilitation unbesorgt nutzen zu können.

„Er war gut aufgehoben, das war für mich das Wichtigste.“ (TIMP312, Pos. 134).

Alle Befragten gaben an, dass es ihnen wichtig ist, dass die pflegebedürftige Person in der Pflegeeinrichtung/Betreuung gut aufgehoben ist und sich wohl fühlt (100 %; 88 von 97). Als förderliche Voraussetzungen für das Wohlbefinden und die Eingewöhnung in der Gruppe wurden bspw. vorhergehende Erfahrungen mit Kurzzeitpflege/Tagespflege durch eine regelmäßige Nutzung am Wohnort angegeben, über welche 47,9 % (46 von 96) der Stichprobe verfügen. Darüber hinaus wurden eine „gute Aufnahme“ in der Gruppe, die zeitliche Begrenzung des Begleitangebotes, die „Charaktereigenschaften“ der pflegebedürftigen Person wie bspw. die „Gutmütigkeit“, „Fröhlichkeit“ sowie das Interesse, Zeit in Gesellschaft zu verbringen, als wichtig herausgestellt.

Nach dem Aufenthalt stimmten 64,2 % der Befragten der Aussage zu, dass die pflegebedürftige Person in der Pflegeeinrichtung/Betreuung gut aufgehoben war und sich wohl gefühlt hat, 24,2 % wussten es nicht und bei 11,6 % der Befragten traf dies nicht zu. Hintergrund für die eingeschränkte Zustimmung der Befragten war, dass die Eingewöhnungszeit zum Teil herausfordernd und für einen Teil der pflegebedürftigen Personen belastend war. Im Verhältnis zum begrenzten Aufenthalt konnte sie relativ lang andauern, in der Tagespflege die ersten Tage und in der Kurzzeitpflege die ersten Wochen. Hierfür können z. B. die räumliche Trennung von der/dem pflegenden Angehörigen, die unbekannte Umgebung in der Tagespflege/Kurzzeitpflege, Verständigungsschwierigkeiten aufgrund einer anderen Muttersprache oder auch das Verhalten der anderen pflegebedürftigen Personen des Begleitangebotes wie trennungsbedingte Traurigkeit/Weinen etc. ursächlich sein. Auch für pflegende Angehörige können die Eingewöhnungszeit und das Erleben anderer pflegebedürftiger Personen mit einem stärker fortgeschrittenen Krankheitsstadium als ihre eigenen Angehörigen belastend sein.

„Für meinen Lebensgefährten war es erst nicht so schön. Er ist eher zu Hause auch dreimal in der Woche in der Tagespflege. [...] Er kannte also da in der Kur dann den Gang zur Tagesbetreuung. Aber da waren halt noch einige, die noch nie in der Tagesbetreuung waren, auch dement, und die haben dann geweint. Und haben dann nach dem Partner gefragt und wollten nicht bleiben. Und mein Mann ist sehr sensibel. Der hat mitgelitten. Der hat die dann da weinen sehen. Und da musste sich dann auch intensiv darum gekümmert werden. Und insofern war es für ihn dann anfangs nicht so schön, weil ihn das so sehr beunruhigt hat. Dass da Menschen so leiden und weinen und so. Da kam er erst gar nicht so gut mit zurecht. Aber das hat sich dann von Tag zu Tag gebessert. Und er war dann da in guter Betreuung.“ (TIMP38, Pos. 84–94)

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

Der Vertrauensaufbau in der Tagespflege/Kurzzeitpflege ist daher ein bedeutsames Thema. Pflegende Angehörige berichteten, dass der Vertrauensaufbau teilweise schwer gelang und pflegebedürftige Personen teils unruhig waren und Wünsche hinsichtlich Angeboten o. Ä. oder Bedürfnisse

wie auf die Toilette zu müssen insbesondere in der ersten Zeit nicht gegenüber den Pflegekräften äußerten.

„Aber es war halt so, dass er sich am Anfang möglicherweise auch nicht getraut hat zu sagen: ‚Ich muss jetzt auf Toilette.‘ Weil gerade irgendein Programm war. Und er kann es einfach nicht mehr einhalten.“ (TIMP38, Pos. 175–177)

Eine Herausforderung im Hinblick auf den Vertrauensaufbau ist, dass die konzeptuell vorgesehene Verortung einer festen Ansprechperson (Lotsin/Lotse) für die pflegebedürftige Person, welche diese über den gesamten Aufenthalt begleitet und so den Vertrauensaufbau ermöglichen sollte, in den Einrichtungen nicht umgesetzt wird. Eine pflegebedürftige Person erzählte in diesem Zusammenhang auf die Frage, ob die Mitarbeitenden der Betreuung bekannt waren, dass das Pflegepersonal nicht „so richtig“ bekannt war und die Mitarbeitenden keine Zeit hatten und nicht ansprechbar waren.

„Nicht so richtig. [...] Ich wollte schon einige davon reden. Als ich -. Die sind an mir vorbeigerannt.“ (TIMP311, Pos. 62–65)

Mit der belastenden Situation einhergehend oder krankheitsbedingt kann teilweise auch die partizipative Einbindung der pflegebedürftigen Person erschwert sein. Die Festlegung von Zielen zu Beginn des Aufenthaltes erfolgt daher zumeist nicht allein mit der pflegebedürftigen Person, sondern gemeinsam mit dem Tandem. Während des Aufenthaltes berichteten die Befragten, dass ein Teil der pflegebedürftigen Personen Bedürfnisse und Wünsche kaum oder gar nicht äußern konnten.

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

In der Erprobung hat sich zudem gezeigt, dass pflegende Angehörige ein hohes Informationsbedürfnis hinsichtlich ihrer pflegebedürftigen Angehörigen und des Aufenthaltes in dem Begleitangebot haben. 94 % der Befragten gaben an, dass es ihnen wichtig ist, über die Angebote des/der Angehörigen unterrichtet zu werden. Sie interessieren sich bspw. für die in Anspruch genommenen Angebote, das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person, die Betreuung und Versorgung etc. Gespräche mit dem Pflegepersonal werden diesbezüglich oder auch bei dem Wunsch, eine Veränderung der Maßnahmen anzustoßen, meist durch pflegende Angehörige initiiert. Allerdings berichtete ein Teil der Befragten, dass es aufgrund der teils eingeschränkten Personalsituation schwierig war, eine Ansprechperson in der Pflegeeinrichtung/Betreuung zu kontaktieren. Zu den Besuchszeiten am Nachmittag oder Wochenende waren bspw. kaum Pflegekräfte in der Einrichtung oder das Pflegepersonal hatte keine zeitlichen Ressourcen für eine Rückmeldung.

„[Gesprächstermine] wurden nicht angeboten und man hat sich auch nicht getraut zu fragen. Weil wie gesagt, man kriegt bei jedem Abholen-, es war wieder

so viele heute und keine Leute und ja. Und dann sieht man zu, dass man schnell wegkommt da und nicht auch noch die Leute aufhält. Also das ist ein bisschen schade. Also diese Tagesbetreuungsgeschichte ist sehr strikt, sehr stringent und ja nicht sehr durchsichtig.“ (TIMP39, Pos. 53–58)

Daneben konnten die Inhalte des Begleitangebotes (Angebote, Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person etc.) im Rahmen der Angehörigen-Besuche in der Kurzzeitpflege selten miterlebt werden und pflegebedürftige Personen krankheitsbedingt (zumeist Demenz) nicht oder nur bedingt darüber berichten.

„Mein Mann war ja in der Tagesbetreuung und ich kann da -, das ist auch so, man kriegt eigentlich wenig Feedback, was dort mit dem Angehörigen passiert. Ich weiß überhaupt nicht, was da angeboten wurde oder was da gemacht wird. [...] Aber was da jetzt stattfindet für die Angehörigen, das kann ich Ihnen nicht sagen und mein Mann kann es mir nicht sagen, weil wenn ich ihn abhole, hat er es vergessen.“ (TIMP39, Pos. 24–32)

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

Welche Gelingensbedingungen sind bei der **Betreuung/Versorgung** im Rahmen des Begleitangebotes entscheidend?

Im Zusammenhang mit der Betreuung/Versorgung ist es elementar wichtig, dass Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person in den Mittelpunkt zu stellen, damit Pflegepersonen die eigene Vorsorge/Rehabilitation unbesorgt nutzen können. Besonders die Eingewöhnungszeit und der Vertrauensaufbau in der Tagespflege/Kurzzeitpflege sind in diesem Zusammenhang ein bedeutsames Thema und sollten v. a. bei pflegebedürftigen Personen, die keine „Vorerfahrung“ mit Betreuungsangeboten oder eine andere Muttersprache haben sowie bei einer getrennten Unterbringung, besonders berücksichtigt werden. Zudem deuten die Ergebnisse darauf hin, dass es teils sinnvoll, notwendig und u. a. Wunsch der pflegenden Angehörigen ist, die Pflegeperson während des Aufenthaltes einzubeziehen.

Außerdem ist eine zuverlässige Kommunikation mit den Mitarbeitenden des Begleitangebotes von Bedeutung. Zum einen sind eine bekannte Ansprechperson und zum anderen ein proaktives, regelmäßiges und transparentes Informieren durch die Pflegefachpersonen über Vorkommnisse wie bspw. Einnässen, Weglaufen des Angehörigen, über Inhalte des Begleitangebotes/in Anspruch genommenen Angebote oder das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Personen entscheidend. Für eine gelingende Kommunikation ist es wichtig, die Privatsphäre des Tandems zu berücksichtigen. Hierzu zählt, das Schamgefühl beider Personen zu beachten und einen „privaten/geschützten Rahmen“ für Angehörigengespräche zu wählen.

*„[...] Und das haben sie aber doch so gemacht, dass die anderen das nicht mitbekommen haben. Dass mein Mann sich nicht so schämen musste.“
(TIMP38, Pos. 170–171)*

Daneben tragen auch das Engagement der Mitarbeiter*innen, der „freundliche“ Umgang mit dem Tandem und das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen sowie das Fachwissen und die Erfahrung der Pflegekräfte im Umgang mit der pflegebedürftigen Person und mit der häuslichen Pflegesituation/den Pflegeaufgaben zum Wohlbefinden bei. Hervorgehoben wird z. B. das Erfüllen von Wünschen wie einen Brief zu schreiben, das Verstehen und Sprechen der Sprache der pflegebedürftigen Person mit einer anderen Muttersprache, der freundliche, unbeschwerte Umgang mit pflegebedürftigen Personen bei Beschäftigungsangeboten oder die kompetente Beantwortung von Fragen und die Unterstützung pflegender Angehöriger.

„Die hat man gesehen, die Leute sind wirklich gut drauf und auch freuen sie sich auf Gäste und sind auch gut gelaunt [...]“ (TIMP37, Pos. 147–148)

„[...] und egal, wann man etwas fragt, da haben die immer so eine Antwort und sind wirklich da im Haus da drin. Da sieht man, dass das ja nichts Neues für die sind.“ (TIMP37, Pos. 149–150)

Ferner sind der partizipative Einbezug der pflegebedürftigen Person in die Maßnahmenplanung und die Berücksichtigung ihrer Interessen/Vorlieben bei den Beschäftigungsangeboten sowie das Einhalten von Absprachen zu der Versorgung (bspw. Tabletteneinnahme etc.) und Zielen erforderlich und erwünscht. Hierfür sind ein „intensives Nachfragen“ durch die Pflegekräfte sowie ausreichend Zeit für die Gespräche notwendig. Als erkennbares Zeichen guter Versorgung gilt für pflegende Angehörige das Wahrnehmen einer zuverlässigen körperlichen Pflege und einer medizinischen Versorgung und einer Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln.

Eine Übersicht der beschriebenen Gelingensbedingungen der Betreuung/Versorgung im Rahmen des Begleitangebotes ist in nachfolgender Abbildung 38 (S. 137) dargestellt.

Betreuung/Versorgung im Rahmen des Begleitangebotes

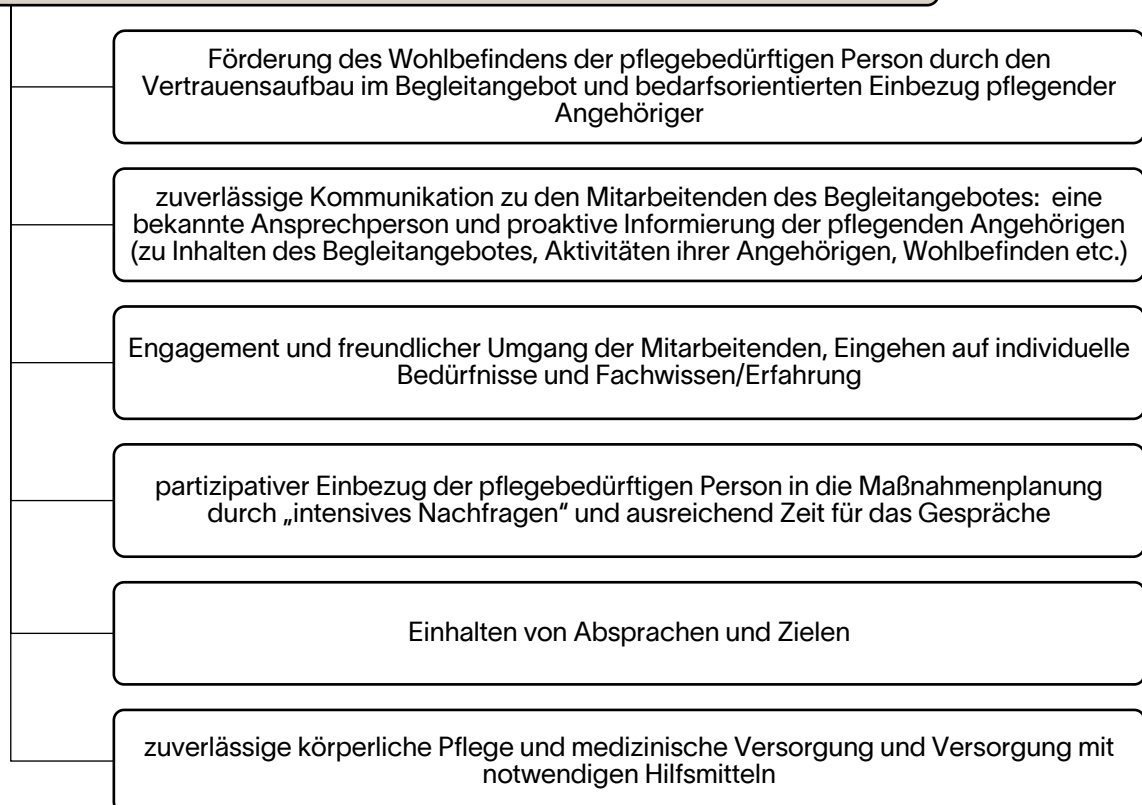


Abb. 38: Gelingensbedingungen: Betreuung/Versorgung im Rahmen des Begleitangebotes

Welche Herausforderungen zeigen sich bei den **Rahmenbedingungen** des Begleitangebotes?

Die eingeschränkte Personalsituation wird übergreifend als Problem geschildert und erschwert nicht nur die Umsetzung einer festen Ansprechperson, sondern ist auch für die bedarfsorientierte Umsetzung von Angeboten entscheidend. Sie wirkt sich u. a. aus auf die Anzahl der Angebote, ob Angebote im Außengelände stattfinden können, auf die bedarfs- und bedürfnisgerechte Umsetzung von Angeboten (Bildung von Kleingruppen gemäß den Fähigkeiten/Krankheitsbilder) sowie auf die Einhaltung und Umsetzung partizipativ aufgestellter Ziele. „Zu wenig Personal“ ist bei der schriftlichen Befragung der am häufigsten genannte Grund, wenn die Erwartungen des Tandems nicht erfüllt wurden (10 von 44). Darüber hinaus wurden eine unausgewogene Gruppenzusammensetzung (einseitiges Geschlechterverhältnis, zu viele demenziell erkrankte pflegebedürftige Personen, zu große Gruppe, sehr unterschiedliche Krankheitsstadien) (6 von 44), zu wenig Angebote (spazieren gehen, mobilitätsfördernde Maßnahmen) (5 von 44) und eine unzureichende Information über das Begleitangebot und Austausch mit dem Pflegepersonal (5 von 44) genannt.

„Was überhaupt nicht stattgefunden ist, sie sind kein einziges Mal rausgegangen, das haben sie einfach nicht geschafft, die ganzen Leute anzuziehen und mit ihnen rauszugehen, weil sie zu wenig waren.“ (TIMP310, Pos. 190-293).

„Also die Betreuung, die-. Das Traurige war, also was man sagen muss, dass eine der Betreuerinnen meiner Mutti, die am Anfang mit uns das Gespräch geführt hat, die ist dann krank geworden und auch von meiner Schwester, die war

dann leider krank und die hatten da ein bisschen mit Personal zu tun, also das war -. [...] Also die Ziele, die sie für meine Mutti hatten, dass sie sich an die Windeln gewöhnt, das haben sie nicht geschafft.“ (TIMP310, Pos. 185–199)

Daneben wird hinsichtlich der Organisation das unflexible Beharren auf Bring- und Abholzeiten als belastend und streng empfunden, da der feste Rhythmus an das enge zeitliche „Korsett“ des Pflegealltags erinnert. Eigene Anwendungen am Morgen und am Nachmittag können z. T. nicht ohne zeitlichen Stress oder aufgrund der zeitlichen Überschneidung gar nicht in Anspruch genommen werden. Eine flexible Organisation der Tagespflege wurde in diesem Zusammenhang als wichtige Voraussetzung für die Inanspruchnahmen eigener Angebote und für die eigene Entspannung/den Abstand vom Alltag angesehen.

„Und morgens ist es auch sehr strikt. Man muss um Viertel nach acht seinen Angehörigen abgeben. Und es wird nicht um 14 Minuten nach acht die Tür geöffnet, sondern Punkt viertel nach. Und wenn man dann um halb neun die erste Anwendung hat. Das heißt für mich, dass ich also in einer Viertelstunde in den Esssaal muss, essen muss und dann zur Anwendung. Das ist nicht schaffbar. Das ist nicht machbar. Das heißt, wenn ich so frühe Anwendungen habe, habe ich die ausfallen lassen, weil ich bin nicht da, um mich stressen zu lassen. Und mittags das Abholen genauso. Um 16 Uhr ist da Schluss. Wenn ich Punkt 16 Uhr da war, war mein Mann der letzte. Ja, also das ist schon sehr strikt [...].“ (TIMP39, Pos. 33–44)

Da die pflegerische Versorgung im Begleitangebot der Tagespflege durch die pflegenden Angehörigen selbst übernommen wird, wurden die Kosten für das Angebot teils als zu hoch empfunden. Auf der anderen Seite wurde bei einer Befragten deutlich, dass sie sich bei ihrem körperlich stark betroffenen pflegebedürftigen Angehörigen eine Unterstützung bei der körperlichen Pflege durch die Mitarbeitenden des Begleitangebotes gewünscht bzw. diese benötigt hätte. Höhere Kosten wären in diesem Fall akzeptabel, da eine „Pflegeleistung“ durchgeführt und der/die pflegende Angehörige entlastet wird.

„[...] aber ich habe dann später auch gedacht, weil die Klinik ja auch Geld für die Pflege bekommt. Und dann habe ich gedacht, na ja, das, was wir da irgendwie in erster Linie an Pflege bekommen haben, hat halt der ambulante Pflegedienst gemacht, meinen Mann gewaschen und dann haben die halt meinen Mann eben frisch gemacht, wenn er halt in der Betreuung war und das halt in der Betreuung erforderlich war oder den halt mal ins Bett gelegt und wieder aus dem Bett rausgeholt. Ja, genau. Und dann habe ich-, da habe ich dann irgendwie später mal so darüber nachgedacht und habe dann irgendwie gedacht, na ja, ich fand dann irgendwie für das Geld, das man dafür bezahlt hat, fand ich dann, habe ich jetzt nicht so viel bekommen. So. Aber wie gesagt, ich bin halt da auch wirklich erst ziemlich spät wach geworden und bin vielleicht auch irgendwie schlecht dann damit, irgendwas einzufordern oder hätte mich dann-, hätte dann gedacht: Nein, vielleicht ist das unverschämt. Man möchte ja nicht unverschämt sein.“ (TIMP34, Pos. 123–136)

Aktuell erfolgt die Finanzierung des Begleitangebotes über die Gelder für Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Hierüber wird zudem u. a. die regelmäßige wöchentliche Betreuung im Alltag oder

auch die Betreuung bei einer Erkrankung des/der pflegenden Angehörigen finanziert. Um die Kosten für das Begleitangebot zu bezahlen, verzichten pflegende Angehörige teils im Vorfeld auf weitere Unterstützungsangebote in ihrem Alltag, wie die Tagespflege, um über mehrere Monate die Entlastungsgelder anzusparen. Zudem können durch die Finanzierung des Begleitangebotes die Leistungen für ein Jahr verbraucht sein, sodass weitere Betreuungsangebote durch pflegende Angehörige nicht genutzt werden können oder selbst finanziert werden müssen. Folglich ist es schwierig, bspw. Termine in Anspruch zu nehmen oder bei eintretender Erkrankung der Pflegeperson eine Betreuung zu finanzieren.

„Ich hab im November habe ich angefangen, meinen Mann einmal in der Woche in die Tagespflege zu schicken. [...], damit dieses Entlastungsgeld/, -betrag gesammelt wird, dass das angespart wird. Dann kam halt die Reha. Das komplette Verhinderungsgeld für 2023 ist weg, [...] Ich kann also dieses Jahr überhaupt nichts mehr/. Ich darf nicht krank werden, sagen wir mal so.“ (TIMP312, Pos. 323-335)

Welche Gelingensbedingungen sind für die **Rahmenbedingungen** des Begleitangebotes entscheidend?

Pflegende Angehörige wünschten sich eine ausreichende Anzahl an Pflegekräften und Räumen, damit pflegebedürftige Personen individuell unterstützt, Gruppen zur Berücksichtigung unterschiedlicher Interessen und Bedürfnissen zusammengefasst sowie kleinere Gruppengrößen gebildet werden können.

„Dass da vielleicht, wenn da noch mehr Betreuung wäre, mehr Betreuerinnen, dass man da kleinere Gruppen machen kann. Und noch spezieller auf die Möglichkeiten des Einzelnen eingehen kann.“ (TIMP38, Pos. 405-407)

Zudem ist für die Inanspruchnahme von Angeboten der Vorsorge/Rehabilitation durch pflegende Angehörige die flexible Organisation des Begleitangebotes entscheidend. Hierzu zählt, das Angebot der Tagespflege flexibel zu nutzen bzw. nicht zu nutzen sowie eine gewisse Flexibilität hinsichtlich der Bring- und Abholzeiten.

Die Kosten des Angebotes sollten außerdem angemessen sein und den erbrachten Leistungen entsprechen. Wenn keine pflegerische Unterstützung notwendig ist, sollten sie niedriger ausfallen. Pflegepersonen mit körperlich stärker betroffenen pflegebedürftigen Angehörigen sollten im Rahmen der aktuellen Kosten bei der körperlichen Pflege mehr unterstützt werden. Zudem ist die Finanzierbarkeit des Angebotes eine wichtige Voraussetzung für die Inanspruchnahme und sollte nicht mit einem Verzicht von Unterstützungsangeboten vor der Anreise verbunden sein.

Die folgende Übersicht/Abbildung 39 (S. 140) zeigt die beschriebenen Gelingensbedingungen der Rahmenbedingungen des Begleitangebotes. Im Anschluss sind die gesamten beschriebenen Gelingensbedingungen des Begleitangebotes in Abbildung 40 (S. 141) zusammengefasst dargestellt.

Rahmenbedingungen des Begleitangebotes

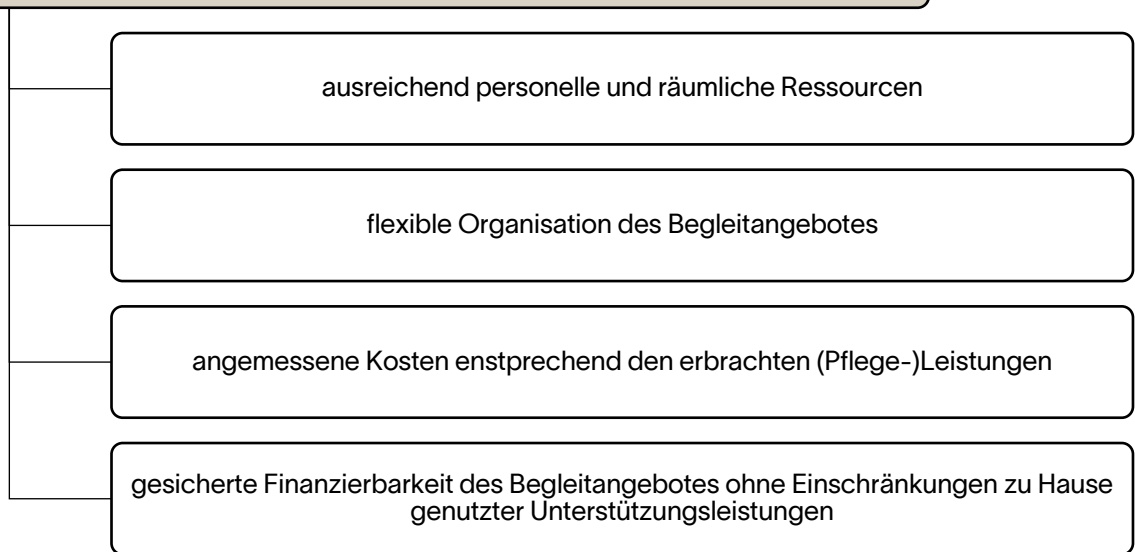


Abb. 39: Gelingensbedingungen: Rahmenbedingungen des Begleitangebotes

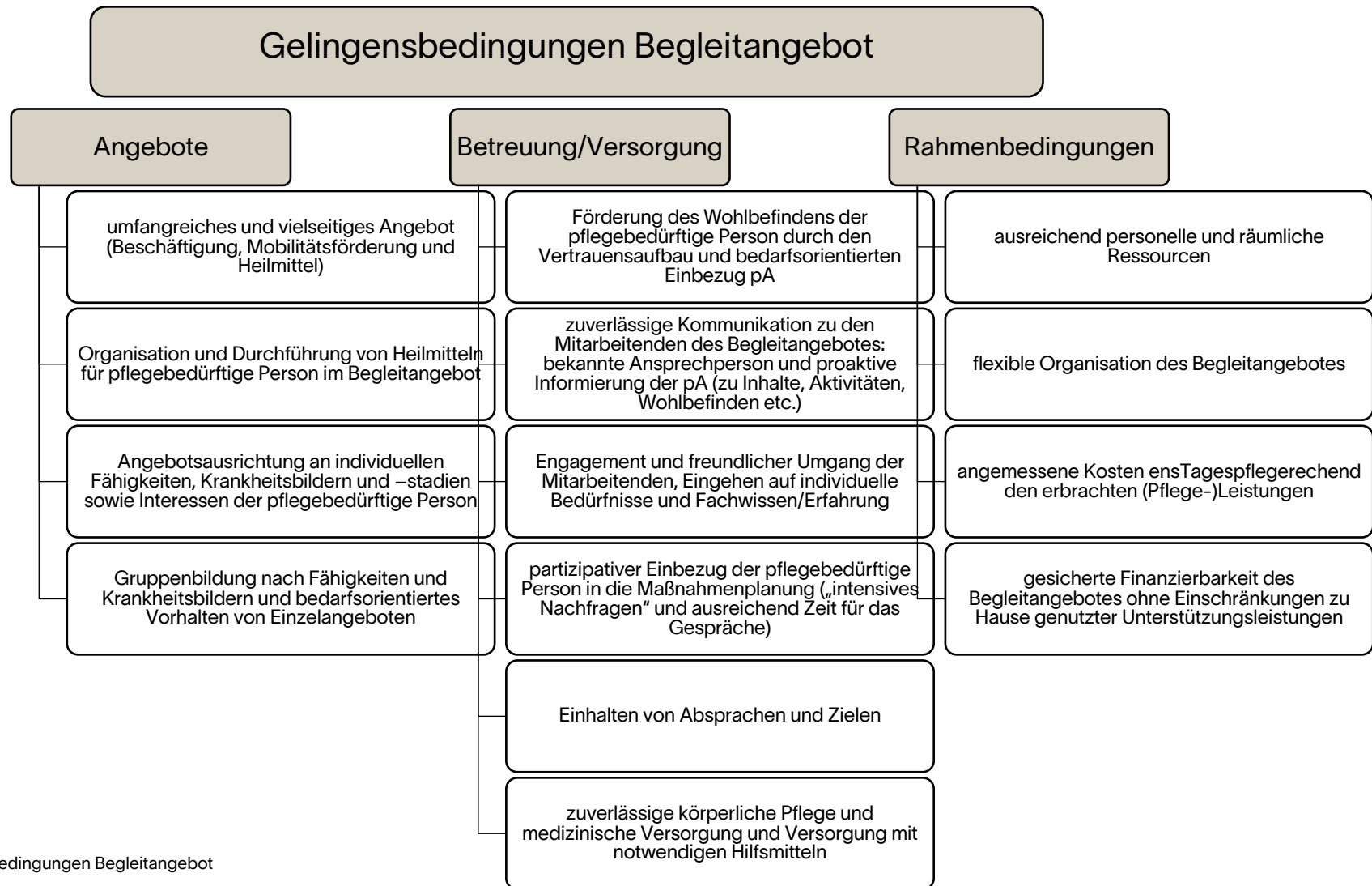


Abb. 40: Gelingensbedingungen Begleitangebot

5.4.2.4 Gelingensbedingungen für nutzer*innenorientierte Tandem- bzw. Interaktionsangebote

Welche Herausforderungen zeigen sich bei den **Tandem-Angeboten** im Rahmen der Tandem- bzw. Interaktionsangebote?

Genau die Hälfte der Befragten (41 Personen/50 %) geben an, während des Aufenthaltes gemeinsame Angebote in Anspruch genommen zu haben. Diese Personengruppe nutzt etwa zwei Tandem-Angebote (MW: 2,46 Anzahl; Md.: 2,0; SD: 3,18; Range: 0–20) in ihrem durchschnittlich dreiwöchigen Aufenthalt (MW: 22,02 Tage; SD: 4,28; Range: 7–30), zumeist in der Einrichtung mit einer gemeinsamen Unterbringung. Überwiegend handelte es sich hierbei um Angebote aus dem Bereich „Rekreation“ zur Anregung gemeinsamer Qualitätszeit, die als Gruppenangebote mit anderen Pfl egetandems durchgeführt wurden. Hierzu zählten bspw. Kegeln/Tischkegeln, Tanzen, Besuch einer Hundetrainerin, Spieleabende/-nachmittage, Basteln, Kinoabende und Musikangebote/Konzerte. Konzeptuell vorgeschlagene Angebote zu den Modulen „Information/Beratung/Anleitung und Schulung“ wurden nicht genannt. Eine Befragte berichtete von einem Angebot aus dem Modul „Deutung/Klärung und Bewältigung“ in Form eines Familiengesprächs mit einer Sozialarbeiterin und ihrem pflegebedürftigen Vater, in welchem die gemeinsame Beziehung thematisiert und die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen angebahnt wurde.

Als Hauptgrund für die eher geringe Inanspruchnahme wird angegeben, dass es keine gemeinsamen Angebote gab. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass aufgrund der Corona-Schutzmaßnahmen zeitweise keine gemeinsamen Angebote in der Rehabilitationseinrichtung stattfinden konnten und das Ausfüllverhalten des Fragebogens zeigt, dass teilweise die Begrifflichkeit „gemeinsames Angebot“ nicht von allen Personen verstanden wurde. Das geringe Angebot wird allerdings auch im Rahmen der Gründe für nicht erfüllte Erwartung an das gemeinsame Angebot als Hauptgrund angegeben (13 von 18) sowie als Schwerpunkt bei den Gründen für die Bewertung eines unpassenden Verhältnisses gemeinsamer und getrennter Angebote (9 von 11). Daneben werden der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person, der organisatorische und zeitliche Ablauf sowie fehlendes Interesse genannt (s. Abb. 41).

Wenn Sie keine gemeinsamen Angebote in Anspruch genommen haben, lag das daran, dass... (n = 56 von 97) *Mehrfachantworten möglich*

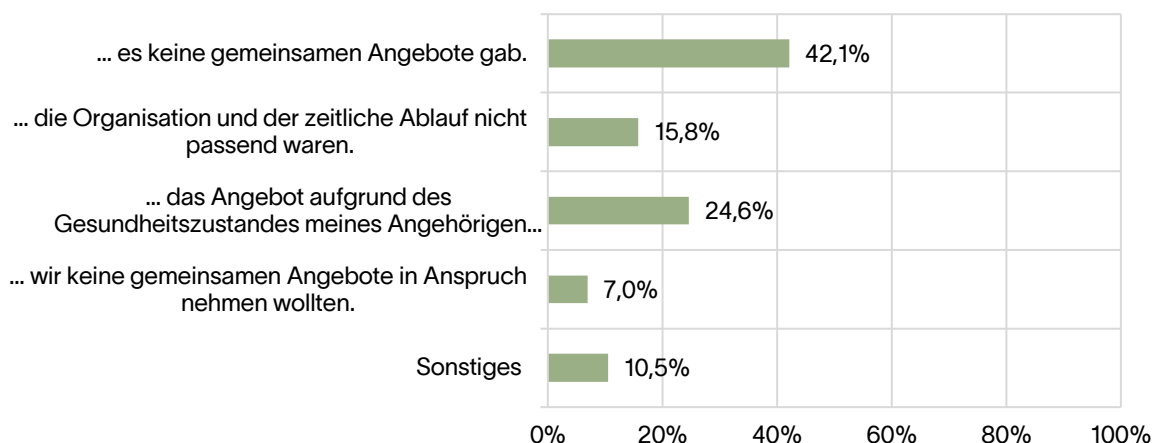


Abb. 41: Gründe gegen die Inanspruchnahme

Auch die Interviewaussagen stützen die genannten Gründe. Darüber hinaus wurden Angebote nicht genutzt, wenn sie für das Tandem unpassend waren, weil sie bspw. nicht den Interessen entsprachen. Eine unzureichende Informierung, sodass Informationen übersehen bzw. zu spät wahrgenommen oder Voraussetzungen der Teilnahme nicht ausreichend beschrieben wurden, wurde zudem genannt.

Nein, das ist so gut wie nicht gewesen. Doch, es ist wohl mal gewesen, dass einmal welche da waren mit Hunden. Das haben wir nicht wahrgenommen und dann ist es auch mal gewesen mit dem Tanzen. Aber meine Frau, die kann ja nicht, da hat sie dann auch dafür kein Interesse gehabt. Da hat sie gesagt, was soll ich da und so weiter. Also das Angebot war ja nun auch nicht gerade so günstig.“ (TIMP35, Pos. 164–168)

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

Eine befragte Person beschrieb, dass Angebote, die für mehrere Pflegepaare angeboten wurden (Gruppenangebote), nicht genutzt wurden, weil viele andere pflegebedürftige Personen als belastend empfunden wurden und durch die verschiedenen Krankheitsstadien/Fähigkeiten das Durchführen von Aktivitäten nicht vorstellbar war. Ein weiterer Grund bestand darin, dass aufgrund des umfangreichen Behandlungs-/Therapieplans der pflegenden Angehörigen besonders bei einer getrennten Unterbringung kaum freie Zeiten zur Nutzung von Tandem-Angeboten oder für einen Besuch der pflegebedürftigen Person in der Kurzzeitpflege bestanden. Da pflegende Angehörige sich allerdings bei einer getrennten Unterbringung auch in der Woche gemeinsame Zeiten mit ihren Angehörigen wünschten, wurden teils auf eigene Maßnahmen verzichtet.

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

Ein geringes oder unpassendes Tandem-Angebot ist auch vor dem Hintergrund bedeutsam, dass einem Teil der Befragten bei einer gemeinsamen Unterbringung die Strukturierung der gemeinsamen Freizeit schwerfiel. Dies gilt insbesondere dann, wenn das Tandem bspw. nicht mobil war, weil kein eigenes Auto vorhanden war oder/und zudem der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person selbst organisierte Unternehmungen oder die Kontaktaufnahme zu anderen Tandems erschwerte.

„Es fehlt dem das eine oder andere, wo ich absolut da sagen kann und muss, es war für mich nicht das Ideale und mit meiner Frau gemeinsam ist auch nicht optimal, weil wir eben uns nicht austauschen konnten. Und die Freizeit, die wir hatten, die war eben auch in dieser Hinsicht blockiert, weil wir nicht wegkonnten und das so wahrnehmen konnten wie vielleicht auch andere. Aber das ist körperlich bedingt und so weiter.“ (TIMP35, Pos. 422–428)

Welche Gelingensbedingungen sind für die **Tandem-Angebote** entscheidend?

Die Ergebnisse machen deutlich, dass der Wunsch nach einem umfangreichen Tandem-Angebot aus allen Modulen des Konzeptes besteht.

„Also wir hatten-, gemeinsames Angebot, das waren sehr wenig, das fand ich ein bisschen schade.“ (TIMP310, Pos. 70–71)

Insbesondere bei einer gemeinsamen Unterbringung können Tandem-Angebote in der Freizeit hilfreich sein, um die gemeinsame Zeit abwechslungsreich zu gestalten und Kontakt zu anderen Pflegepaaren zu knüpfen. Die Möglichkeit, sich bei Tandem-Angeboten mit anderen „Pflegepaaren“ auszutauschen, bewerteten 92,3 % der Befragten als wichtig (s. Anhang 11 & 12). Hier sollte ein umfangreiches Angebot, das zu unterschiedlichen Tageszeiten, nachmittags, abends oder an den Wochenenden, flexibel in Anspruch genommen werden kann, vorgehalten werden. Der Wunsch wird ebenfalls in der quantitativen Analyse deutlich. Am häufigsten wurden sich hier „mehr gemeinsame Angebote in der freien Zeit: abends, nachmittags und an den Wochenenden“ gewünscht (9 von 32). Außerdem sollten die Angebote unterschiedliche Interessen berücksichtigen, für pflegebedürftige Personen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen geeignet und gut organisiert sein. Letzteres bewerteten 97,2 % der Befragten als wichtig.

Bei einer getrennten Unterbringung (Kurzzeitpflege) müssen Angebote nicht unbedingt für das Tandem konzipiert sein. Hier wünschten sich pflegende Angehörige, flexibel an den Angeboten der pflegebedürftigen Person teilnehmen zu können bzw. hierzu eingeladen zu werden.

„[...] aber vielleicht hätte man so gefragt, ja, wir haben jetzt eine Musikstunde. Herr [Nachname] kommst du mit heute? Wir haben Musikschule /, stunde, deine Frau kann ja mitkommen.“ (TIMP312, Pos. 161-164)

Gewünscht wurden sich oder beliebt waren Tandem-Angebote wie Gymnastikstunden, Ballrunden, Schwimmangebote/Sauna, Tanzen, Quizabende sowie angeleitete Gesprächsrunden bspw. zu Urlauben, Buchlesungen, Kulturangebote, Konzerte/Theater, Minigolf, Bingo, organisierte Ausflüge in der Umgebung etc. Neben Gruppenangeboten, die teilweise aufgrund der „vielen“ erkrankten pflegebedürftigen Personen auch als belastend empfunden wurden oder nicht vorstellbar waren, wurde der Wunsch geäußert, auch Angebote für das „einzelne“ Pflegepaar zu machen.

Bei Bedarf sollten zudem Schulungsangebote sowie Angebote zur Bewältigung der Pflegesituation (Pfleges Schulungen, Familiengespräche o. Ä.) entsprechend dem individuellen Bedarf bzw. den geäußerten Wünschen vorgehalten werden. Im Gegensatz zu Angeboten im Freizeitbereich müssen Schulungs- und Beratungsangebote nicht „pauschal“ für alle pflegenden Angehörigen vorgehalten bzw. regelmäßig durchgeführt werden. Hier ist eine Orientierung gemäß den individuellen Bedürf-

nissen jedes Tandems sinnvoll. Dabei ist es wichtig, die Wünsche pflegender Angehöriger zu erfragen und zu berücksichtigen. Geäußerte Wünsche waren bspw. ein Pflegeschulungsangebot oder eine Anleitung zu mobilisierenden Übungen mit der pflegebedürftigen Person. Zudem wurden u. a. Bedarfe hinsichtlich Familiengesprächen deutlich, um Konflikte mit der pflegebedürftigen Person zu klären und ggf. Maßnahmen der Unterstützung einzuleiten.

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

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

Um die Angebote gemeinsam mit dem/der Angehörigen nutzen zu können, sollten pflegenden Angehörigen neben dem eigenen Therapie-/Behandlungsplan regelmäßig freie Zeiten eingeplant werden. Außerdem sollten pflegende Angehörige über Angebote sowie Voraussetzungen der Teilnahme besser informiert und der Zugang zu Informationen erleichtert werden durch bspw. die Auslage von Informationen an verschiedenen hoch frequentierten Orten.

„Bei den gemeinsamen Angeboten, ja, da würde ich mir eine bessere Information wünschen, dass man das, ja, mehr bekannt macht. In irgendeiner Form. Vielleicht, das wäre eine gute Idee, auf den Frühstücks- oder Mittagstisch legt so ein Zettelchen. Wo wir ja auch die Menü-Karten immer hatten zum Ankreuzen, was wir zum Frühstück, zum Abendessen haben wollen. Dass man da ein Zettel hinlegt, so das Angebot. Damit man gute Angebote nicht einfach nur verschwitzt.“ (TIMP38, Pos. 418-423)

Eine Übersicht der beschriebenen Gelingensbedingungen der Tandem-Angebote zeigt die nachfolgende Abbildung 42 (S. 146).

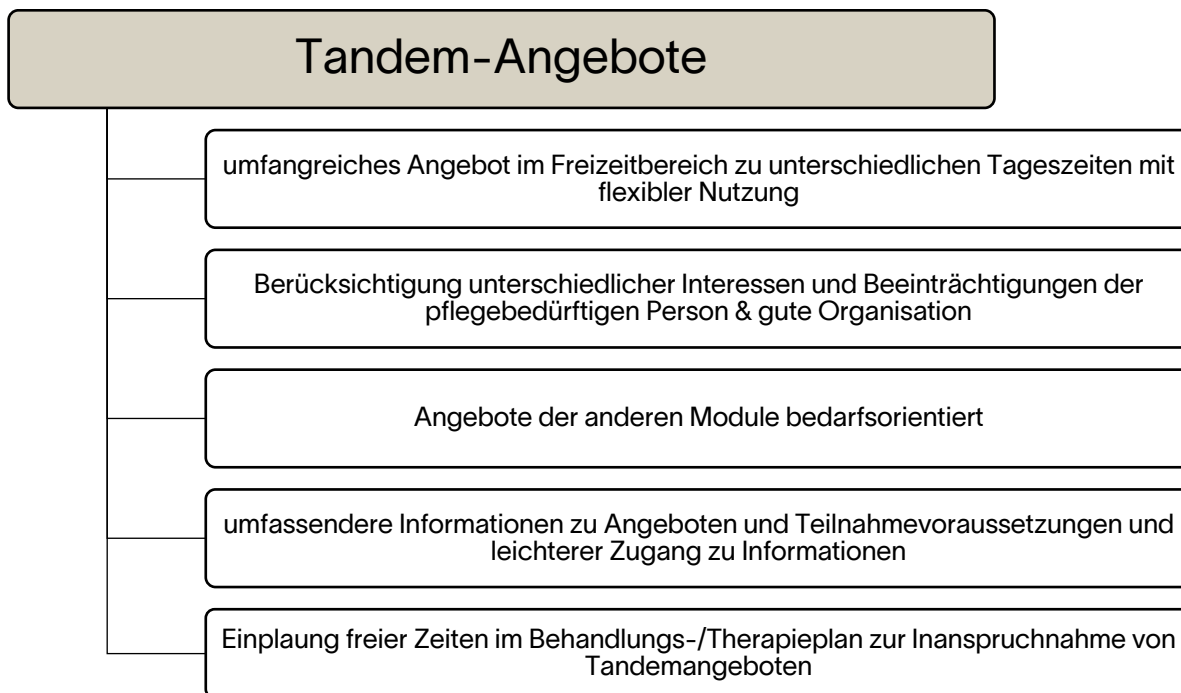


Abb. 42: Gelingensbedingungen: Tandem-Angebote

Welche Herausforderungen zeigen sich bei den **Rahmenbedingungen** der Tandem- bzw. Interaktionsangebote?

Ebenso wie bei dem Begleitangebot wurde auch im Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen der Tandem- bzw. Interaktionsangebote die Personalstärke als wesentliche Herausforderung gesehen. Sie ist nach Ansicht der Nutzer*innen eine Voraussetzung für die Organisation/Durchführung von Tandem-Angeboten. Zudem wurden bei einer zu geringen Personalstärke, bspw. aufgrund eines hohen Krankenstandes, u. a. Wünsche/individuelle Bedürfnisse an gemeinsame Angebote teilweise nicht geäußert.

„Das habe ich nicht angesprochen. Also nein, das war einfach-. Nein, ich habe nicht mal den Wunsch geäußert, ich hätte nicht die Idee gehabt, auch das zu äußern, also so-, nein, weil die, ja-, es war jetzt eh ein hoher Krankenstand [...]“
(TIMP310, Pos. 112–114)

Welche Gelingensbedingungen sind für die **Rahmenbedingungen** der Tandem- bzw. Interaktionsangebote entscheidend?

Wie auch im Rahmen des Begleitangebotes bedarf es einer ausreichenden Personalstärke für die Umsetzung von Tandem- bzw. Interaktionsangeboten. Zudem fühlen sich pflegende Angehörige wohl und sind zufrieden, wenn ihnen das Personal freundlich und wertschätzend begegnet. Sie empfinden es positiv und wichtig, Anerkennung für ihre Rolle/Leistungen als Pflegeperson zu erfahren. In der schriftlichen Befragung gaben alle Befragten an, dass ihnen eine angenehme Atmosphäre wichtig ist. 97,8 % gaben außerdem an, dass es ihnen wichtig, dass die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung und der Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung über die Pflegesituation sowie gemeinsame Erwartungen und Ziele für den Aufenthalt informiert waren. Daneben ist es für das Tandem wichtig, immer eine Ansprechperson zu kennen. 97,4 % bewerteten „immer einen Ansprechpartner vor Ort zu haben“ als wichtig.

„Also von der Seite her, das war ganz, ganz schön, weil auch man das Gefühl hatte, es wird mal gesehen, was man leistet, also auch selbst vom Küchenpersonal oder vom Reinigungspersonal. Also auch von der ganzen Physiotherapie, die waren sehr, sehr nett und man hatte das Gefühl, sie wollen einen was Gutes tun und sie schätzen das, was man macht, das sieht ja sonst keiner, also so im Normalfall ist es ja einfach so, man macht das halt. So, und das fand ich sehr, sehr angenehm, also hat mir sehr gutgetan.“ (TIMP310, Pos. 145-151)

„Und die Betreuung da war super, sehr, sehr freundlich das ganze Personal da. ansprechbar, jederzeit.“ (TIMP38, Pos. 49-50)

Eine Übersicht der beschriebenen Gelingensbedingungen der Rahmenbedingungen der Tandem- bzw. Interaktionsangebote zeigt die nachfolgende Abbildung 43.

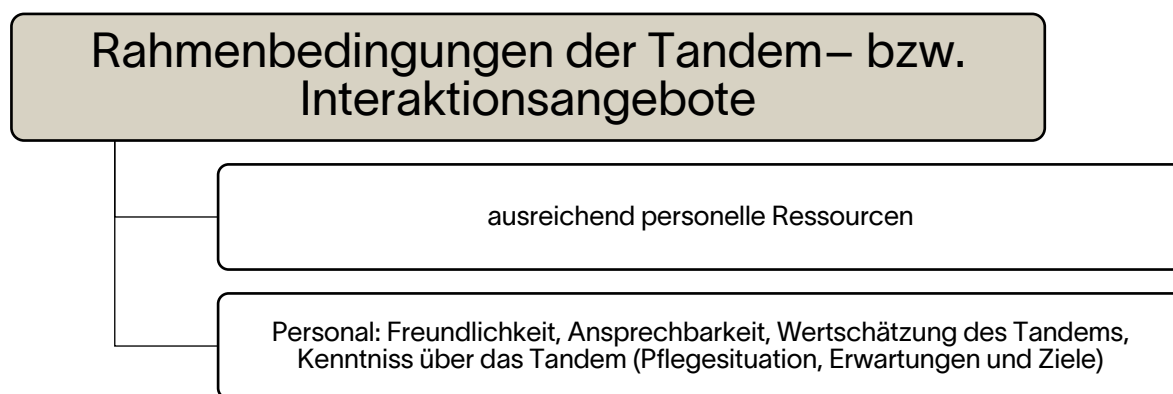


Abb. 43: Gelingensbedingungen: Rahmenbedingungen der Tandem- bzw. Interaktionsangebote

Welche Herausforderungen zeigen sich bei dem *Verhältnis von Nähe und Distanz*?

Konzeptionell empfohlen ist, dass sowohl getrennte als auch gemeinsame Angebote für das Tandem unter Berücksichtigung des passenden Maßes an Nähe und Distanz konzipiert werden. Von den Befragten wurde das Verhältnis zwischen Nähe und Distanz sehr unterschiedlich wahrgenommen. Ein Teil schilderte es als passend und nahm den getrennten Zeitraum als ausreichend war, um eigene Angebote in Anspruch zu nehmen. Die gemeinsame Zeit mit der pflegebedürftigen Person wurde ohne alltägliche Verpflichtungen wie Termine, Haushalt, etc. „genossen“ und auch die Organisation dieses Zeitraumes wurde als unproblematisch und positiv empfunden.

Und dann nochmal so ein bisschen dieses Gefühl, nochmal die Chance haben, auch eine Zeit mit meinen Eltern zu verbringen, weil ich, wenn ich bei meinen Eltern oder auch meiner Schwester bin, muss ich immer viel erledigen, also was weiß ich, den Kühlschrank sauber machen oder einkaufen oder irgendwelchen Behördenkram. Und ich hatte mich auch so auf so eine Zeit gefreut einfach, wo ich mich um nichts anderes kümmern muss, wir können einfach miteinander plaudern, also wir können Zeit miteinander verbringen. Und das fand ich sehr schön [...].“ (TIMP310, Pos. 306–312)

Ein anderer Teil nahm demgegenüber das Verhältnis von Nähe und Distanz, insbesondere bei einer gemeinsamen Unterbringung, als unpassend wahr. Hier wurde die Betreuung der pflegebedürftigen Person, die ab nachmittags und an den Wochenenden durch die pflegende Angehörige erfolgte, als belastend empfunden. Außerdem waren der Kontakt sowie gemeinsame Aktivitäten mit anderen pflegenden Angehörigen wie spazieren gehen oder Kaffee trinken aufgrund des Gesundheitszustandes der pflegebedürftigen Person erschwert oder nicht möglich. Der Anteil gemeinsamer Zeit bzw. die „Nähe“ zueinander wurde daher als zu groß erlebt und als Hindernis für die eigene Erholung angesehen.

„Ja, ich habe das verglichen mit anderen. Es waren auch welche solo da. Die solo da waren, die konnten auf jeden Fall Kontakt miteinander aufnehmen und sich austauschen. Die konnten auch in der Freizeit mal gemeinsam spazieren gehen und vielleicht auch einen Kaffee trinken gehen oder in die Ortschaft gehen. Das war bei mir nicht möglich, weil meine Frau, wie gesagt, die war ja dann am Nachmittag immer dabei, bei mir und da konnte man sich auch nicht austauschen mit anderen, das war dann nicht möglich. Es war dann eben diese Problematik, genau wie zu Hause, wenn sie eben tagtäglich um einen ist. [...] Aber danach, in der Freizeit war ich ja wieder mit meiner Frau generell alleine. Und da war das ein bisschen sehr eintönig, weil sie ja auch nicht so beweglich ist mit dem Rollator und auch insgesamt war es recht schwierig Maßnahmen zu unternehmen. Und auch mit anderen konnten wir uns gar nicht verbünden, nicht wahr.“ (TIMP35, Pos. 40-54)

Den quantitativen Erhebungen zufolge stimmten 46,1 % der pflegenden Angehörigen und 47,4 % der pflegebedürftigen Personen genau oder überwiegend der Aussage zu, dass sie das Verhältnis gemeinsamer und getrennter Angebote als passend empfunden haben. Über die Hälfte der pflegenden Angehörigen und der pflegebedürftigen Personen stimmten dem allerdings ein wenig (pflegende Angehörige: 35,9 %; pflegebedürftige Personen: 28,9 %) oder nicht zu (pflegende Angehörige: 17,9 %; pflegebedürftige Personen: 23,7 %). Zudem verdeutlicht die Fragebogenerhebung, dass dem Tandem die Berücksichtigung eigener Wünsche bei der Planung gemeinsamer und getrennter Angebote wichtig war. 59,3 % der pflegenden Angehörigen und 42,2 % der pflegebedürftigen Personen gaben an, dass dies während des Aufenthaltes umgesetzt wurde. Insbesondere bei den pflegebedürftigen Personen stimmten 30 % der Befragten zu, dass die Wünsche des/der Angehörigen nicht bei der Planung berücksichtigt wurden. (s. Abb. 44, S. 149)

Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Wie wichtig war Ihnen das?

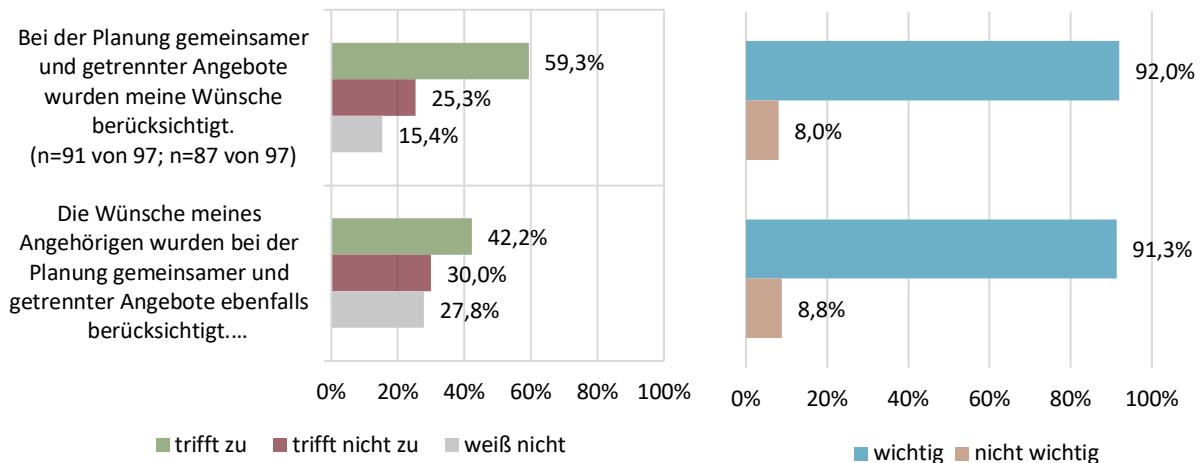


Abb. 44: Gemeinsam genutzte Angebote

*Welche Gelingensbedingungen sind für das **Verhältnis von Nähe und Distanz** entscheidend?*

Da pflegende Angehörige die gemeinsame Zeit sehr unterschiedlich empfanden und der Betreuungsaufwand neben der Tagespflege teils als Belastung erlebt wurde, ist es empfehlenswert, das Paar über den Pflege-/Betreuungsaufwand bzw. die Unterstützungsmöglichkeiten durch die Einrichtung im Rahmen der Klinikwahl aufzuklären. Zudem sollten pflegende Angehörige vorab über das Angebot gemeinsamer Aktivitäten informiert werden, da auch das Selbstorganisieren der Freizeit teils als schwierig empfunden wurde. Im Rahmen der Umsetzung sollten die Wünsche des Tandems bei der Planung gemeinsamer und getrennter Angebote berücksichtigt werden.

Eine Übersicht der beschriebenen Gelingensbedingungen des Verhältnisses von Nähe und Distanz zeigt die nachfolgende Abbildung 45. Im Anschluss sind die beschriebenen Gelingensbedingungen der gesamten Tandem- bzw. Interaktionsangebote in Abbildung 46 (S. 150) zusammengefasst dargestellt.

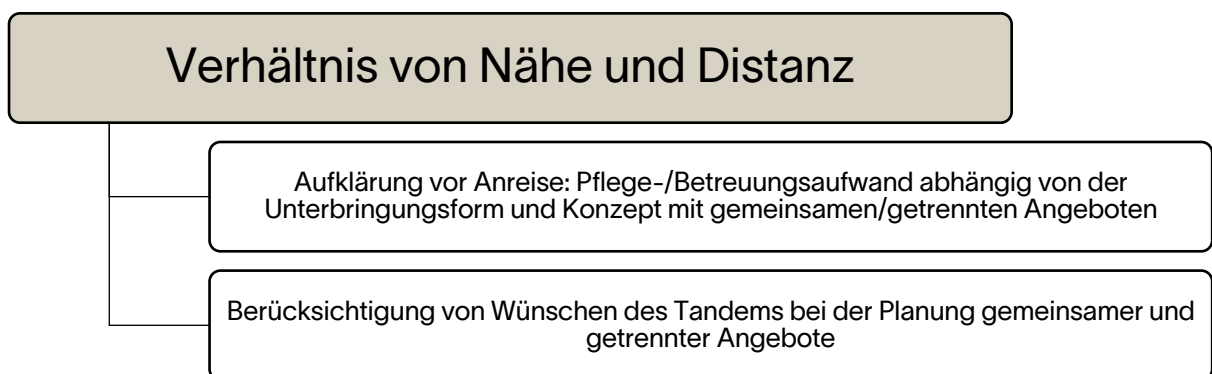


Abb. 45: Gelingensbedingungen: Verhältnis von Nähe und Distanz

Gelingensbedingungen Tandem- bzw. Interaktionsangebote

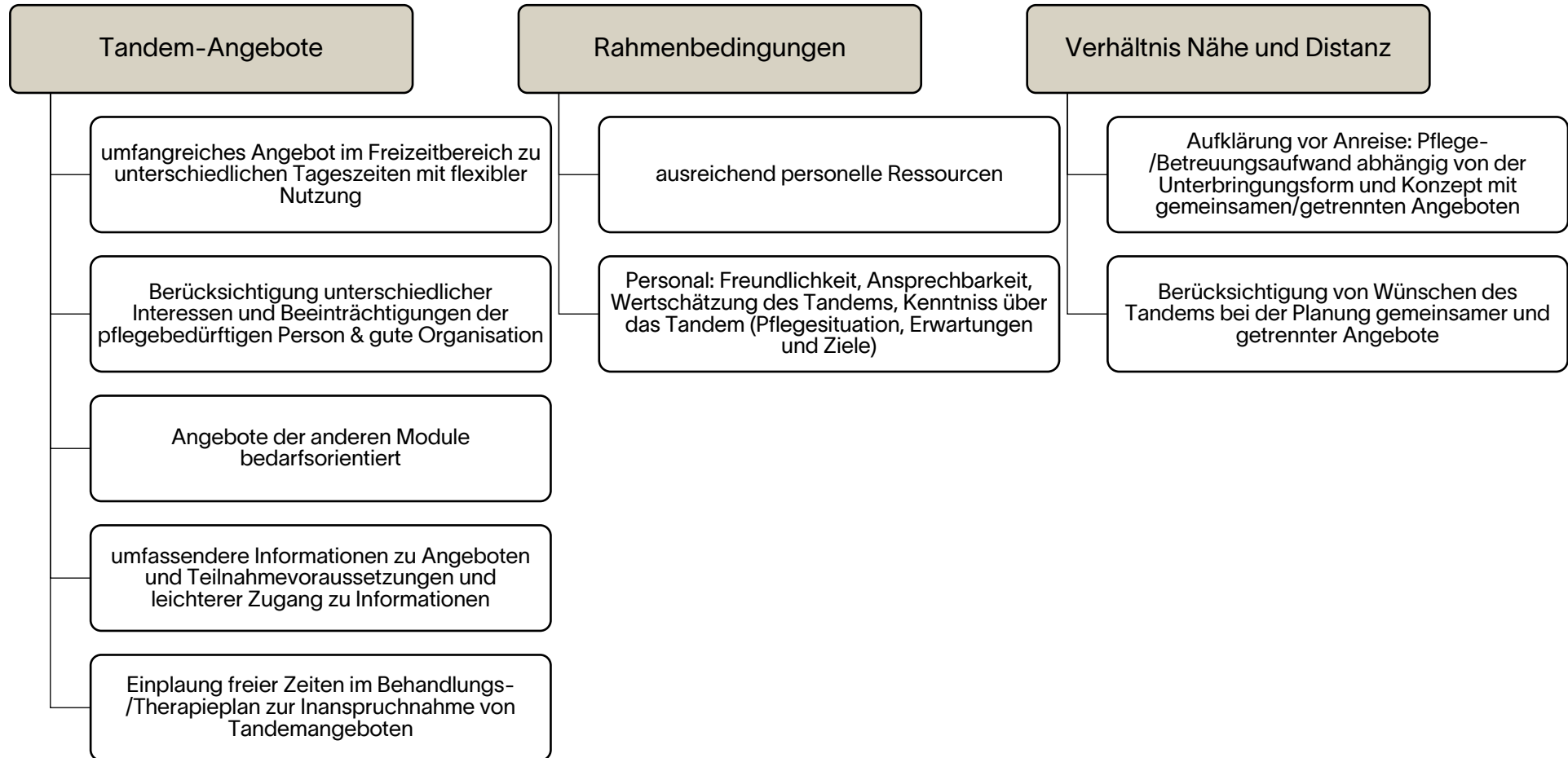


Abb. 46: Gelingensbedingungen Tandem- bzw. Interaktionsangebote

5.4.2.5 Gelingensbedingungen der Kontextfaktoren

Welche Herausforderungen zeigen sich bei den Kontextfaktoren?

Hinsichtlich der strukturellen Bedingungen schildern Befragte im Hinblick auf die Unterbringung, dass der Zugang zur Klinik mit einem großen Rollstuhl schwer zu erreichen war bzw. teils andere „umständlichere“ Wege genutzt werden mussten. Zudem sind technische Voraussetzungen wie ein hauseigenes WLAN teils nicht vorhanden oder nur in größeren Räumen ohne Privatsphäre nutzbar.

Der Essensraum wurde als sehr laut und unruhig beschrieben. Auch das Thema Verpflegung ist für die Befragten relevant und wurde von allen pflegenden Angehörigen thematisiert. Ein Teil der Befragten war zufrieden. Ein anderer Teil empfand die Verpflegung zu den Hauptmahlzeiten als zu wenig oder gab an, dass kein vegetarisches Essen angeboten wurde. Daneben wurde mehrfach angemerkt, dass Essen und Getränke außerhalb der eingeplanten Mahlzeiten selbst bezahlt werden mussten.

„Also die Situation im Essensraum war sehr schwierig, weil wir waren ja gar nicht so viele. Es ist ein kleines Kurheim, aber es war sehr laut gewesen. Also das war durch die Dementen und dann durch die Schwerhörigen und ja viele Alte, ist es irre laut gewesen. Das war sehr, sehr anstrengend.“ (TIMP310, Pos. 449–453)

„Mich hat das nur irgendwie befremdet, dass man alles, was man außer dem-, außerhalb der Esszeiten getrunken oder gegessen hat, zahlen müssen.“ (TIMP36, Pos. 98–100)

Bei einer getrennten Unterbringung ist zudem die Entfernung zu der kooperierenden Pflegeeinrichtung entscheidend. Aufgrund der z. T. kurzen Besuchszeiten in der Woche ist es wichtig, dass ein zuverlässiger Transfer möglich ist und durch die Einrichtung kommuniziert wird.

„Ich war ja im in der [Name der Klinik] und man hat mir nicht gesagt, dass es ein Taxi gibt, einen, der mich extra hinfährt und zurückfährt. Ich bin mit meinem Fahrrad angereist, weil ich wusste/, wollte nicht jedes Mal drei Euro eine Fahrt und drei Euro die Rückfahrt bezahlen und irgendwie kurz zum Schluss, also vielleicht drei, vier Tage vorher hat man mir das gesagt. Ja? Wie? Du hast keinen Anspruch genommen? Nein, meinte ich, ich wusste davon nichts. Also das hätte man am Anfang machen sollen, dass man eine Kur-Taxi, extra für die [Name der Klinik] bis zur zum Pflegeheim und dann wieder zurück nach Absprache zwei Stunden, drei Stunden. Okay ich bin jung, ich habe es jetzt mit Fahrrad gemacht, aber die anderen zwei ältere Damen und dann mit Taxi und dann das kostet jedes Mal Geld. Also das hätte ich mir gewünscht, dass das vorher passiert.“ (TIMP312, Pos. 278–289)

*Welche Gelingensbedingungen sind im Rahmen der **Kontextfaktoren** entscheidend?*

Pflegepaare profitieren von dem sozialen Kontakt und dem Austausch mit anderen Tandems. Die zeitgleiche Anwesenheit anderer pflegender Angehöriger, die als Tandem reisen, wurde von allen Befragten in der gemeinsamen Unterbringung positiv empfunden. In der getrennten Unterbringung waren bei den Befragten keine anderen Tandems, aber andere pflegende Angehörige zeitgleich vor Ort, was ebenfalls als Bereicherung geschildert wurde. Die Gemeinsamkeit der häuslichen Pflege

gesituation verbindet und erleichtert den Kontakt zueinander. Durch die gegenseitige Unterstützung, Ermutigung sowie durch die Erfahrungen der anderen profitiert das Tandem/die pflegenden Angehörigen. Daher sollten immer mehrere Pflegepaare zur selben Zeit anreisen.

„Gespräche mit anderen Beteiligten, weil man sich überhaupt nicht erklären muss. Wir sitzen ja alle in einem Boot. Man kann wirklich da anfangen, wo man steht. Und die verstehen einen auch. Das ist das.“ (TIMP39, Pos. 243 -245)

Außerdem genießen pflegende Angehörige es, während des Aufenthaltes die alltäglichen Pflichten (Haushalt, Verantwortung/Betreuung der pflegebedürftigen Person etc.) abgeben zu können. Die Einrichtungen sollten daher diese Aufgaben (Versorgung/Betreuung der pflegebedürftigen Person und der Versorgung des Tandems) übernehmen, damit sich pflegende Angehörige erholen und um sich selbst kümmern können. Bedeutend ist zudem, dass in den Einrichtungen strukturelle Voraussetzungen gegeben sind, die aus Nutzer*innen-Perspektive relevant sind, wie die Barrierefreiheit der Einrichtung, freies WLAN, ein Schwimmbad/eine Sauna, eine bedürfnisorientierte Zimmervergabe und Verpflegung sowie einen zuverlässigen Transfer zur Pflegeeinrichtung bei einer getrennten Unterbringung. Die Unterbringung in den Zimmern der Einrichtung ist pflegenden Angehörigen wichtig, trägt zum Wohlbefinden bei und wird überwiegend positiv geschildert. Von Bedeutung ist hier bspw. die Unterbringung in einem Appartement mit mehreren (Schlaf-)Zimmern, die z. B. bei einer Pflegesituation von Geschwistern oder wenn Kinder Eltern pflegen, vorteilhaft ist.

„Und ja, da war für mich das Tollste, weil ich hatte ein superschönes Zimmer mit meiner kleinen Schwester, also wir hatten sozusagen ein Apartment mit einem Bad und zwei Schlafzimmern und einem riesengroßen Balkon mit Blick in die Berge und das war für mich so, dass ich gesagt habe: ‚Wir haben hier das schönste Zimmer vom ganzen Haus bekommen‘, das war sehr, sehr schön.“ (TIMP310, Pos. 14–19)

Außerdem empfinden pflegende Angehörige sowohl in der Vorsorge als auch in der Rehabilitation die Zeit bis zur Beantragung einer erneuten Maßnahme aufgrund der hohen Belastung durch die Pflege teils als zu lang, daher sollte die Beantragung nach individuellem Bedarf erfolgen.

„[...] die Belastung ist so groß, das habe ich ausgeführt, dass man nur alle vier Jahre in die Reha gehen /. Man sollte öfters gehen bei dieser Belastung. (TIMP312, Pos. 497-499)

Im Anschluss sind die beschriebenen Gelingensbedingungen der Kontextfaktoren in Abbildung 47 (S. 153) zusammengefasst dargestellt.

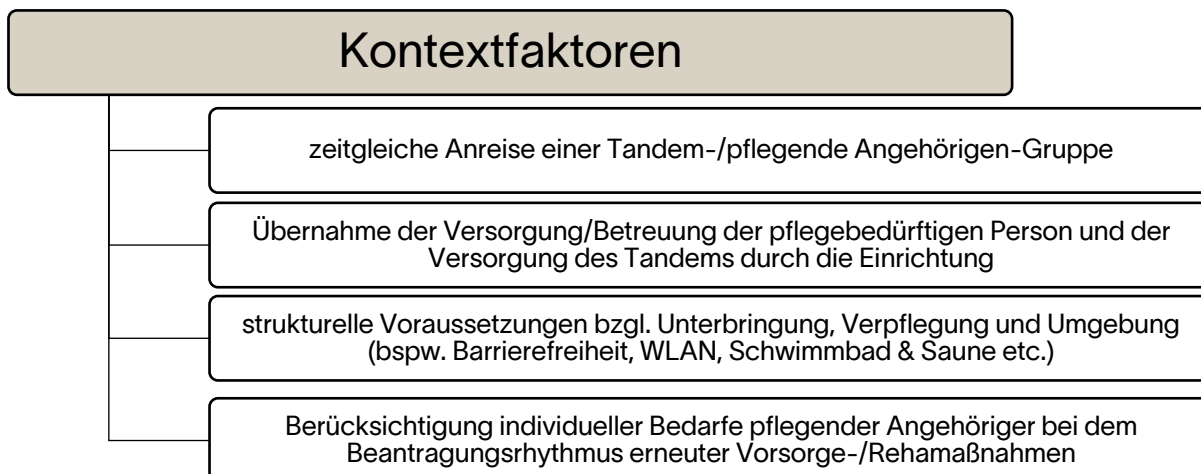


Abb. 47: Gelingensbedingungen: Kontextfaktoren

5.4.2.6 Subjektive Bewertung und Nutzen eines gemeinsamen Aufenthaltes

Wie wird der gemeinsame Aufenthalt bewertet?

Hinsichtlich der Vorbereitung auf den Aufenthalt, d. h. der Unterstützung durch die Einrichtung vor Anreise, zeigt sich ein eher einheitliches Meinungsbild. Fast alle befragten Pflegepersonen (95,8 %) waren mit dieser „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. Kein*e pflegende*r Angehörige*r war unzufrieden. 85 % hatten zudem keine weiteren Wünsche, wie sie unterstützt werden möchten.

Die Bewertung des gemeinsamen Aufenthaltes, d. h. das Begleitangebot in der Pflegeeinrichtung und die gemeinsam genutzten Tandem- und Interaktionsangebote, stellt sich demgegenüber differenzierter dar. Bei den Erwartungen an das Begleitangebot (Abb. 48) stimmten etwa zwei Drittel (67 %) der Befragten „genau“ oder „überwiegend“ zu, dass diese erfüllt wurden. 61,6 % gaben an, dass dies bei der pflegebedürftigen Person der Fall war. Bei 10,6 % der pflegenden Angehörigen und 12,8 % der pflegebedürftigen Personen wurden die Erwartungen nicht erfüllt. Zudem gaben 51,8 % der Befragten an, Wünsche und Verbesserungen zu den Begleitangeboten zu haben (s. Kapitel 5.5.2.3).

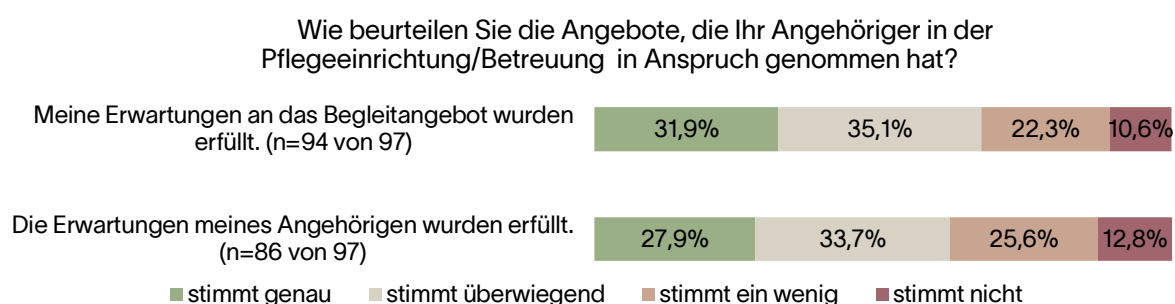


Abb. 48: Bewertung Begleitangebot

Im Zusammenhang mit den Tandem- und Interaktionsangeboten zeigt sich ein ähnliches Verhältnis. Hier stimmten 61,6 % der Befragten „genau“ oder „überwiegend“ zu, dass die eigenen Erwartungen an das gemeinsame Angebot erfüllt wurden. Fast ebenso viele pflegende Angehörige antworteten, dass dies bei der pflegebedürftigen Person der Fall war (61,5 %). Bei 12,8 % der Pflegepersonen und der pflegebedürftigen Personen wurden die Erwartungen nicht erfüllt und bei 25,6 % jeweils „ein wenig“. 43,8 % gaben an, Wünsche zu den gemeinsamen Angeboten zu haben.

Eine negative Bewertung bzw. nicht erfüllte Erwartungen sind meist mit folgenden Faktoren verbunden: Unzufriedenheit mit dem Begleitangebot (aufgrund zu großer Gruppen pflegebedürftiger

Personen, zu wenig/unpassenden Angeboten, unzureichender Betreuung und hoher Kosten), zu wenig/unpassende Tandem-Angebote sowie die gemeinsame Unterbringung. Mit Ausnahme der zu hohen Kosten des Begleitangebotes und der gemeinsamen Unterbringung geht das Erleben dieser Faktoren vorwiegend mit der Schilderung einer zu geringen Personalstärke einher. Unzufriedene Tandems würden das Angebot nicht erneut wählen, sondern bspw. bei einer weiteren Rehabilitation lieber die Kurzzeitpflege vor Ort nutzen oder keine weitere Maßnahme in Anspruch nehmen. Gemäß der Fragebogenerhebung entschieden sich 21,9 % der Befragten (21 von 96) gegen eine erneute Nutzung.

„Aber ich würde das wie gesagt nicht nochmal wahrnehmen. Also nur wenn ich eine Maßnahme hätte, wo ich das alleine wahrnehmen könnte. Aber ich kann ja, wie sagt, meine Frau noch nicht woanders unterbringen, da spielt sie nicht mit, weil ich sie dann abschiebe. Da läuft nichts und somit muss ich damit auch vorliebnehmen, wie es ist. Wie es dann mal kommt, weiß ich nicht, aber da ist doch meine Frau in dieser Hinsicht ein bisschen sehr eigenwillig. Und hat dann auch nicht den Mut, wie gesagt, sowas zu machen, alleine zu sein, das geht nicht, kann ich nicht.“ (TIMP35, Pos. 446–453)

Als Wünsche wurden dementsprechend, wie auch in den vorangegangenen Kapiteln angeklungen, am häufigsten mehr Freizeitangebote/mehr gemeinsame Angebote (8 von 40) genannt. Daneben waren u. a. eine erneute Nutzungsmöglichkeit der Maßnahme (7 von 40), eine Optimierung des Begleitangebotes (Therapien für die pflegebedürftige Person, bessere Personalausstattung, bessere ärztliche Versorgung, mehr Zuwendung und Aktivierung der pflegebedürftigen Person, bessere individuelle Versorgung, intensivere Betreuung/Beaufsichtigung der pflegebedürftigen Person etc.) (6 von 40) sowie eine verbesserte Berücksichtigung individueller Bedürfnisse des Tandems bzgl. Bring- und Abholzeiten in der Tagespflege, Anpassung von Therapieterminen etc. (4 von 40) gewünscht.

Die Mehrheit war allerdings grundlegend zufrieden mit dem Aufenthalt und würde das Angebot weiterempfehlen (90,5 %; 86 von 95 Befragten der t1-Stichprobe). Auch die Art der Unterbringung würden die meisten befragten pflegenden Angehörigen erneut nutzen (78,1 %; 75 von 96 Befragten).

Pflegepersonen äußerten sich dankbar und sind „froh“ über die notwendige Betreuung der pflegebedürftigen Angehörigen, um parallel eigene Angebote der Vorsorge/Rehabilitation nutzen zu können.

„[...] wir waren froh, dass die ja diese Betreuung haben und wussten ja uns gibt die Sicherheit, dass nicht die einer irgendwo hin muss warten oder alleine im Zimmer sein.“ (TIMP37, Pos. 231-233)

„Also, ich finde es jetzt zum Schluss sagen, es ist ein ganz tolles Ding, es wissen viel zu wenige Leute, dass es das gibt. Also es ist eine ganz tolle Möglichkeit, auch auszuspannen mit seinem Angehörigen, den man eben nicht alleine lassen will. Also das ist halt-, sonst gibt es so eine Möglichkeit hier nicht, also das fand ich ganz, ganz hilfreich.“ (TIMP310, Pos. 495-499)

*„Nein, wenn das alles so gut organisiert ist, braucht man auch nicht zu meckern.
Hat mir sehr gut gefallen da und den andern auch.“
(TIMP37, Pos. 231-233, pflegebedürftige Person)*

Welcher Nutzen stellt sich dar?

Bei der Frage nach dem Nutzen des Aufenthaltes ließen sich neben den abgefragten Wirkungen in der Fragebogenerhebung, Verbesserung der Selbstständigkeit, Beziehung/Interaktion des Tandems und des Wohlbefindens im Pflegealltag, weitere Ebenen identifizieren. Hierzu zählen die Nutzung von Unterstützungsangeboten/Hilfsmitteln, die Erholung/Gelassenheit/Selbstfürsorge pflegender Angehöriger/soziale Kontakte sowie der Wissenserwerb pflegender Angehöriger. Nachfolgend werden die Ergebnisse des Nutzens entsprechend den Bereichen dargestellt.

Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person:

Aus Perspektive der pflegenden Angehörigen stellte sich mehrheitlich keine nachhaltige Veränderung bei der pflegebedürftigen Person ein. 76,9 % der Pflegepersonen stimmten nicht zu, dass der mehrwöchige Aufenthalt geholfen hat, dass die pflegebedürftige Person im Alltag weniger Hilfe benötigt (s. Anhang 13). Gemäß den Interviewaussagen blieb der Gesundheitszustand meist gleich, wurde kurzfristig schlechter und in einem Fall besser.

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

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

Die Ergebnisse des Assessments (ASS) zeigen, dass der Schwerpunkt der Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Personen im Bereich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten und in der Selbstversorgung liegt (s. Tab. 14, S. 156). Im Bereich der Mobilität sind die pflegebedürftigen Personen weniger beeinträchtigt, was vermutlich mit dem hohen Anteil demenziell erkrankter Personen in der Stichprobe zusammenhängt (t0-Stichprobe: 88 von 140). Die Zentralwerte/Md. waren zu beiden Messzeitpunkten in der in Tabelle 6 zu den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Selbstversorgung dargestellt. Im Hinblick auf die Mobilität lässt sich der durchschnittliche Wert (Md und MW) zum ersten Zeitpunkt einer „geringen“ Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (2-3) zuordnen. Zum zweiten Messzeitpunkt entspricht der Zentralwert „keiner“ Beeinträchtigung (0-1) und der MW verbleibt im selben Bereich wie zu ASSo. Die Spannweite zu beiden Messzeitpunkten umfasste Personen, die „keine“ Beeinträchtigung hatten bzw. selbstständig waren bis hin zu Personen, die „vollständig“ beeinträchtigt bzw. nicht selbstständig sind (10-15).

Bei den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten lassen sich der Zentralwert und MW zu beiden Messzeitpunkten einer „schweren“ Beeinträchtigung (11-16) zuordnen. Die Spannweite umfasst Personen, die „keine“ Beeinträchtigung haben bzw. selbstständig (0-1) sind bis hin zu Personen, die „vollständig“ beeinträchtigt bzw. nicht selbstständig sind (17-33). Md. und MW der Selbstversorgung lassen sich zu beiden Messzeitpunkten einer „erheblichen“ Beeinträchtigung (8-18) zuordnen. Die Spannweite umfasst Personen, die „keine“ Beeinträchtigung hatten bzw. selbstständig

(0–2) waren bis hin zu Personen, die „vollständig“ beeinträchtigt bzw. nicht selbstständig waren (37–54).

Tab. 14: Ergebnisse des Assessments - Summenskalen zu den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Selbstversorgung

Mobilität		Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		Selbstversorgung	
ASS0	ASS1	ASS0	ASS1	ASS0	ASS1
Md.: 2,0; MW: 3,47 (SD: 3,55; Range: 0-14)	Md.: 1,0; MW: 3,05 (SD: 3,52; Range: 0-14)	Md.: 12,0 MW: 12,98 (SD: 9,67; Range: 0-33)	Md.: 12,0 MW: 13,03 (SD: 9,87; Range: 0-33)	Md.: 15,0 MW: 17,32 (SD: 12,96; Range: 0-48)	Md.: 14,0 MW: 16,40 (SD: 12,54; Range: 0-48)
gültig: 142 fehlend: 2	gültig: 143 fehlend: 1	gültig: 144 fehlend: 0	gültig: 140 fehlend: 4	gültig: 140 fehlend: 4	gültig: 135 fehlend: 9

Nutzung von Unterstützungsangeboten/Hilfsmitteln

Eine weitere Veränderung durch den Aufenthalt ist die Nutzung von Unterstützungsangeboten und Hilfsmitteln zurück am Wohnort. Ein Teil der pflegebedürftigen Personen nutzten im Rahmen des Begleitangebotes das erste Mal eine Betreuung. Als Nutzen wird hier erzählt, dass aufgrund der positiven Erfahrungen in der Tagespflege ein entsprechendes Angebot nach dem Aufenthalt ebenfalls in Anspruch genommen wurde. Dass Unterstützungsangebote (meist ein Betreuungsangebot) im Anschluss genutzt wurden, gelang allerdings nicht bei allen Tandems. Ein Befragter erzählte, dass obwohl die Gewöhnung an eine Betreuung ein Grund für die Nutzung des Tandem-Angebotes war und sich seine pflegebedürftige Frau in der Tagespflege wohlfühlt hatte, die Inanspruchnahme nach dem Aufenthalt aufgrund ihrer Ablehnung nicht gelungen war. Auch eine weitere pflegende Angehörige schilderte, dass die angebahnte Nutzung eines Betreuungsangebotes in einer Pflegeeinrichtung während des Aufenthaltes anschließend nicht umgesetzt werden konnte. Eine weitere bedeutsame Veränderung, die eine Befragte beschrieb, ist die Nutzung eines Pflegedienstes, die nach dem Aufenthalt durch Familiengespräche mit dem pflegebedürftigen Angehörigen und einer Sozialarbeiterin ermöglicht wurde.

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

Beziehung/Interaktion Tandem/soziale Kontakte:

Aus Perspektive der pflegenden Angehörigen wird der Nutzen für die Beziehung unterschiedlich erlebt. 57,8 % der Befragten stimmten in der schriftlichen Befragung der Aussage, dass der mehrwöchige Aufenthalt der Beziehung gutgetan hat, „genau“ oder „überwiegend“ zu. Die größte Zustimmung von den abgefragten Bereichen lag demnach bei diesem Item (Verbesserung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person, Beziehung und Verbesserung des Wohlbefindens im Pflegealltag). Ein anderer Teil erlebte nach dem Aufenthalt keine Veränderung in der Beziehung zu dem pflegebedürftigen Angehörigen.

Der Nutzen für die Interaktion wird v. a. in der gemeinsamen Zeit gesehen, die ohne die gewohnten Pflege- und Alltagsaufgaben verbracht werden kann. Dies gilt auch für Pflegepaare, die nicht in einer Partnerschaft zueinanderstehen und evtl. in einem getrennten Haushalt leben. Eine Befragte erzählte, dass sie den Aufenthalt als „vielleicht letzte Chance“ angesehen hat, mit den „hochbetagten“ Eltern und der Schwester eine Familienzeit zu erleben. In diesen Fällen wurde berichtet, dass es zudem als förderlich erachtet wurde, den tatsächlichen Gesundheitszustand sowie Verhaltensweisen der pflegebedürftigen Person mitzuerleben, um diese Kenntnisse im Alltag zu berücksichtigen.

Es wurde betont, dass der gemeinsame Aufenthalt, mehr Zeit für gemeinsame Gespräche und besonders eine gemeinsame Beratung geholfen haben, Konflikte aufzuarbeiten und die Beziehung zu der pflegebedürftigen Person zu verbessern. Eine Befragte erzählte, dass nach dem Aufenthalt ein nachhaltiger „liebvollerer“ Umgang miteinander geblieben ist.

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

„Ja, wir sind noch liebevoller miteinander. Noch enger miteinander. Ja.“ (TIMP38, Pos. 389)

Gemäß der Betrachtung beider Instrumente für den Bereich Beziehung/Interaktion, zeigt sich folgendes Bild:

SCQ: Die beiden Skalen „Individuelle Wahrnehmung der Pflegesituation“ und die „Individuelle Wahrnehmung der eigenen Pflegefähigkeit“ des SCQ sind in der nachfolgenden Tabelle 15 hinsichtlich der Zentral- und Mittelwerte dargestellt. Die Werte beider Skalen liegen zu beiden Messzeitpunkten im Hinblick auf den möglichen Summenbereich (4–20 = 1. Skala; 5–25 = 2. Skala) über der Mitte/im oberen Bereich, wobei höhere Werte für eine höhere Kompetenz und eine geringere Belastung sprechen. Die Kompetenz wird im Hinblick auf die Pflegesituation dabei etwas besser bzw. die Belastung geringer beurteilt als die der Pflegefähigkeit. Die Zentral- und Mittelwerte verändern sich bei der ersten Skala von t0 zu t1 kaum, bei der zweiten Skala ist eine leichte Erhöhung zu verzeichnen. Aufgrund des Studiendesigns können hier sowie bei den anderen beiden verwendeten Instrumenten allerdings keine Aussagen zur Kausalität getroffen werden, weshalb auf die statistische Berechnung verzichtet wurde.

Tab. 15: Ergebnisse des SCQ (t0/t1)

Individuelle Wahrnehmung der Pflegesituation/ individuelle Wahrnehmung der eigenen Pflegefähigkeit SCQ – t0		Individuelle Wahrnehmung der Pflegesituation/ individuelle Wahrnehmung der eigenen Pflegefähigkeit SCQ – t1	
individuelle Wahrnehmung der Pflegesituation	individuelle Wahrnehmung der eigenen Pflegefähigkeit	individuelle Wahrnehmung der Pflegesituation	individuelle Wahrnehmung der eigenen Pflegefähigkeit
Md.: 18,0; MW: 16,61 (SD: 3,49; Range: 7–20)	Md.: 17,0 MW: 17,0 (SD: 3,85; Range: 7–25)	Md.: 18,0 MW: 16,89 (SD: 3,26; Range: 8–20)	Md.: 18,0; MW: 17,87 (SD: 4,08; Range: 7–25)
gültig: 140 fehlend: 6	gültig: 141 fehlend: 5	gültig: 97 fehlend: 0	gültig: 91 fehlend: 6

Selbstentwickelte Fragen nach Kaluza (2015): Grafisch dargestellt sind in der Abbildung 49 die Mittelwerte der einzelnen Items vor und nach der Maßnahme. Sowohl vor als auch nach der Maßnahme werden die Fragen zur Pflegesituation im Mittel mit „stimmt überwiegend“ bis „stimmt ein wenig“ beantwortet. Im Hinblick auf die Pflege des Angehörigen allerdings schätzen die Befragten ihre Kenntnisse über die Pflege als gut ein und beantworten die Frage im Mittel mit „stimmt überwiegend“ bis „stimmt genau“. Bis auf das Item zeigt sich bei allen Items eine stärkere Tendenz der Antworten Richtung von „stimmt ein wenig“ zu „stimmt überwiegend“ bzw. von „stimmt überwiegend“ zu „stimmt genau“ und deutet auf eine Zunahme der Handlungskompetenz hin. Eine Ausnahme bildet das achte Item „Zurechtkommen der pflegebedürftigen Person mit der veränderten Beziehung durch die Pflegebedürftigkeit“, bei welchem sich eine umgekehrte Tendenz zeigt von „stimmt überwiegend“ zu „stimmt ein wenig“.

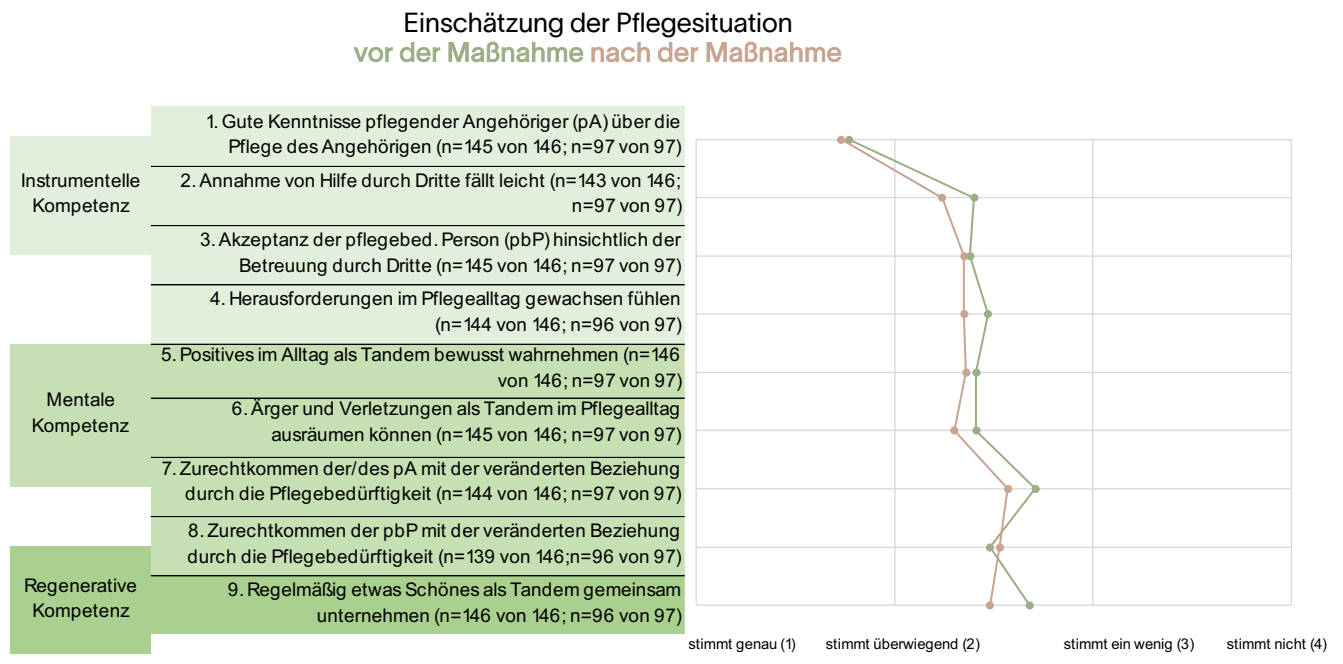


Abb. 49: Selbstentwickelte Fragen nach Kaluza (2015)

Durch den Aufenthalt wird die Möglichkeit gegeben, Kontakt zu anderen Pflegepaaren bzw. pflegenden Angehörigen zu knüpfen. Diese sozialen Kontakte werden mehrfach als Nutzen des Aufenthaltes hervorgehoben. Die hier entwickelten Freundschaften bestehen teils auch lange Zeit über den Aufenthalt hinaus.

Erholung/Gelassenheit/Selbstfürsorge pflegende Angehörige:

Die Pflegepersonen selbst berichteten mehrheitlich, dass sie sich während des Aufenthaltes gut erholen konnten und in den Alltag ein Gefühl von Gelassenheit/„innerer Ruhe“ mitnahmen. Es wurde erzählt, dass mit aufkommenden Problemen oder neuen Herausforderungen nach dem Aufenthalt durch bspw. eine Erkrankung der pflegebedürftigen Person entspannter umgegangen werden kann. Zwei Personen berichteten demgegenüber, dass sie sich aufgrund des eigenen Betreuungsaufwands bei dem Begleitangebot mit gemeinsamer Unterbringung nicht erholen konnten.

Ich habe mich so gut erholt. Ich bin also praktisch rundum erneuert zurückgekommen, und habe hier mich wieder richtig gut in den Alltag eingefügt und in die Pflege wieder eingefunden. Hatte gar keine Probleme damit, auch jetzt, als mein Lebensgefährte dann die Lungenentzündung bekam. Da hätte ich früher wahrscheinlich zu viel bekommen. ‚Oh Gott, was jetzt?‘ Und jetzt bin ich ganz gelassen geblieben. [...] Und ich war also für die neue Herausforderung bestens

gewappnet. Ich habe das ganz ruhig, ganz gelassen gesehen und habe daraus abgeleitet, wie gut ich mich doch erholt habe.“ (TIMP38, Pos. 60–82)

Im Bereich der Selbstfürsorge erzählten pflegende Angehörige, dass sie durch den Aufenthalt gelernt haben, mehr auf sich selbst zu achten und die eigene Gesundheit zu berücksichtigen. Zwei Pflegepersonen berichteten, dass sie gelernt haben, dass hierfür neben dem Bewusstsein auch die Abgrenzung gegenüber der pflegebedürftigen Person wichtig ist. Die praktische Umsetzung in konkreten Verhaltensänderungen wie sich mehr Zeit für eigene Aktivitäten zu nehmen (Sport, Bewegung etc.), wurden dagegen im Pflege-/und Arbeitsalltag teils als schwierig angesehen. Einem Teil der Befragten gelang die Umsetzung allerdings und sie berichteten bspw. von folgenden Aktivitäten: spazieren gehen, tanzen und der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe.

„Vielleicht etwas mehr Gelassenheit. Ich sage mir oft-, es ist so und ich sage auch öfter mal zu meinem Mann, wenn er denn zum 17. Mal innerhalb von zehn Minuten irgendwas möchte. Dass ich dann auch sage nein. Und ich habe da einen Satz gelernt schon im ersten Aufenthalt und den wende ich eigentlich immer noch mal an, dass ich sage: ‚Es geht hier nicht nur um dich. Ich kann das jetzt nicht mehr, ich möchte das jetzt auch nicht mehr.‘ Das kommt auch an bei meinem Mann. Also ich versuche dann gelassener zu sein und mich nicht so schnell aufzuregen und so.“ (TIMP39, Pos. 271–278)

„Ja für mich selber. Ich habe sonst immer versucht mit ihm mehr Sachen zu unternehmen, inzwischen sage ich, ich muss rausgehen. Also ich versuche, die Zeit dann für mich zu nehmen. [...] ich hab das Gefühl, ich nehme mir mehr Zeit für mich inzwischen. Ich arbeite noch nicht, ich bin ja noch krankgeschrieben, das musste auch so sein. [...] und diese Zeit nutze ich jetzt auch für mich aus. Er ist da, er ist zu Hause, aber ich nutze die Zeit für mich aus, einfach rausgehen. [...] Ich glaube, wenn ich am Arbeiten wäre, würde ich diese Zeit für mich wieder nicht nutzen können. Und für ihn da sein.“ (TIMP312, Pos. 394–408)

Über die Nachhaltigkeit der Erholung/Selbstfürsorge/Gelassenheit lässt sich aufgrund des Befragungszeitpunktes ca. vier bis fünf Wochen nach der Maßnahme (bei den pflegenden Angehörigen-Interviews) nur eine begrenzte Aussage treffen. Eine Pflegeperson berichtete, dass sie sich lediglich in den ersten „14 Tagen“ erholt gefühlt hat.

Bei Betrachtung des verwendeten Instrumentes im Kontext des Gesundheitszustandes der Pflegeperson werden folgende Ergebnisse deutlich:

SF-12: Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde zum Zeitpunkt t0 und t1 hinsichtlich des körperlichen und psychischen Bereichs gemessen. Der durchschnittliche Wert der körperlichen Summenskala liegt zum ersten Messzeitpunkt bei 37,26. Für die psychische Skala ergibt sich ein Wert von 35,01. Nach der Vorsorge/Rehabilitation zeigt sich in beiden Bereichen ein leichter Anstieg der Werte auf 38,78 bei der körperlichen Skala und 40,77 bei der psychischen Skala. Ein höherer Wert geht hierbei mit einer Verbesserung der subjektiven Lebensqualität einher. Dargestellt sind die Ergebnisse in Tabelle 16 (S. 162).

Im Vergleich zu der deutschen Normstichprobe 1994⁹ des SF-12 Manuals mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen zeigt sich, dass die befragten pflegenden Angehörigen insbesondere hinsichtlich der psychischen Ebene schlechtere durchschnittliche Werte in der Altersgruppe der >70-Jährigen aufweisen (PSK Normstichprobe: 52,27), was auf eine höhere Belastung insbesondere in diesem Bereich hindeutet. Bei der körperlichen Skala sind die Werte der Normstichprobe vergleichbar/ähnlich (Normstichprobe: 38,76).

Tab. 16: Ergebnisse des SF-12 (t0/t1)

Gesundheitsbezogene Lebensqualität/SF-12: t0		Gesundheitsbezogene Lebensqualität/SF-12: t1	
körperliche Summenskala	psychische Summenskala	körperliche Summenskala	psychische Summenskala
MW: 37,26; Md.: 37,05 (SD: 10,06; Range: 13,6–64,01)	MW: 35,01; Md.: 33,51 (SD: 9,65; Range: 14,44–62,69)	MW: 38,78; Md.: 38,24 (SD: 9,68; Range: 19,29–59,03)	MW: 40,77; Md.: 39,83 (SD: 11,19; Range: 20,37–65,09)
gültig: 120 fehlend: 26	gültig: 120 fehlend: 26	gültig: 87 fehlend: 10	gültig: 87 fehlend: 10

Wissenserwerb:

Eine sehr häufig berichtete Veränderung, die pflegende Angehörige ansprechen, betrifft den Erwerb neuer Kenntnisse. Insbesondere Schulungen zu sozialrechtlichen Themen (Pflegeleistungen etc.) sowie Unterstützungsangebote wurden als hilfreich bewertet. Daneben wurden auch Informationen zu den Krankheitsbildern der pflegebedürftigen Personen, besonders zu Demenz und zum Umgang mit Verhaltensänderungen als förderlich geschildert. Befragte erzählten, dass sie neue Kenntnisse gewinnen oder auch falsche Kenntnisse korrigieren konnten.

„Ja, der Vortrag auch über die Demenz. [...] das war auch sehr hilfreich, dass ich so ein besseres Verständnis für meine Mutter hatte. So, ansonsten dieses, ja, mit den Pflegehilfsmitteln [...] überhaupt über dieses Pflegezeug, was man alles kriegen kann. So diese, wie man die Anträge stellt, das war sehr gut, das hat mir auch gut geholfen für zu Hause. Also es war wirklich schon Dinge, die ich nicht gewusst habe, die da jetzt in meinem Kopf sind und das ist gut so.“
(TIMP310, Pos. 413–425)

*Welche Gelingensbedingungen sind im Rahmen des **Nutzens** entscheidend?*

Der Bereich des Nutzens und die hier dargestellten Ergebnisse verdeutlichen die Bedeutung des Themas Nachhaltigkeit. Damit diese Nachhaltigkeit gelingt, sollte der Übergang in die Häuslichkeit bereits während des Aufenthaltes in den verschiedenen Angeboten eine Rolle spielen. Befragte berichteten bspw., dass mitgegebene/erstellte Gegenstände oder Briefe an die gemeinsame Zeit erinnerten oder auch als Gedächtnisstütze für Erlerntes dienen könnten. Darüber hinaus wird häufig ein Nachsorge-/Unterstützungsbedarf während des Aufenthaltes für die Umsetzung des Erlernten

⁹ Die Normierung des SF-36 bzw. SF-12 im Jahr 1994 hatte zum Ziel, Referenzwerte der beiden Summenskalen für die deutsche Bevölkerung zu gewinnen, die repräsentativ für die Grundgesamtheit sind und Differenzierungen nach Geschlecht und Alter zulassen. Methodisch eröffnen sich durch die Normwerte daher verbesserte Anwendungsmöglichkeiten. Die Grundgesamtheit bildete die deutsche Bevölkerung in Privathaushalten im Alter ab 14 Jahren. Die Proband*innen wurden mit einem zweistufigen Zufallsstichprobenverfahren für die Befragung ausgewählt. (Morfeld et al., 2011).

oder die Nachhaltigkeit von Fortschritten ersichtlich. Die Interviews zeigen, dass hier die Einrichtungen teilweise bereits beraten, empfehlen und unterstützen. Hierzu zählt z. B. die Nutzung von Betreuungsangeboten oder Hilfsmitteln für die pflegebedürftige Person. Daneben können auch bspw. die Nutzung eines Pflegedienstes, einer Selbsthilfegruppe, einer Beratung/eines Case Managements oder auch eines therapeutischen Angebotes wichtige Bestandteile der Nachsorge sein. Die Einrichtungen sollten bedarfsorientiert bereits während des Aufenthaltes das Tandem dahingehend beraten, Empfehlungen aussprechen oder Maßnahmen anbahnen (Abb. 50).

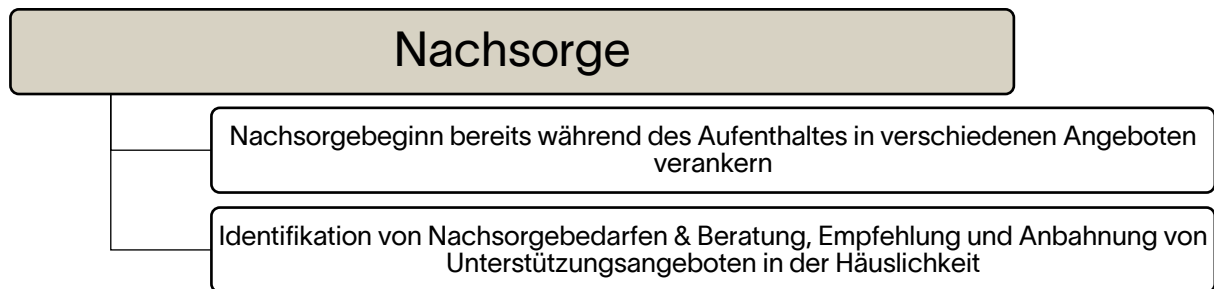


Abb. 50: Gelingensbedingungen: Kontextfaktoren

5.5 Diskussion

Mit der vorliegenden Erhebung wurde das Ziel verfolgt, die Entwicklung und Validierung eines Rahmenkonzeptes für ein Begleitangebot mit Interaktionsbaustein parallel zu einer Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme pflegender Angehöriger wissenschaftlich zu begleiten und fundierte Erkenntnisse für beide Schritte zur Verfügung zu stellen. Darauf aufbauend sollte ein erprobtes und wissenschaftlich validiertes Rahmenkonzept für die Versorgungslandschaft bereitstehen, das es anderen Tandemeinrichtungen ermöglicht, darauf aufbauend ein klinikinternes Konzept zu entwickeln. Damit trägt die Arbeit dazu bei, das bislang entsprechend der Literaturrecherche nicht erforschte Themengebiet der Begleitangebote parallel zu einer Vorsorge/Rehabilitation pflegender Angehöriger zu erforschen. Hierzu wurden verschiedene Perspektiven von Nutzer*innen, Anbietern und Expert*innen in unterschiedlichen Datenerhebungen berücksichtigt. Im Mittelpunkt standen pflegende Angehörige gemeinsam mit ihren pflegebedürftigen Angehörigen als Zielgruppe des Begleitangebotes. Während zur Entwicklung des Konzeptes der Status quo von Begleitangeboten nebst Gelingensbedingungen und Wirksamkeit eruiert wurden, galt es bei der Konzeptvalidierung, Herausforderungen und Gelingensbedingungen für eine nutzer*innenorientierte Umsetzung zu generieren. Die Ergebnisse der Validierung sollen im Folgenden unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Konzeptentwicklungsphase und der Literatur diskutiert werden.

Inanspruchnahme des Angebotes und Zugang:

Eine gemeinsame Reise treten insbesondere ältere Tandems mit einem engen familiären Verhältnis, meist (Ehe-)Paare an, für die die Mitnahme des Partners eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist. Die Trennung von der pflegebedürftigen Person ist nicht vorstellbar, der Betreuungsaufwand soll den Angehörigen nicht zugemutet werden oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der pflegebedürftigen Person durch die Trennung wird befürchtet. Zudem ist die Unterbringungsform, d. h. gemeinsam in einer Einrichtung oder getrennt in einer nahegelegenen Kurzzeitpflege, ein grundlegendes Entscheidungskriterium im Kontext der Inanspruchnahme.

Grundsätzlich ist in der Literatur die Bedeutung der zeitgleichen adäquaten Versorgung der pflegebedürftigen Person bekannt, diese findet sich bspw. in den Handlungsempfehlungen des BQS-Gutachtens zur Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation pflegende Angehöriger wieder (Hertle et al., 2014). Während hier die freie Wahlmöglichkeit unterschiedlicher Versorgungsformen angeraten wird (Mitnahme der pflegebedürftigen Person in dieselbe Einrichtung/in Kliniknähe

oder Versorgung am Wohnort), ist in der befragten Stichprobe der vorliegenden Arbeit ausschließlich die Mitnahme der pflegebedürftigen Person bei der Mehrheit eine unbedingte Voraussetzung für die Nutzung. Dies entspricht ebenso den Ergebnissen von Deck et al. (2018), die eine Rehabilitation pflegender Angehöriger mit demenziell erkrankten pflegebedürftigen Angehörigen erfordern, in welchen 86 % der Befragten, was derselben Größenordnung dieser Studie entspricht, die gemeinsame Reise als notwendige Voraussetzung bewerten. Bei der berichteten Studienpopulation handelt es sich ebenfalls um eine sehr ähnliche Personengruppe, um im Tandem reisende meist ältere Ehepaare, die Pflegepersonen waren überwiegend weiblich mit einem Durchschnittsalter von 75 Jahren. Diese Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die Form des gemeinsamen Reisens insbesondere durch die beschriebene Zielgruppe genutzt wird. Bedacht werden muss hierbei allerdings, dass die Erhebung ausschließlich in zwei Tandemeinrichtungen stattfand, von denen eine Einrichtung speziell auf demenziell erkrankte pflegebedürftige Personen ausgerichtet war und hierdurch eine Verzerrung der Ergebnisse zu vermuten ist.

Obgleich das gemeinsame Reisen einen Bedarf darstellt, zeigt sich in den Validierungsergebnissen ebenso wie in der Nutzer*innen-Fokusgruppe deutlich, dass eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme speziell für pflegende Angehörige sowie die Möglichkeit eines gemeinsamen Aufenthaltes weitestgehend unbekannt sind. In den Gelingensbedingungen wird daher eine zukünftig vermehrte Bewerbung der Angebote mit Hinweis auf die verschiedenen Unterbringungsformen empfohlen. Auch das BQS-Gutachten weist darauf hin, dass für den Zugang die Kenntnis über den Anspruch einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme bestehen muss sowie die Informationen hierzu bekannt sein müssen (Hertle et al., 2014). Bükler et al. berichten im Kontext der Nutzung von Tagespflege allerdings, dass die reine Kenntnis über ein Angebot nicht automatisch mit einer Nutzung verbunden ist (2023). Nach Hetzel et al. (2018) sollten beim Thema Zugang besonders die Hindernisse pflegender Angehöriger bei der Nutzung von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten vor dem Hintergrund der geringen Inanspruchnahme (Bükler et al., 2023; Dorin et al. 2014; Lüdecke et al. 2012) berücksichtigt werden. Hierzu zählen bei der Inanspruchnahme von Kurzzeit-/Tagespflege u. a.: Unwissenheit über die Kostenübernahme, Kosten des Angebotes, bürokratische Hürden, Annahme einer unzureichenden Förderung/Forderung der pflegebedürftigen Personen in der Kurzzeit-/Tagespflege, negative Erfahrungen mit Tagespflege, fehlende zielgruppenspezifische Ausrichtung, Bedenken bei der Versorgung durch andere oder Schuldgefühle pflegender Angehöriger (Dorin et al., 2014; Phillipson & Jones, 2012). Die genannten Hürden spiegeln sich auch zum Teil in den Ergebnissen sowie identifizierten Gelingensbedingungen dieser Arbeit wider und unterstreichen damit die Empfehlung Hetzels.

Auch die anschließende Suche nach einer geeigneten Einrichtung mit passender Unterbringungsform, die Beantragung der Maßnahme und die Vorbereitungen verbunden mit einem „doppelten Organisationsaufwand“ für zwei Personen werden entsprechend den Ergebnissen teils als aufwendig und belastend erlebt. Die Befragten berichten, dass das Angebot gemeinsamer stationärer Maßnahmen gering ist und eine gemeinsame Unterbringung noch seltener. Daher ist eine Unterstützung bei der Beantragung und Suche unter Einbezug verschiedenster Multiplikator*innen wie Krankenkassen, Pflegekassen etc. notwendig. Informationen sollten niederschwellig erreichbar sein (Dorin et al. 2014; Lüdecke et al., 2012), nach Empfehlung von Hertle et al. (2014) durch eine kompetente Unterstützung vor Ort, die Fragen zur parallelen Versorgung der pflegebedürftigen Person beantworten kann. Zudem sollten pflegende Angehörige darin bestärkt werden, dass sie ein Recht auf die Inanspruchnahme und Entlastung haben (Phillipson & Jones, 2012). Gemäß den Validierungsergebnissen kommen hier insbesondere Beratungsstellen sowie die Einrichtungen selbst in Frage. Darüber hinaus ist anzuraten, die Versorgungslandschaft bedarfsgerecht auszubauen, damit Angebote mit verschiedenen Unterbringungsformen für die Zielgruppe zur Verfügung stehen. Für die Entwicklung klinikinterner Konzepte kann das entwickelte Rahmenkonzept eine Grundlage darstellen.

Begleitangebot

Herzstück des Rahmenkonzeptes ist das Begleitangebot, das sowohl als Tagespflege oder Kurzzeitpflege angeboten werden kann und mit einer gemeinsamen oder getrennten Unterbringung

verbunden ist. In den Validierungsergebnissen stellt sich das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person als bedeutsamer Faktor dar, da es für die Pflegeperson elementar ist, die eigene Versorgung/Rehabilitation unbesorgt nutzen zu können. In der Literatur und den Fokusgruppen mit Nutzer*innen lassen sich ähnliche Ergebnisse finden. Allerdings liegt hier der Fokus eher auf einer guten Versorgung und weniger auf dem Wohlbefinden. Deck et al. (2018) berichten bspw., dass es den Angehörigen wichtig ist, ihre pflegebedürftigen Angehörigen gut versorgt zu wissen, um eigene Maßnahmen unbesorgt nutzen zu können. Auch die Handlungsempfehlungen nach Hertle et al. (2014, S. 99) weisen auf eine „qualitativ hochwertige Versorgung“ hin. Pflegepersonen der Fokusgruppe verdeutlichen in ihren geäußerten Sorgen vor einer schlechten Versorgung und einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie in ihren Wünschen an ein Begleitangebot, dass das Thema Versorgung ihnen wichtig ist.

Ich denke, hoffentlich läuft alles gut. Hoffentlich. Und wie kriege ich die wieder?“ (Fokusgruppe_NutzerInnen, Pos. 45–46)

„Das ist, glaube ich, immer die Angst, dass-, man hat immer die Angst, dass sich jemand nicht richtig um den Angehörigen kümmert.“ (Fokusgruppe_NutzerInnen, Pos. 795–796)

„Ja, also was es braucht, eigentlich ganz einfache Antwort. Eine Eins-zu-eins-Pflege. Oder Eins-zu-eins-Betreuung. Also auch in der Tagespflege. Vielleicht auch einer für zwei. Das muss ja auch gehen. Man muss ja nicht die ganze Zeit rumstreicheln. Aber so in dem Schlüssel. Also ein höherer Schlüssel als eine normale Tagespflege hat.“ (Fokusgruppe_NutzerInnen, Pos. 159–163)

Dass das Wohlbefinden in der vorliegenden Arbeit so bedeutsam ist, könnte daran liegen, dass die Pflegepersonen teils das Unwohlsein ihrer Angehörigen bzw. Schwierigkeiten in der Eingewöhnung in der ersten Zeit täglich miterlebt haben, da der größte Anteil der Stichprobe das Angebot der Tagespflege mit einer gemeinsamen Unterbringung genutzt hat. Die Themen Eingewöhnung/Ankommen im Begleitangebot und Vertrauensaufbau standen daher im Mittelpunkt und stellten aufgrund des zeitlich begrenzten Aufenthaltes eine Herausforderung dar. Eine wichtige Erkenntnis lag darin, dass der Aufbau von Vertrauen nicht nur gegenüber den pflegebedürftigen Personen bedeutsam ist, sondern auch gegenüber den pflegenden Angehörigen. Pflegepersonen wollten regelmäßig über das Begleitangebot und ihre Angehörigen informiert werden, da die pflegebedürftigen Personen vielfach krankheitsbedingt nicht von ihren Erfahrungen berichten konnten. Gleiche Erfahrungen finden sich auch in den Ergebnissen im Zusammenhang mit der Nutzung von Tagespflege (Büker et al., 2023).

Als förderliche Faktoren für die Eingewöhnung/den Vertrauensaufbau und das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Personen konnten in dieser Untersuchung neben dem Engagement der Mitarbeiter*innen und dem „freundlichen“ Umgang mit dem Tandem, das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person sowie die Vorerfahrungen mit Unterstützungs-/Betreuungsangeboten identifiziert werden.

Vorerfahrungen mit Betreuungsangeboten gelten auch in den Forschungsarbeiten zur Nutzung von Tagespflege als vorteilhaft. Demnach nehmen Personen mit Erfahrung eher erneut ein Angebot in Anspruch (Büker et al., 2023; Dorin et al. 2014). Darüber hinaus wird zur Erleichterung der Eingewöhnung sowie zum Aufbau von Vertrauen empfohlen, niedrigschwellige Möglichkeiten zum Kennenlernen der Unterstützungsangebote und des Personals zu schaffen, um das Vertrauen in die Angebote und die individuelle Ausrichtung auf die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen zu fördern (Dorin et al., 2014; McSwiggan et al. 2017). Harkin et al. (2020) heben zudem ein familiäres

Umfeld und eine geringe Gruppengröße zur Erleichterung der Eingewöhnung hervor. Um dem hohen Informationsbedürfnis pflegender Angehöriger zu begegnen, ist gemäß den Gelingensbedingungen eine zuverlässige Kommunikation mit den Mitarbeitenden des Begleitangebotes von Bedeutung mit einer bekannten Ansprechperson und einer proaktiven, regelmäßigen und transparenten Informierung durch die Pflegefachpersonen. Die Empfehlung deckt sich mit McSwiggan et al. (2017), die im Hinblick auf die Nutzung von Kurzzeitpflege einen regelmäßigen persönlichen Kontakt zu den Mitarbeitenden empfehlen und in diesem Zusammenhang zudem auf das Potenzial von elektronischen Medien wie Handys für die Kommunikation hinweisen.

Angebote im Rahmen des Begleitangebotes bilden eine weitere wichtige Säule der nutzer*innenorientierten Umsetzung. Es sollen sowohl Angebote zur Beschäftigung als auch zur Förderung der pflegebedürftigen Person in Gruppen- und Einzelformat vorgehalten werden, die individuell an Fähigkeiten, Krankheitsbilder und -stadien sowie Interessen ausgerichtet sind. Bei der Gruppenbildung soll nach individuellen Fähigkeiten und Krankheitsbildern differenziert werden.

Der Wunsch nach einem gesundheitsförderlichen Angebot in der Gruppe und einzeln sowie der dazugehörige Bedarf einer individuellen Umsetzung wird auch in den Ergebnissen der Literaturrecherche sowie der Fokusgruppen deutlich.

„Aber halt, wenn es was bringen sollte, also eine Reha für den Angehörigen, sowie auch für den Pflegling, so eine Mini-Reha, vielleicht auch mit Therapie oder sowas, das kriegen ja sowieso verschrieben. Und dass man einfach das dann mit organisiert, dass halt Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie bekommt. Dass das so eine Art Mini-Reha ist. Halt auch für den Pflegling.“ (Fokusgruppe_NutzerInnen, Pos. 182–187)

„Ich höre den Gedanken für den Pflegebedürftigen, dass es ja ganz wichtig ist, wo die Einschränkung besteht. Ich muss ja mit jemand, der kognitiv fit ist, der hat ganz andere Bedürfnisse und andere Forderungen wie jemand, der eine kognitive Beeinträchtigung hat oder eine emotionale oder eine körperliche Beeinträchtigung hat. Und ich glaube, man kann gar nicht pauschal ein Programm entwerfen für den Pflegebedürftigen, das muss ja sehr individuell sein auch.“ (Fokusgruppe_ExpertInnen, Pos. 175–180)

Auch im Hinblick auf die Forschung zur Nutzung von Tagespflege werden Angebote mit Gesundheitsbezug als bedeutsam erachtet, wenngleich das Thema Gesundheitsförderung als Grund für eine Nutzung hier keine Rolle spielt (Büker et al., 2023). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung deuten darauf hin, dass das Erleben förderlicher Anwendungen in der parallel stattfindenden Vorsorge/Rehabilitation und der Wunsch ebensolcher Förderung für die pflegebedürftigen Angehörigen das Anliegen nach einer Förderung der pflegebedürftigen Person ggf. noch einmal verstärken und im Kontext des Begleitangebotes mehr in den Vordergrund stellen. Berichtet wird zudem auch von einem „schlechten Gewissen“ gegenüber der pflegebedürftigen Person, weil die eigenen Anwendungen positiver angesehen werden als eine „reine Aufbewahrung“ der pflegebedürftigen Personen. Grundsätzlich bietet die Tages-/Kurzzeitpflege, wie den Ergebnissen der Literaturrecherche entnommen werden kann, die Möglichkeit, ein gesundheitsförderliches Angebot vorzuhalten.

Die berichteten Erfahrungen dieser Untersuchung hängen besonders von der Personalstärke zum Zeitpunkt des Aufenthaltes und von dem Krankheitsbild/der Mitteilungsfähigkeit der pflegebedürftigen Person ab. Zudem ist für die Inanspruchnahme von Angeboten der Vorsorge/Rehabilitation die flexible Organisation des Begleitangebotes entscheidend, die sich auch in der Literaturrecherche als wichtige Gelingensbedingung darstellt. Eine weitere wichtige Erkenntnis der Untersuchung

ist, dass die Kosten des Angebotes als wichtige Voraussetzung der Inanspruchnahme angemessen und die Finanzierbarkeit nicht mit einem Verzicht von Unterstützungsangeboten vor der Anreise verbunden sein sollten.

Die Herausforderungen im Hinblick auf die Kosten werden auch bei Bükler et al. (2023) als möglicher Grund gegen eine Inanspruchnahme von Tagespflege trotz Pflegeversicherungssystem in Deutschland dargestellt. Mögliche Ursachen sind bspw., dass Gelder entsprechend dem Pflegegrad die Kosten nicht abdecken oder es schwierig ist, den Eigenanteil zu erbringen (Bükler et al., 2023). Bereits Hertle et al. (2014, S. 99) weisen auf die Problematik hin, dass die Inanspruchnahme eines Begleitangebotes mit dem späteren Verzicht von Unterstützungsleistungen/Betreuung für „Urlaube“ oder für eine „Krisenbewältigung“ verbunden sein kann und deuten darauf hin, dass dies der Erholung der Pflegeperson im Nachgang entgegenlaufe. Empfohlen wird daher auch hier eine Kostenübernahme, die nicht von der Art der Unterbringung abhängt.

Gemeinsam genutzte Tandem- bzw. Interaktionsangebote

Den zweiten Schwerpunkt des Rahmenkonzeptes bilden die gemeinsam genutzten Tandem- bzw. Interaktionsangebote, die den Fokus auf pflegende Angehörige gemeinsam mit ihren pflegebedürftigen Angehörigen richten. Bei den Ergebnissen der Untersuchung ist zu berücksichtigen, dass insgesamt wenig gemeinsame Angebote durch die Einrichtungen vorgehalten und die meisten (meist Rekreationsangebote) in der Einrichtung mit einer gemeinsamen Unterbringung durchgeführt wurden. Dennoch zeigt sich, dass sich die befragten Personen ein umfangreiches gemeinsames Angebot wünschen.

Grundsätzlich wird die Betrachtung beider Personen eines Tandems und die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse in den Ergebnissen der Literaturrecherche als bedeutsam geschildert und auch in der Arbeit von Bükler et al. als wichtig hervorgehoben (2023). Da ein Pfl egetandem meist in einer partnerschaftlichen oder familialen Beziehung zueinandersteht (Rothgang & Müller, 2018), lassen sich die beiden Personen schwerlich getrennt voneinander betrachten. Insbesondere die Beziehung spielt in der häuslichen Pflegesituation und im Zusammenhang mit dem Belastungserleben eine bedeutsame Rolle. Die Wahrnehmung der Erkrankung der pflegebedürftigen Person und damit einhergehende Verhaltensänderungen können die Beziehungsqualität nach Enright et al. (2020) negativ beeinflussen. Auf der anderen Seite kann eine gute Beziehung(-squalität) des Tandems aber auch positiv auf das Belastungsempfinden wirken (Enright et al., 2020) und die gegenseitig wahrgenommene emotionale Unterstützung förderlich für Wohlbefinden/Stimmung und Gesundheit sein (Boerner & Mock, 2012; Carr et al., 2015; Meyer et al., 2021). Empfohlen wird daher, die Beziehung des Tandems in Interventionen zu berücksichtigen durch bspw. die Förderung positiver Wahrnehmung von gegenseitiger Unterstützung und der Reduktion der Wahrnehmung der Belastung mittels gemeinsamer Angebote (Enright et al., 2020; Meyer et al. 2021). Der gemeinsame Aufenthalt bietet hierzu auch nach Meinung der Expert*innen der Fokusgruppe Gelegenheit.

„Also, da gibt es ja auch ganz viele Themen oder auch potenzielle Konfliktpunkte, die dann in so einer gemeinsamen Maßnahme, in so einem anderen Setting, und da ist das Reha-Setting vielleicht gar nicht so schlecht, auch, sagen wir vorsichtig, wo man dann anfangen kann, sie zu bearbeiten.“ (Fokusgruppe_ExpertInnen, Pos. 247–251)

„Auch die Dinge kennenzulernen, ich kann mich zu zweit ja auf den Weg machen, auch wie sich zum Beispiel Beziehung in der Pflege verändert. Finde ich ein wichtiges Thema: Beziehung, Kommunikation, Aggression. Da kann ich zu zweit doch drüber nachdenken, wenn der Pflegebedürftige auch die Fähigkeit dazu hat. Wir müssen da immer an den Ressourcen entlang denken und an der Fähigkeit.“ (Fokusgruppe_ExpertInnen, Pos. 216–221)

Der Bedarf hinsichtlich der Menge und Häufigkeit gemeinsamer und getrennter Angebote bzw. dem Verhältnis von Nähe und Distanz ist gemäß den Validierungsergebnissen verschieden und sollte berücksichtigt werden. Zudem ist es ratsam, Pflegepaare im Vorfeld über den Pflege-/Betreuungsaufwand sowie die Unterstützungsmöglichkeiten durch die Einrichtung aufzuklären. Freizeitangebote wurden bei einer gemeinsamen Unterbringung als hilfreich empfunden, um die gemeinsame Zeit abwechslungsreich zu gestalten und Kontakt zu anderen Pflegepaaren zu knüpfen. Bei Bedarf sind zudem Schulungsangebote sowie Angebote zur Bewältigung der Pflegesituation (Pflegeschulungen, Familiengespräche o. Ä.) bedeutsam. Für eine gute Nutzung sollten sie für unterschiedliche Interessen und Gesundheitszustände der pflegebedürftigen Person geeignet sein und Informationen dazu vorliegen. Besonders wichtig ist zudem, freie Zeiten im Therapie- und Behandlungsplan vorzusehen, damit die Angebote genutzt werden können.

Subjektive Bewertung und Nutzen

Im Hinblick auf die Bewertung und den subjektiven Nutzen zeigen die Ergebnisse der Untersuchung, dass die Befragten mit dem Aufenthalt überwiegend zufrieden sind und die Maßnahme erneut als Tandem gemeinsam nutzen würden. Eine nachhaltige Veränderung stellt sich bei der pflegebedürftigen Person mehrheitlich nicht ein. Der Prä-Post-Vergleich zur Veränderung der Selbstständigkeit zeigt gleichbleibende Werte oder geringfügig positive Veränderungen. Die Interviewaussagen legen aber nahe, dass der Nutzen aus Perspektive pflegender Angehöriger hinsichtlich der pflegebedürftigen Person auch im Bereich des Kennenlernens des Begleitangebotes liegt sowie in der Anbahnung der Nutzung von Unterstützungsleistungen/Hilfsmitteln. Bei zukünftigen Untersuchungen sollte man daher diese Parameter bei der Beurteilung des Nutzens berücksichtigen. Die Pflegeperson selbst hingegen kann sich vielfach gut erholen und ein Gefühl der Gelassenheit und teils eine vermehrte Selbstfürsorge in den Alltag mitnehmen. Der Vorher-nachher-Vergleich des SF-12 zeigt bei psychischen und physischen Summenskalen eine positive Tendenz. Allerdings sei noch einmal darauf hingewiesen, dass aufgrund des Studiendesigns keine Aussagen zur Wirksamkeit gemacht werden können und aufgrund dessen auch keine Signifikanztests durchgeführt wurden. Im Hinblick auf die Beziehung des Tandems wird der Aufenthalt am stärksten als hilfreich erachtet. Es wird berichtet, dass Konflikte gelöst werden konnten oder ein liebevollerer Umgang zu verzeichnen ist. Auch die selbstentwickelten Fragen zeigen eine positive Tendenz. Hier ist für zukünftige Forschungsarbeiten wichtig, im Kontext der Interaktion validierte Instrumente zu entwickeln, um den Nutzen der Maßnahmen im Hinblick auf die Beziehung zu eruieren. Darüber hinaus wird der Erwerb neuen Wissens über besonders sozialrechtliche Themen als wichtige Veränderung geschildert. Damit diese Nachhaltigkeit gelingt, sollte der Übergang in die Häuslichkeit bereits während des Aufenthaltes in den verschiedenen Angeboten eine Rolle spielen und sollten die Nachsorgebedarfe, wie ein Betreuungsangebot oder Hilfsmittel für die pflegebedürftige Person, eine Selbsthilfegruppe, ein Case Management o. Ä. identifiziert und angebahnt werden.

Abschließend ist festzuhalten, dass die hier untersuchten, unterschiedlichen Angebote Tages-/Kurzzeitpflege und die damit verbundene getrennte und gemeinsame Unterbringung eine Herausforderung bei der Validierung darstellten. In den Ergebnissen spiegeln sich daher in manchen Bereichen differenzierte Herausforderungen und Gelingensbedingungen wider. Daher ist es empfehlenswert, diese Untersuchung als Ausgang für weitere Nachforschungen differenziert nach gemeinsamer und getrennter Unterbringung zu nutzen, um die individuellen Anforderungen an die beiden Versorgungsformen zu identifizieren. Außerdem hat sich in der Untersuchung die Berücksichtigung der Perspektive pflegebedürftiger Personen als schwierig herausgestellt, weshalb in zukünftigen Arbeiten hierauf ein Schwerpunkt gelegt werden sollte. Zu überlegen wäre bspw. eine Optimierung der Rekrutierung wie Face-to-Face-Interviews zum Abschluss des Aufenthaltes in den Einrichtungen.

5.6 Fazit

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass Begleitangebote, die eine Mitnahme der pflegebedürftigen Person ermöglichen, für eine bestimmte Personengruppe, hier ältere Ehepaare, benötigt werden, damit pflegende Angehörige dieser Zielgruppe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen können. Hinsichtlich der Versorgungsform und der damit verbundenen Unterbringung haben die Paare konkrete Vorstellungen, die zumeist ebenfalls eine Voraussetzung für die Nutzung des Angebotes sind und für die Anbieter/Einrichtungen mit unterschiedlichen Konsequenzen für die Umsetzung einhergehen.

Die gemeinsame Reise zu zweit bedarf einer umfassenden Unterstützung. Aber auch im Hinblick auf den Aufenthalt (Begleitangebot und gemeinsam genutzte Angebote) und den Übergang in die Häuslichkeit sind verschiedene Faktoren für die Zufriedenheit des Pflegepaares und hinsichtlich der Umsetzung zu beachten. Für das Begleitangebot ist es dem Pflegepaar wichtig, dass sich die pflegebedürftige Person wohl fühlt und sowohl ein Beschäftigungs- als auch ein gesundheitsförderliches Angebot erhält, dass die/den pflegebedürftigen Angehörigen mit allen Bedarfen berücksichtigt. Außerdem bietet der gemeinsame Aufenthalt die Möglichkeit, im Rahmen gemeinsam genutzter Angebote mit unterschiedlichen Schwerpunkten an der Pflegesituation in bedarfsgerechtem Maß zu arbeiten.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung in der Konzeptvalidierung sind daher umfangreiche Gelingensbedingungen abgeleitet worden, die für eine nutzer*innenorientierte Umsetzung relevant sind. Diese Empfehlungen sind in die Finalisierung des Rahmenkonzeptes eingeflossen und wurden zudem durch Erkenntnisse der Anbieter/Einrichtungen ergänzt, wodurch u. a. Informationen zu der Zusammenarbeit der Tandemeinrichtungen aufgenommen werden konnten. Das finalisierte Rahmenkonzept bietet somit weiteren Einrichtungen die Möglichkeit, darauf aufbauend eigene klinikinterne Konzepte zu entwickeln und damit das Versorgungsangebot in der Landschaft auszubauen.

Da in den Ergebnissen der Literaturrecherche deutlich geworden ist, dass keine Forschungsarbeiten über Begleitangebote, die parallel zu einer Vorsorge-Rehabilitationsmaßnahme pflegender Angehöriger stattfinden, gefunden werden konnten, stellt diese Arbeit einen wichtigen Erkenntnisgewinn dar. Im Bereich des Begleitangebotes lässt sich ein Teil der Beobachtungen und Gelingensbedingungen mit Ergebnissen anderer Forschungsarbeiten im Bereich von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten belegen und ergänzen. Darüber hinaus konnten weitere relevante Faktoren des Begleitangebotes und im Bereich gemeinsam genutzter Angebote im Kontext der Vorsorge/Reha identifiziert werden.

5.7 Literatur

- Adamson, E., Pow, J., Houston, F., & Redpath, P. (2016). Exploring the experiences of patients attending day hospitals in the rural Scotland: capturing the patient's voice. *Journal of clinical nursing*, 26(19-20), 3044–3055. <https://doi.org/10.1111/jocn.13651>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32. <http://eprints.whitrose.ac.uk/1618/1/Scopingstudies.pdf>
- Boerner, K., & Mock, S. E. (2012). Impact of patient suffering on caregiver well-being: the case of amyotrophic lateral sclerosis patients and their caregivers. *Psychology, health & medicine*, 17(4), 457–466. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.613942>
- Büker, C., Latteck, Ä.-D. Stroncsek, M. K., Steiner, L., & Cruel, E., (2023). Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung von Tagespflege für ältere Menschen in NRW (TpQ) – Abschlussbericht. *Bericht aus Lehre und Forschung*. Nr. 54. Hochschule Bielefeld. <https://www.hsbi.de/inbvg/projekte/versorgungsforschung/ergebnisbericht>
- Carr, D., Cornman, J. C., & Freedman, V. A. (2015). Marital Quality and Negative Experienced Well-Being: An Assessment of Actor and Partner Effects Among Older Married Persons. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 71(1), 177–187. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv073>
- Chang, A. K., Park, Y. H., Fritschi, C., & Kim, M. J. (2015). A family involvement and patient-tailored health management program in elderly Korean stroke patients' day care centers. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 40(3), 179–187. <https://doi.org/10.1002/rnj.95>
- Chew, J., Chong, M. S., Fong, Y. L., & Tay, L. (2015). Outcomes of a multimodal cognitive and physical rehabilitation program for persons with mild dementia and their caregivers: a goal-oriented approach. *Clinical interventions in aging*, 10, 1687–1694. <https://doi.org/10.2147/CIA.S93914>
- Deck, R., Bussmann, M.-L., Simons, J., Al-Hashimy, S., & Stark, M. (2018). Rehabilitation mit einem demenzkranken Angehörigen: Ergebnisse einer längsschnittlichen Beobachtungsstudie. *Die Rehabilitation*, 58(2), 112-120. <https://doi.org/10.1055/a-0613-1232>
- Dorin, L., Metzging, S., Krupa, E., & Büscher, A. (2014): Erholungszeiten für Familien von Schwerpflegebedürftigen: Inanspruchnahme und Potential von Tages- und Kurzzeitpflege. *Pflege und Gesellschaft* 19 (1), 59-75.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer-Verlag.
- Elm, E. von, Schreiber, G., & Haupt, C. C. (2019). Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 143, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.05.004>
- Enright, J., O'Connell, M. E., Branger, C., Kirk, A., & Morgan, D. (2020). Identity, relationship quality, and subjective burdens in caregivers of persons with dementia. *Dementia*, 19(6), 1855-1871. <https://doi.org/10.1177/1471301218808607>
- Evans, D. (2013): Exploring the concept of respite. *Journal of advanced nursing*, 69 (8), 1905-1916. <https://doi.org/10.1111/jan.12044>
- Harkin, D. J., O'Connor C. M. C., Birch, M.-R., & Poulos, C. J. (2020): Perspectives of Australian family carers of people with dementia on the 'cottage' model of respite: Compared to traditional models of residential respite provided in aged care facilities. *Health & social care in the community*, 28(3), 850-861. <https://doi.org/10.1111/hsc.12916>

- Hertle, D., Lüken, F., Trümner, A., Tewes, C., Rohjans, M., & Veit, C. (2014). *Vom Bedarf zur Reha: Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. https://www.bqs.de/default-wAssets/docs/ak_Gutachen_pflegernde_Angehoerige_final_1.1.zip
- Hetzel, C., Baumann, R., Diekmann, J., & Froböse, I. (2018). Beschreibung eines mehrdimensionalen Gesundheitsprogramms für pflegende Angehörige. *Gesundheitswesen*, 80(S 02), S51-S56. <https://doi.org/10.1055/s-0042-112814>
- Kaluza, Gert (2015). *Gelassen und sicher im Stress. Das Stresskompetenz-Buch: Stress erkennen, verstehen, bewältigen* (6. Aufl.). Springer.
- Lichte, T., Mohwinkel, L., Höppner, C., Jäkel, K., Wilfling, D., Holle, D., Beyer, M., & Vollmar, H.-C. (2018). *Pflegende Angehörige von Erwachsenen: S3-Leitlinie [AWMF-Register-Nr. 053-006, DEGAM-Leitlinie Nr. 6]*. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-006_Pflegende%20Angehoerige/053-006_DEGAM%20LL%20Pflegernde%20Angeho%CC%88rige_4-3-2019.pdf
- McSwiggan, L. C., Marston, J., Campbell, M., Kelly, T. B., & Kroll, T. (2017). Information-sharing with respite care services for older adults: a qualitative exploration of carers' experiences. *Health & social care in the community* 25(4), 1404–1415. <https://doi.org/10.1111/hsc.12440>
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. [MDS] (Hrsg.) (2019). *Das neue Begutachtungsinstrument der Sozialen Pflegeversicherung. Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit*. https://md-bund.de/uploads/media/downloads/Fachinfo_PSG_II.pdf
- Meyer, K., Patel, N., & White, C. (2021). The relationship between perceived support and depression in spousal care partners: a dyadic approach. *Aging & mental health*, 25(10), 1830-1838. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1836474>
- Moon, H., & Adams, K. B. (2012): The effectiveness of dyadic interventions for people with dementia and their caregivers. *Dementia* 12 (6), 821-839. <https://doi.org/10.1177/1471301212447026>
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (2. Aufl.). Hogrefe.
- Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Peters, M., & Tricco, A. C. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBIM evidence synthesis*, 20(4), 950–952. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00483>
- Pendergrass, A. (2015). *Sense of Competence Questionnaire – Validierung, Analyse und Weiterentwicklung* (Publikationsnummer: 10.15496/publikation-12877) [Dissertation, Eberhard Karls Universität Tübingen]
- Pendergrass, A., Beische, D., Becker, C., Hautzinger, M., & Pfeiffer, K. (2015). An abbreviated German version of the Sense of Competence Questionnaire among informal caregivers of relatives who had a stroke: development and validation. *European Journal of Ageing*, 12(3), 203-213. <https://doi.org/10.1007/s10433-015-0342-3>
- Peters, M., D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Hrsg.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Phillipson, L., & Jones, S. C. (2012). Use of day centers for repite by help-seeking caregivers of individuals with dementia. *Journal of gerontological nursing* 38(4), 24-37. <https://doi.org/10.3928/00989134-20120307-05>

- Rothgang, H., & Müller, R. (2018). *Barmer Pflegereport 2018 - Pflegende Angehörige an der Grenze der Belastbarkeit*. <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegereport/pflegereport-2018-1058898>
- Schiffczyk, C., Romero, B., Jonas, C., Lahmeyer, C., Müller, F., & Riepe, M. W. (2013). Efficacy of short-term inpatient rehabilitation for dementia patients and caregivers: prospective cohort study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 35(5-6), 300–312. <https://doi.org/10.1159/000348357>

6. MODELLPROJEKT: „KONZEPTENTWICKLUNG CASE MANAGEMENT FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE“

6.1 Projektbeschreibung

Das Modellprojekt „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“ wurde von der AW Kur und Erholungs GmbH der Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e. V. als Projektträger durchgeführt. Ziel des Modellprojektes war es, ein Rahmenkonzept für ein zugehendes, niederschwelliges und sektorenübergreifendes Beratungs- und Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige (Case Management für pflegende Angehörige – CMpA) mit präventiven und gesundheitsförderlichen Elementen zu entwickeln. Diese Case Management Intervention soll die verschiedenen Lebenslagen von pflegenden Angehörigen sowie ihre jeweiligen Bedarfe berücksichtigen. Im Fokus steht dabei, die Belastungen pflegender Angehöriger nachhaltig zu reduzieren, ihre Gesundheit zu stärken sowie ihr Wohlbefinden zu verbessern. Dazu sollten Mitarbeiter*innen (z.B. kommunale Pflegeberater*innen, Pflegeberater*innen der Pflegekassen, Quartiersmanager*innen, usw.) aus dem Bereich Pflege- und Sozialberatung zu Case Manager*innen für pflegende Angehörige weiterqualifiziert werden. Ein entsprechendes Curriculum wurde ebenfalls im Rahmen des Modellprojektes entwickelt. Damit pflegende Angehörige mit stationärem Vor- oder Rehabilitationsbedarf im Vorfeld und im Anschluss an eine stationäre Maßnahme eine niederschwellige und zugehende Begleitung und Unterstützung erhalten können, wurde im Rahmenkonzept auch ein Vorsorge-/Nachsorgebaustein beschrieben. Das Rahmenkonzept ist auf der [Homepage des Projektträgers](#) verfügbar.

Case Management

Die Funktion von Case Manager*innen erstreckt sich über verschiedene Aspekte gemäß der Definition des Case Managements, wie sie von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management [DGCC] festgelegt wurde. Case Management wird als Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation definiert, um bedarfsgerecht im Einzelfall die notwendige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu gewährleisten (DGCC, 2013).

Zu den Zielen des Case Managements zählt die optimale Gestaltung der Versorgung sowie die Erkennung des Zusammenhangs zwischen medizinischen und sozialen Problemen. Ein weiteres Ziel besteht darin, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu verhindern. Dies wird durch den Aufbau eines bedürfnisorientierten Unterstützungssystems erreicht, das aus der Einzelfallbetreuung Rückschlüsse auf fallübergreifende Netzwerke zieht, um die spätere Zusammenarbeit verschiedener Dienstleistungen zu verbessern.

Eine wichtige Grundlage für das Case Management ist eine komplexe Ausgangssituation oder Problemlage, die nicht durch die Inanspruchnahme einer einzigen Dienstleistung bewältigt werden kann. Die Tätigkeit umfasst Beratung, Begleitung sowie die Organisation, Koordination und Steuerung der Versorgungsabläufe, die individuell auf den einzelnen Fall zugeschnitten sind. Case Management findet in verschiedenen Sektoren statt, sowohl ambulant als auch stationär. Es kann entweder auf allgemeiner/systemischer Ebene (wie die Begleitung im Krankenhaus) oder auf individueller Ebene (bezogen auf die Problembewältigung einer einzelnen Person oder Familie) durchgeführt werden. Case Management zielt darauf ab, eine effektive Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsakteure durch gute Koordination und Organisation zu schaffen (Wendt, 2015; Monzer, 2018; DGCC, 2013).

Modellprojekt

Die Qualifizierung der Case Manager*innen für pflegende Angehörige erfolgte über eine Schulung. Für diese Schulung wurde zuvor ein modulares Schulungscurriculum entwickelt, mit dem dann 15 Mitarbeitende aus der (Pflege-)Beratung der Kreise/Kommunen, der Freien Wohlfahrtspflege und der Pflegekasse weiterqualifiziert werden konnten. Die Schulung war aufgeteilt in zwei je dreitägige Basisschulblöcke im März 2022 und zwei Fresh-up Termine im April 2022. Zusätzlich hat die Unfallkasse NRW die Module „Familienmoderation“ und „Beim Pflegen gesund bleiben“ angeboten.

Im Sommer 2022 starteten dann neun Case Manager*innen für pflegende Angehörige an sechs Modellstandorten in die Erprobungsphase, die bis in den Sommer 2023 lief. Abbildung 51 veranschaulicht diesen Verlauf und skizziert die Arbeitsschritte der wissenschaftlichen Begleitung im Bereich der Konzeptentwicklung und -validierung.



Abb. 51: Übersicht zum Verlauf des Modellprojekts (eig. Darstellung)

Das Konzept richtet sich nach den Lebensumständen der pflegenden Angehörigen und berücksichtigt ihre spezifischen Wünsche und Bedürfnisse. Das Ziel besteht darin, die Belastungen der Pflegenden langfristig zu verringern, ihre Gesundheit zu fördern und ihr Wohlbefinden zu steigern.

Die Anzahl der Termine sowie die Gesamtdauer des CMpA-Prozesses variieren in Abhängigkeit der individuellen Fälle. Ebenso sind die Tätigkeiten, die die Case Manager*innen für pflegende Angehörige durchführen vielfältig, weil sie sich nach den in der Unterstützungs- und Entlastungsplanung festgelegten Zielen richten. Die Hauptfunktion der Case Manager*innen für pflegende Angehörige wird aber im Social Support gesehen. Je nach Bedarf nehmen die Case Manager*innen für pflegende Angehörige aber auch die Gate-Keeper-, Broker- oder Advocacy-Funktion ein (Monzer, 2018 & DGCC, 2020). Näheres kann in der frei verfügbaren [Veröffentlichung des Konzeptes](#) der AW Kur und Erholungs GmbH nachgelesen werden.

Die Zielsetzung und Fragestellung der Validierung, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durch das Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich der Hochschule Bielefeld durchgeführt wurde, werden im nachfolgenden Kapitel beschrieben.

6.2 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung war es im Sinne des MRC-Modells die Konzeptentwicklung durch wissenschaftliche Erkenntnisse zu stützen und das anschließend entwickelte Konzept zu validieren. Die Datenerhebungen im Rahmen der Konzeptentwicklung dienten der Exploration des Handlungsfeldes, standen aber vor allem unter der Frage, was Expert*innen und Nutzer*innen von einem CMpA brauchen und erwarten. Um diese Frage zu beantworten, wurde zunächst mittels eines Scoping Reviews recherchiert, welche vergleichbaren Konzepte im internationalen Raum bereits zur Verfügung stehen und wie entsprechende Ergebnisse aussehen. Im nächsten Schritt wurde in Fokusgruppen mit Expert*innen und Nutzer*innen eruiert, wie ein CMpA-Konzept gestaltet werden sollte, und wie eine entsprechende Schulung gelingen kann, bzw. welche Kompetenzen Case Manager*innen für pflegende Angehörige benötigen, um das Konzept kompetent umsetzen zu können.

Im Zentrum der Validierung stand die folgende Forschungsfrage: Wie empfinden und beurteilen Nutzer*innen die Teilnahme am Konzept Case Management für pflegende Angehörige?

Ziel der Datenerhebungen war die **Validierung aus Nutzer*innenperspektive** zur Überarbeitung einer Pilotversion des Konzeptes „Case Management für pflegende Angehörige“. Hinsichtlich der Nutzer*innenperspektive wurde zusätzlich versucht die folgenden Fragen zu beantworten:

- Wie haben die pflegenden Angehörigen [pA] die Teilnahme am CMpA erlebt?
- Wie hat Ihnen die Teilnahme gefallen?
- Welche Auswirkungen haben sie durch die Teilnahme erlebt?
- Welche Hinweise ergeben sich bzgl. der Umsetzung des Konzeptes?
- Inwiefern konnten die Ziele (Stärkung von Wohlbefinden und psychischer Gesundheit) erreicht werden?
- Wie erfolgte der Zugang?

Die **Interviews mit den Case Manager*innen für pflegende Angehörige** verfolgten zwei unterschiedliche Ziele: Zum einen die Konzeptvalidierung aus Anbieter*innenperspektive, zum anderen die Schulungvalidierung aus Case Manager*innenperspektive zur Überarbeitung einer Pilotversion des Curriculums der Schulung zum/zur „Case Manager*in für pflegende Angehörige“. Daher lagen den Interviews die folgenden primären Fragestellungen zugrunde:

1. Wie ist es den Case Manager*innen bei der Durchführung des CMpA-Konzeptes ergangen und wie beurteilen Sie die Übertragbarkeit des Konzeptes in die Praxis?
2. Wie haben sich die Case Manager*innen durch die Schulung auf die Durchführung des Case Managements für pflegende Angehörige vorbereitet gefühlt?

Die sekundären Forschungsfragen dieser Datenerhebung sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 17: sekundäre Forschungsfragen der Interviews mit Case Manager*innen für pflegende Angehörige

Konzeptvalidierung	Schulungvalidierung
<ul style="list-style-type: none"> - Wie wurde das Konzept umgesetzt? - Welche Gelingensbedingungen lassen sich aus den Erfahrungen der CMpA ableiten? - Wie ist die Akzeptanz der CMpA hinsichtlich des Konzeptes? - Welche Hinweise ergeben sich für die Konzeptüberarbeitung? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist die Akzeptanz der CMpA hinsichtlich der Schulung? - Welche Hinweise ergeben sich für die Schulungsüberarbeitung?

6.3 Konzeptentwicklung

Grundlage für die Entwicklung der Konzepte boten die Ergebnisse eines Scoping Reviews und mehrerer Fokusgruppen. Das Vorgehen und die Ergebnisse dieser Methoden werden in diesem Kapitel skizziert.

6.3.1 Scoping Review

Methodik

Die Ergebnisse der primären Fragestellung wurden bereits in Kapitel 5.1 dargelegt. Im Folgenden wird das methodische Vorgehen der Literaturrecherche beschrieben.

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurde ein Scoping Review in den Datenbanken PubMed, CINAHL und LIVIVO auf Deutsch und Englisch für den Zeitraum von 2010 bis 2021 durchgeführt. Zur geplanten Konzeptentwicklung war dieser Schritt daher unerlässlich, um den Verbundpartnern einen Überblick über den Forschungsstand zu den beschriebenen Forschungsfragen zu geben. In Anlehnung an Peters et al. und Munn et al. (2015 & 2020; 2018 & 2022) wurde, um das Vorgehen systematisch zu gestalten, zu Beginn der Recherche ein Protokoll angelegt, welches neben dem Titel, den Zielen und der Fragestellung, auch die Methodik in Form der Ein- und Ausschlusskriterien, den Studientypen und die Suchstrategie erhält. Es wurden darin außerdem die weiteren Schritte dokumentiert. Das Protokoll wurde mit der AW Kur und Erholungs GmbH abgestimmt, eine Veröffentlichung des Priori-Reviewprotokolls erfolgte nicht.

Der PCC (population, concept and context) guide wurde genutzt, um die Einschlusskriterien zu definieren (Peters et al., 2020). Die Population [P] umfasst pflegende Angehörige jeden Alters, Geschlechts und sozioökonomischen Status (SES), mit unterschiedlichen Rollen in der Pflege, aus unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, mit unterschiedlichen Pflegesituationen und gesundheitlichen Einschränkungen, die einen pflegebedürftigen Menschen aus dem familiären oder erweiterten Umfeld unentgeltlich (ausgenommen Pflegegeld gemäß § 37 SGB XI) und längerfristig körperlich pflegen und/oder hauswirtschaftlich versorgen und/oder psychosozial betreuen (Lichte et al., 2018). Zum Konzept [C] zählen verschiedene Interventionselemente für pflegende Angehörige. Der Kontext [C] besteht aus allgemeinem bzw. systemischem zugehendem, präventivem Case Management für den pflegenden Angehörigen & zugehendem Case Management zur Unterstützung pflegender Angehöriger vor und nach einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme.

Ausgeschlossen werden Interventionen, die eine initiale Beratung darstellen, in denen Case Manager*innen nur einmalig beraten sowie Beratungen, die den Einschlussfaktoren widersprechen. Leitlinien, Fallserien, Abschlussberichte anderer Projekte, Kongressbeiträge, Websites, Blogs und Briefe werden ebenfalls nicht eingeschlossen.

Suchbegriffe für die beschriebenen PCC-Inhalte wurden mittels boolescher Operatoren miteinander verknüpft und in PubMed mit MeSH-Terms ergänzt. Dieses Vorgehen wird in der folgenden Tabelle exemplarisch zusammengefasst.

Tab. 18: Beispiel Suchstrategie

Komponente	Suchbegriff	Synonym	Englische Übersetzung
1	Pflegende/r Angehörige/r Informelle Pflege Laienpflege Angehörigenpflege	„Pflegende* Angehörige**“	caregiver*, „informal caregiver“, carer, „family carer“, „family caregiver, family caring
AND			
2	Case Management	Prozesssteuerung, -management,	„managed care“, „case management“

Datenanalyse

Die identifizierte Literatur wurde mithilfe des Literaturverwaltungsprogramms Endnote X9.2 ausgewählt. Eine Projektmitarbeiterin übernahm die erste Durchsicht basierend auf den Titeln oder Abstracts und nutzte dabei die Funktion zur Gruppierung in EndNote X9.2 (inklusive Entscheidung für Ein- oder Ausschluss mit entsprechender Begründung). Die Gruppe „Ausschluss“ wurde mit Begründungen versehen, um ein transparentes Auswahlverfahren zu gewährleisten. Die abschließende Auswahl der Publikationen, die in das Scoping Review aufgenommen wurden, erfolgte nach einer gemeinsamen Diskussion mit einer anderen Projektmitarbeiterin.

Ergebnisse

3141 Treffer wurden über die Suche in den beschriebenen drei Datenbanken erzielt. Zusätzlich wurden acht Artikel durch die Scoping Reviews der anderen beiden Modellprojekte des Verbundvorhabens berücksichtigt. Mithilfe der Software EndNote wurden 2616 Duplikate entfernt. Nach dem Screening der Titel und Abstracts der restlichen Artikel, wurden 38 Voll-Text-Artikel hinsichtlich ihrer Eignung unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. In diesem Schritt wurden 29 Artikel ausgeschlossen, sodass neun Studien ins Review integriert wurden. Abbildung 52 zeigt das erstellte Flussdiagramm, welches den Recherche- und Auswahlprozess veranschaulichen soll (Tricco et al., 2018).

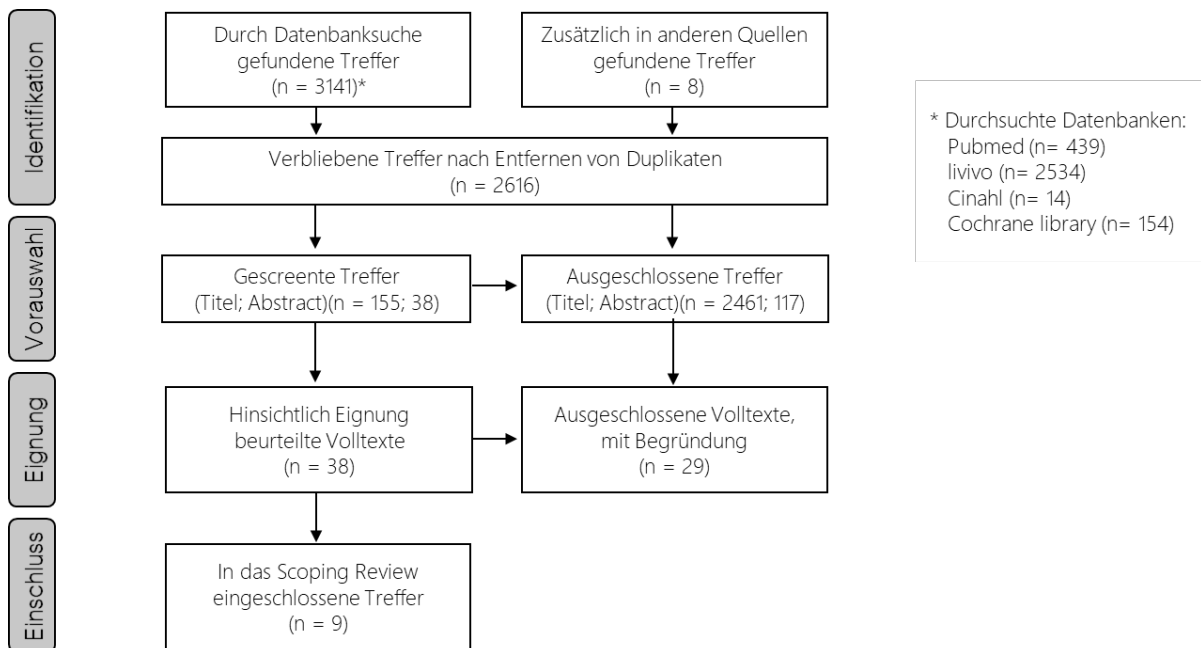


Abb. 52: Flussdiagramm zur Studienauswahl (eig. Abb. nach Tricco et al., 2018)

Die primäre Fragestellung, welche zugehenden, sektorenübergreifenden und präventiven Beratungs- und Unterstützungskonzepte/Case Management Konzepte für pflegende Angehörige bestehen, wird im Folgenden beantwortet.

Die eingeschlossenen Studien sind hinsichtlich Design und Methodik sowie Zielsetzungen und Fragestellungen heterogen. Zwei der eingeschlossenen Studien sind Reviews. Eins dieser Reviews hat mittels systematischer Methodik positive und negative Folgen klinischer Case Management-Programme für gebrechliche ältere Menschen oder Menschen mit Demenz auf deren pflegende Angehörige identifiziert (Corvol et al., 2017). Das zweite, in diesem Fall systematic mixed studies,

Review identifizierte die Bedarfe von Patient*innen und deren pflegenden Angehörigen sowie die Effekte von Case Management auf die Dyaden (Khanassov & Vedel, 2016). Bei den übrigen Studien handelt es sich um Interventionsstudien.

Corvol et al. (2017) identifizierten in ihrem systematischen Review 11 randomisierte klinische Studien und fünf quasi-experimentelle Studien. Neben einer Handsuche wurden die Datenbanken MEDLINE, EMBASE, ISI Web of Knowledge, dem Cochrane Central Register of Controlled Trials, PsycINFO, CSA Social Services Abstract und FRANCIS durchsucht. Die Bewertung der methodischen Qualität der randomisierten Studien erfolgte nach Cochrane Collaboration tools for assessing risk of bias in randomized trials anhand der Bewertungsmerkmale Interventionsbeschreibung, Interventionsintensität und dem Grad der Integration. Bei den identifizierten Konzepten handelt es sich um Case Management Konzepte für Pflegende von älteren gebrechlichen Personen, bei denen die pflegenden Angehörigen bzw. primären Bezugspersonen nicht immer einen familiären Zusammenhang haben. Die pflegenden Angehörigen sind im Alter von 44 bis 67 Jahren und überwiegend Frauen. Die pflegebedürftigen Angehörigen sind über 65 Jahre alt. (Corvol et al., 2017).

Khanassov und Vedel (2016) inkludierten insgesamt 54 Studien in ihrem systematischen Review. 46 der Studien beschreiben Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Personen, acht Studien betreffen Case Management-Konzepte. Die Studien haben ein quantitatives, qualitatives oder Mixed-Method-Design und wurden in den Datenbanken MEDLINE, PsycINFO und EMBASE und einer zusätzlichen Handsuche gefunden. Die Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Studien fand mittels Mixed Methods Appraisal Tool statt, das die interne und externe Validität, z. B. in Bezug auf die Repräsentativität der Stichprobe und Randomisierung, betrachtet. Eingeschlossen wurden die Studien ohne Rücksicht auf deren Qualität, allerdings wurde mittels Sensitivitätsanalyse der Einfluss von Studien geringerer Qualität auf die Ergebnisse bewertet. Das Review beinhaltet narrative Synthesen zur Entwicklung einer Taxonomie der Bedürfnisse und Auswirkungen von Case Management auf die Bedürfnisse. Zudem wurde eine narrative Synthese zur Definition der Schlüsselkomponenten von Case Management durchgeführt. Zielgruppentechnisch richten sich die Studien sowohl auf die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen als auch zu pflegebedürftigen Personen. Es wurde ein Demenz-Case-Management-Konzept in der Primärversorgung basierend auf einer engen Zusammenarbeit von Case Manager*innen und Hausärzt*innen identifiziert. Die Case Manager*innen waren Pflegefachpersonen mit Spezialisierung auf die Pflege älterer Menschen. Zu ihren Aufgaben gehören die Koordination von Behandlungsplänen und die Bereitstellung von Dienstleistungen. Während dieser Prozesse erfolgt regelmäßige Kommunikation mit den Hausärzten und -ärztinnen. Die Aufgabe der Hausärzt*innen ist es, Versorgungspläne zu entwickeln und anhand von Updates von den Case Manager*innen zu modifizieren sowie die medizinische Behandlung durchzuführen.

Jungbauer et al. (2017) konzipierte und evaluierte ein zugehendes und persönliches Unterstützungskonzept; Angehörigenlots*innen, die Angehörige von Schlaganfallpatient*innen während des Rehabilitationsprozesses unterstützen sollen. Das Konzept soll phasenübergreifend eine feste Ansprechperson bieten, die zugehend berät, sodass auch Hausbesuche möglich sind. Die Anzahl der Beratungen soll individuell an die Bedarfe der pflegenden Angehörigen angepasst werden, umfasse aber i. d. R. ca. vier bis sechs Beratungen, von der Aufnahme der Schlaganfallpatient*innen bis zu deren Entlassung ins häusliche Umfeld. Die Beraterin arbeitet als „Lotsin“. Ihre Fachkompetenzen umfassen rehabilitationsbezogene Kenntnisse und Kompetenzen in professioneller Beratung und Gesprächsführung. Zu ihren Aufgaben gehören neben den Hausbesuchen das individuelle Eingehen auf Informations- und Hilfebedarf, psychosoziale Beratung mit therapeutischen Elementen, Unterstützung bei der Entwicklung von Problemlösungen, Hilfe bei der Beantragung von Leistungen, Telefonberatung, Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen und die Kooperation und Vernetzung mit bestehenden Unterstützungsangeboten sowie Öffentlichkeitsarbeit. Die Evaluation erfolgte via Mixed-Method pre-post-Design und umfasste neben einer Fragebogenerhebung zu unterschiedlichen Aspekten erlebter Belastungen und Bewältigungsversuchen auch Interviews. (ebd.).

Wittingham et al. (2017) führten eine phänomenologische Studie mit semistrukturierten Interviews zur Evaluation der Rolle einer Specialist Heart Failure Nurse (SHFN) durch. SHFNs sollen evidenzbasierte Versorgung, in Form von pharmakologischen und nicht pharmakologischen Interventionen, leisten, eingebettet in einen Case Management Ansatz. Fokussiert werden die Erfahrungen pflegender Angehöriger von Patient*innen mit Herzversagen mit der Unterstützung der SHFNs. Der Case Management Ansatz der Studie basiert ebenfalls auf einer zugehenden Ansprache. Interviewteilnehmende wurden durch purposive sampling rekrutiert. Diese Methode der Stichprobenziehung sucht nach Teilnehmenden, die detaillierte Einblicke in ihre Erfahrungen mit dem zu evaluierenden Thema bieten können.

Im Rahmen eines Pilot-RCTs, sollte in der dritten eingeschlossenen Interventionsstudie ein innovatives Health and Social Collaborative Case Management-Modell (HSC-CM-Modell) zur Optimierung der Unterstützung pflegender Angehöriger von geriatrischen Patient*innen entwickelt werden. Basis für den Ansatz bietet ein umfassendes Assessment, ein integratives Angebot mit multidisziplinärer Zusammenarbeit in Form von gruppenbasierten Trainingsworkshops. Die Durchführung der Workshops in Gruppen soll zusätzliche Unterstützung durch Peers bieten. Der Case Management-Prozess ist dabei für 16 Wochen angesetzt. Die Studie lief von Juni 2013 bis Juli 2014. Insgesamt haben 60 pflegende Angehörige am RCT teilgenommen. Die Rekrutierung erfolgte über das Gemeindezentrum in Hongkong. Die pflegenden Angehörigen waren durchschnittlich 61,3 Jahre alt und haben gebrechliche ältere Menschen gepflegt. Die Hälfte der Teilnehmenden erhielt Beratung via HSC-CM-Modell, während die anderen 30 pflegenden Angehörigen allgemeine Beratung durch Sozialarbeiter*innen erhielten. Evaluiert wurde die Intervention mittels schriftlicher Befragung, die Instrumente wie das Caregiver Burden Inventory und den SF-36 enthielt. Als zusätzliches Outcome wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQOL) ermittelt (Yu, 2016).

Die Studie Problemlösen in der Pflegeberatung (PLiP-Studie) veröffentlichte ihr Studienprotokoll, in welchem die Cluster randomisierte pragmatische Studie beschrieben wurde. Während der Fokus der Studie auf der Schulung von Pflegeberater*innen der gesetzlichen Pflegeversicherung im Problemlösungsansatz und den anschließenden Einschluss dieses Ansatzes in die Pflegeberatung pflegender Angehöriger darstellte, wird zusätzlich beschrieben, dass der Umfang von Pflegeberatung auch Case Management umfassen sollte. 38 Standorte mit 58 Pflegeberater*innen (durch Berater*innen der Pflegekassen (Qualifikation nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands)) nahmen an der Studie teil. Die Kontrollgruppe (n = 50) bestand aus pflegenden Angehörigen, die ausschließlich die Routineberatung (§ 7a SGB XI) durch Pflegeberater*innen erhalten haben, während pflegende Angehörige der Interventionsgruppe (n = 50) zusätzlich Problemlösungsberatung für pflegende Angehörige von pflegebedürftigen Personen unterschiedlicher Diagnosen erhalten sollten. Die Evaluation erfolgte via Fragebogenerhebung und Telefoninterviews je nach Aufnahme in die Studie, nach drei Monaten und nach sechs Monaten. Outcomes, die zur Wirksamkeitsüberprüfung untersucht wurden, beinhalten u. a. Depressivität, körperliche Beschwerden und Lebensqualität der pflegenden Angehörigen. Zusätzlich wurde mittels Barthel-Index überprüft, ob Unterschiede in der Funktionalität der pflegebedürftigen Personen durch die Intervention wahrnehmbar waren. Die Pflegeberater*innen wurden zusätzlich zu drei Zeitpunkten zur Wirksamkeit der Schulung befragt (Pfeiffer et al., 2017; Pfeiffer et al., 2018).

Ein weiteres RCT zog einen Vergleich der Wirksamkeit von zwei Beratungsinterventionen mit nachgewiesener Evidenz in New York City (Resources for Enhancing Caregiver Health-Offering Useful Treatment (REACH-OUT) und New York University Caregiver Intervention (NYUCI)). Die Zielgruppe bilden hispanische pflegende Angehörige von pflegebedürftigen Personen mit Demenz in Nord Manhattan (n = 221). Die Interventionsgruppe erhielt eine erweiterte Pflegeintervention (NYUCI) (n = 110), die Kontrollgruppe REACH-OUT. Die Intervention soll depressive Symptome sowie die Belastung pflegender Angehöriger reduzieren. Die schriftliche Befragung erfolgte zu Beginn der Interventionen sowie nach sechs Monaten. Gemeinsamkeiten der beiden Interventionen umfassen, dass beide auf dem Stress-Prozess-Modell (SPM) von Pearlin basieren und eine direkte Interaktion zwischen den durchführenden Fachpersonen und pflegenden Angehörigen vorsehen. Sie konzentrieren sich beide auf ähnliche Themen und Fähigkeiten, ermöglichen eine individuelle Anpassung

an den/die pflegende/n Angehörige/n und überweisen pflegende Angehörige an soziale Unterstützungsdienste. Bezüglich der Durchführung sehen beide Interventionen sechs geplante Besuche in sechs Monaten vor, haben jeweils eine ähnliche Dauer, bieten Ad-hoc-Kontakte und erfolgen durch Berater*innen mit dem Master in sozialer Arbeit. Die Interventionen unterscheiden sich v. a. in therapeutischen Techniken und der Art der Durchführung (Luchsinger et al., 2018, 2016).

In einer Mixed-Methods-Querschnittsstudie vergleichen Gridley et al. zwei Versorgungsmodelle; Versorgung durch Admiral Nurses und übliche Pflege. An der in England durchgeführten Beobachtungsstudie nahmen 32 lokale Behörden teil – je 16 lokale Behörden je Versorgungsmodell. Innerhalb der qualitativen Datenerhebung wurden 13 Interviews und sechs Fokusgruppen durchgeführt. An den Fokusgruppen nahmen insgesamt 35 pflegende Angehörige teil, 18 mit AN-Intervention und 17 ohne AN-Intervention. Zusätzlich nahmen 20 Fachkräfte teil. Neben der qualitativen Datenerhebung wurden eine Fragebogenerhebung und eine Sekundärdatenanalyse durchgeführt. 346 Fragebögen wurden ausgewertet, von denen 46% der Teilnehmenden mittels AN-Ansatz versorgt wurden. Die Sekundärdatenanalyse wurde innerhalb des Dementia UK's AN Verwaltungsdatensatz durchgeführt. Outcomes, die bei der Evaluation betrachtet wurden, inkludieren die Lebensqualität sowie psychische und physische Gesundheit. Admiral Nursing ist ein Case Management-Konzept, welches sich auf die Unterstützung für pflegende Angehörige von pflegebedürftigen Personen mit Demenz spezialisiert. Die durchführenden AN sind Pflegefachpersonen für psychische Gesundheit mit einer Spezialisierung auf die Pflege von Menschen mit Demenz. Das Konzept beinhaltet die Beurteilung und Überwachung, Diskussion, Informationsbereitstellung und Beratung, Pflegekoordination, emotionale Unterstützung und Beratung sowie praktische Unterstützung (Gridley et al., 2019).

Weidner et al. (2017) stellten in ihrer Veröffentlichung einen entwickelten und erprobten multidimensionalen Ansatz innerhalb des Modellvorhabens „Entlastungsprogramm bei Demenz“ (EDe I und EDe II, 2006 bis 2011 im Landkreis Minden-Lübbecke, NRW) vor. EDe I sollte Entlastungen bei Menschen mit Pflegestufen I-III leisten (n = 300), während die Zielgruppe für EDe II Menschen mit Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind. Analysiert wurden die Dokumentationen zu Beratungsbesuchen und Protokolle der Fallkonferenzen, außerdem wurden Telefoninterviews mit pflegenden Angehörigen durchgeführt und die Case Manager*innen wurden schriftlich befragt. Die Konzepte sollen ein präventives, aufsuchendes und alltagsnahes Case Management darstellen, welches durch qualifizierte Pflegefachkräfte unter Beachtung individueller und sich verändernder Ressourcen, Bedarfe und Risiken in den betroffenen Familien durchgeführt wird. Weiterhin soll das Case Management programmatische Angebote von Unterstützungs- und Entlastungsleistungen aus dem SGB XI und weiterer Angebote aus der jeweiligen Region zusammenstellen. Der Zugang erfolgt in EDe II über Haus- und Fachärzt*innen sowie Mitarbeiter*innen von Demenzfachberatungsstellen als erfolgreiche „Türöffner“ und in EDe I auch über ambulante Pflegedienste und die Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI.

Die existierenden Forschungsarbeiten zeigen, dass punktuell bereits zugehende, sektorenübergreifende und präventive Beratungs- und Unterstützungskonzepte für pflegende Angehörige existieren. Diese Konzepte variieren in ihrer Zielgruppenorientierung, den angewendeten Methoden und den unterstützten Bedürfnissen. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit eines regionalen, zielgruppenspezifischen, sektorenübergreifenden Angebotes für pflegende Angehörige, das die spezifischen Bedürfnisse der Pflegenden und ihrer individuellen Situationen berücksichtigt. Für die Entwicklung des Konzeptes Case Management für pflegende Angehörige konnten wesentliche Faktoren identifiziert werden. Die Ergebnisse betonen die Notwendigkeit, das Konzept nutzer*innenorientiert und individuell auf die vielfältigen Bedürfnisse pflegender Angehöriger auszurichten. Dabei ist es wichtig, Flexibilität zu wahren, um die teilweise eingeschränkten organisatorischen Möglichkeiten der Pflegenden zu berücksichtigen. Ein sektorenübergreifender Ansatz ist entscheidend sowie nicht nur psychosoziale Unterstützung, sondern auch Gesundheitsförderung anzubieten. Die Einbindung der Zielgruppe bereits im Entwicklungsprozess ist von großer Bedeutung. Ziel sollte demnach eine nachhaltige Entlastung für pflegende Angehörige sein.

6.3.2 Fokusgruppen

Insgesamt wurden in der Phase der Konzeptentwicklung drei Fokusgruppensitzungen durchgeführt. Eine Fokusgruppe mit Nutzer*innen und jeweils eine Fokusgruppe mit Expert*innen zur Konzeptentwicklung und zur Entwicklung des Curriculums.

Expert*innenfokusgruppe zur Curriculums-Entwicklung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Expert*innen für eine nachhaltige Implementierung des Curriculums und der Weiterqualifizierung verschiedene Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen als relevant beschreiben. Für eine anerkannte Zertifizierung wird beispielsweise der Grad der Professionalität hervorgehoben. Ein weiterer als relevant herausgestellter Aspekt war die frühzeitige Netzwerkarbeit, insbesondere der frühzeitige Einbezug von Kostenträgern. Es wurde empfohlen, realistisch und transparent darzustellen, welche Stakeholder von einem CMpA profitieren und wie der Mehrwert definiert sein könnte. Herausfordernd wird die Implementierung des Curriculums und der Schulung in gesetzliche Strukturen sowie die Entwicklung eines gesetzlichen Anspruches von pflegenden Angehörigen für ein CMpA gesehen. Gleichzeitig seien diese beiden Punkte langfristige Ziele. Hinsichtlich des Mehrwertes argumentierten die Expert*innen zusätzlich, dass dieser auch für die Case Manager*innen für pflegende Angehörige selbst dargestellt werden sollte.

Expert*innen- und Nutzer*innenfokusgruppe zur Konzeptentwicklung

Neben Unterstützungs- und Entlastungsangeboten, die auf pflegebedürftige Personen abzielen, nehmen pflegende Angehörige auch Angebote in Anspruch, die auf sie selbst ausgerichtet sind, wie beispielsweise Selbsthilfegruppen. Dies zeigt sich auch in den angesprochenen Bedürfnissen von pflegenden Angehörigen nach einem Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen und nach Entlastungsangeboten. Darüber hinaus wünschen sich pflegende Angehörige persönliche Ansprechpartner*innen, rechtliche Unterstützung, mehr Verständnis und Anerkennung für die eigene Situation und flexiblere Rahmenbedingungen für ihre Berufstätigkeit. Barrieren für die Inanspruchnahme werden von den Fokusgruppenteilnehmenden aus Erfahrungen mit anderen Unterstützungsangeboten vor allem in den folgenden Bereichen gesehen: hohe Kosten, hoher Aufwand, keine zielgruppenspezifische Ausrichtung, abweichendes Rollenverständnis oder Kommunikationsprobleme mit den jeweiligen Anbietenden der Unterstützungs-/Entlastungsangeboten.

Die vielfältigen Bedürfnisse und Wünsche, wie Informationen und Beratung über Unterstützungsleistungen und Finanzierung – als auch die pflegenden Angehörigen selbst (z. B. die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren, Gesundheitsförderung und Prävention), zeigen das breite Themenspektrum auf, das ein CMpA inhaltlich komplex macht. Dies bestätigt sich darin, dass pflegende Angehörige nicht nur Informationen und Beratung benötigen, sondern auch psychoemotionale sowie praktische Unterstützung bei Koordination und Organisation von Angeboten für sich und ihre zu pflegenden Angehörigen. Darüber hinaus ist es unerlässlich, bei der Entlastung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen auch die Bedürfnisse und Situation der pflegebedürftigen Personen zu berücksichtigen. Pflegende Angehörige empfinden Entlastung nur dann, wenn sie sicher sind, dass die pflegebedürftige Person gut versorgt ist. Laut den Expert*innen kann CMpA daher nur gelingen, wenn das Familiensystem bzw. die Pflege-Dyade zwischen pflegebedürftiger Person und pflegender Angehöriger berücksichtigt wird und wenn die Lebenswelten, Bedarfe und Bedürfnisse der Dyade einbezogen werden.

Zur konkreten Konzeptplanung wird empfohlen, sich am Case Management Regelkreis zu orientieren. Um eine nachhaltige Entwicklung der Maßnahme zu gewährleisten, wird die Stärkung der Kompetenzen und Handlungsfähigkeit der pflegenden Angehörigen als entscheidend erachtet.

Um den Zugang erfolgreich zu gestalten, wird empfohlen, auf eine zugehende Kontaktaufnahme zu setzen, eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und gut ausgedehnte Netzwerke für die

Case Manager*innen für pflegende Angehörige zu etablieren. Die Qualifikation der Case Manager*innen für pflegende Angehörige erfordert neben fachlichen Kompetenzen auch ein Verständnis für lokale Angebote, flexible Arbeitsorganisation und eine transparente Arbeitsweise. Der Aufbau einer Vertrauensbasis und die damit verbundenen persönlichen Eigenschaften wie Zuverlässigkeit sind entscheidend für den Beratungs- und Unterstützungsprozess.

In den Fokusgruppen wurde besonders hervorgehoben, was pflegende Angehörige vom CMpA bezüglich **Vor- und Nachsorge** benötigen. Sie wünschen sich z. B., vor eine Maßnahme ausreichend informiert zu werden und Unterstützung bei der Koordination und Organisation einer gleichzeitigen Betreuung der zu pflegenden Angehörigen zu erhalten. Diese Organisation sollte partizipativ gestaltet werden und die Betreuung zielgruppenspezifisch, qualitativ hochwertig und auf einer Vertrauensbeziehung beruhend sein. Nach einer Maßnahme benötigen pflegende Angehörige Unterstützung bei der Umsetzung bzw. Übertragung gelernter Inhalte und festgelegter Ziele im persönlichen Alltag. Die Expert*innen empfehlen, dass sowohl die Vor- als auch Nachsorge jeweils frühzeitig erfolgen sollte, z. B. um bei der Vorsorge bereits bei der Entscheidungsfindung, z. B. bzgl. der Auswahl der Einrichtung, unterstützen zu können. So könne hinsichtlich der Auswahl des passenden Rehabilitationsangebotes beraten werden. Ebenfalls könnten mit den pflegenden Angehörigen bereits im Vorfeld die Erwartungen zur Maßnahme thematisiert werden. Die Nachsorge sollte bestenfalls bereits während des Aufenthaltes der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen beginnen.

Für eine langfristige Aufrechterhaltung des Angebots empfehlen die Expert*innen, dass Kostenträger frühzeitig und kontinuierlich in Informationsaustauschrunden eingebunden werden, um sie aktiv in die Entwicklung des Konzepts einzubeziehen. Es sei außerdem ratsam, das Konzept durch nachvollziehbare wissenschaftliche Begleitung zu unterstützen und die Beteiligung der Politik zu gewährleisten. Eine mögliche gesetzliche Verankerung wurde über § 37 Abs. 3 SGB XI, die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI oder im Rahmen von Pflegestützpunkten gemäß § 7c SGB XI gesehen.

6.4 Validierung

In diesem Kapitel wird die Methodik der Datenerhebung während der Validierungsphase präsentiert. Es folgt eine Analyse der Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfragen sowie eine Zusammenfassung der identifizierten Gelingensbedingungen für das Konzept.

6.4.1 Methodik

Studiendesign und -ablauf

Grundlage für die Validierung war der Mixed-Methods-Ansatz, bei dem quantitative und qualitative Datenerhebungen und -auswertungen kombiniert werden (Lincoln, 2005). Die pflegenden Angehörigen wurden zu zwei Zeitpunkten schriftlich befragt: zu Beginn des CMpA (t0) und einige Wochen nach Abschluss der Maßnahme (t1). Im Anschluss an die Maßnahme wurden sie gebeten, an einem telefonischen Interview teilzunehmen. Die Case Manager*innen für pflegende Angehörige wurden ebenfalls um freiwillige telefonische Interviews gebeten, um ihre Erfahrungen mit der Erprobung des Konzepts zu erfragen und zu ermitteln, wie die Schulung sie auf die Umsetzung vorbereitet hat. Die Fragebögen und die Interview-Leitfäden sind im Anhang (Anhang 15-17) zu finden.

Quantitative Erhebung

Die schriftliche Befragung erfolgte anonym, aber mit persönlicher Kennzeichnung, um eine verbundene Stichprobe zu ermöglichen. Es wurde kein Erinnerungsschreiben für diejenigen, die nicht geantwortet haben, versandt. Die Fragebögen und Einladungen zur Teilnahme an Interviews wurden

persönlich von den Case Managern*innen für pflegende Angehörige verteilt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden dann von den pflegenden Angehörigen an die Hochschule mittels eines frankierten Rückumschlags zurückgesandt.

Die Datenschutzbestimmungen wurden eingehalten. Es wurde keine Analyse der Nicht-Teilnahme (Non-Responder-Analyse) durchgeführt, daher liegen keine Informationen über die Gründe für das Nicht-Teilnehmen vor.

Messmethoden

Um Informationen über mögliche Wirkungstendenzen zu erhalten, wurden anhand des dem Konzept zugrunde liegenden Wirkmodells Erhebungsinstrumente zu den folgenden Inhalten recherchiert und im Fragebogen genutzt:

- soziale Unterstützung
- Wohlbefinden
- Belastungen durch die häusliche Pflege

Mit dem **K-14 F-SozU**, einer Kurzversion des Fragebogens zur sozialen Unterstützung, wurde die subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung der pflegenden Angehörigen erhoben (Fydrich, 2007). Das Instrument ist in deutschsprachigen Ländern weit verbreitet und akzeptiert und wird seit den 1980er Jahren besonders in Forschungskontexten der klinischen Psychologie oder Verhaltensmedizin eingesetzt. Die Autor*innen des Fragebogens betrachten soziale Unterstützung als die wahrgenommene oder erwartete Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk. Dieser kognitive Ansatz konzentriert sich darauf, wie der Empfänger*innen die soziale Unterstützung bewertet. Studien haben gezeigt, dass diese Perspektive in klinischen und epidemiologischen Kontexten eine höhere Bedeutung hat als formale oder strukturelle Netzwerkmerkmale.

Der K-14 F-SozU umfasst 14 Aussagen zur wahrgenommenen oder erwarteten sozialen Unterstützung, die auf einer fünfstufigen Likertskala bewertet werden, von 1 (trifft nicht zu) bis 5 (trifft genau zu). Diese Aussagen beziehen sich auf generalisierte Erfahrungen statt auf konkrete Situationen. Der K-14 F-SozU weist überzeugende Qualitätskriterien auf, darunter hohe Konsistenz des Instruments und zufriedenstellende Selektivität sowie eine gute Retest-Reliabilität (Kliem et al., 2015).

Um Erkenntnisse über das Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen zu Beginn und nach Beendigung der Maßnahme zu gewinnen, wurde der **WHO-5-Well-Being Index** angewandt (Psychiatric Research Unit – WHO Collaborating Centre in Mental Health, 1998). Er zählt zu den am häufigsten verwendeten Fragebögen zur Bewertung des subjektiven psychologischen Wohlbefindens. Seit seiner Erstveröffentlichung im Jahr 1998 wurde der WHO-5 in mehr als 30 Sprachen übersetzt und weltweit in Forschungsstudien eingesetzt. Der WHO-5 ist ein kurzer Fragebogen mit fünf einfachen und nicht-invasiven Fragen, die das subjektive Wohlbefinden der Befragten erfassen. Die Skala weist eine angemessene Gültigkeit sowohl als Screening-Instrument für Wohlbefinden als auch als Ergebnismessung in klinischen Studien auf und wurde erfolgreich in einer Vielzahl von Forschungsbereichen angewendet (Topp et al., 2015).

Zur Erfassung der Belastungen durch die häusliche Pflege wurde die Häusliche Pflege-Skala (**HPS-k**) gewählt. Sie besteht aus zehn Items, deren Summenwert ein globales Maß für die wahrgenommene Belastung durch die häusliche Pflege darstellt. Entwickelt wurde das Instrument, um anhand dieses Summenwertes abschätzen zu können, wie dringend eine Entlastung notwendig ist.

Die Skala ist vielseitig einsetzbar und geeignet für sowohl Querschnitts- als auch Längsschnittstudien, um zeitliche Veränderungen zu erfassen (Gräbel et al., 2014). Die zehn Items der Skala erfassen verschiedene Aspekte, darunter psychische und physische Erschöpfung sowie die sozioökonomische Situation von pflegenden Angehörigen.

Die pflegenden Angehörigen werden aufgefordert, ihre aktuelle Situation anhand einer vierstufigen ordinalskalierten Likert-Skala zu bewerten: „stimmt genau“ (3), „stimmt überwiegend“ (2), „stimmt ein wenig“ (1), „stimmt nicht“ (0). Durch die Addition der Werte der zehn Items ergibt sich ein Gesamtwert im Bereich von 0 bis 30. Ein höherer Summenwert deutet auf eine größere Belastung hin. Die Interpretation des Summenwerts erfolgt durch die Kategorien „niedrige“, „mittlere“ und „hohe pflegerische Belastung“.

Qualitative Erhebung

Ziel der Nutzer*inneninterviews war es herauszufinden, wie die pflegenden Angehörigen ihre Teilnahme am CMpA wahrgenommen haben. Konkret wurden die Validierungsschwerpunkte Akzeptanz und Praktikabilität fokussiert. Zusätzlich wurden Fragen zur Umsetzung konzipiert. Inhaltliche Schwerpunkte waren zum einen die Organisation des Angebotes, aber auch die inhaltliche Gestaltung der Termine. Im Bereich der Akzeptanz wurde die durch die pflegenden Angehörigen wahrgenommene subjektive Nutzen bzw. die wahrgenommene Wirkung thematisiert. Die pflegenden Angehörigen wurden z. B. aufgefordert zu reflektieren, ob sie etwas Neues gelernt haben, was sie in ihren Alltag übertragen konnten. Durch die Interviews sollten zusätzlich Konsequenzen für die Überarbeitung der Pilotversion des Konzeptes identifiziert werden, indem beispielsweise auf die Motivation zur Teilnahme eingegangen wurde.

Schwerpunkte der Interviews, die mit den Case Manager*innen für pflegende Angehörige geführt wurden, waren die Umsetzung sowie Akzeptanz hinsichtlich des Konzeptes. Fokussiert wurde zudem, wie sich die Case Manager*innen für pflegende Angehörige durch die Teilnahme an der Schulung auf die Durchführung vorbereitet gefühlt haben. Die Datenerhebungsergebnisse der Validierung des Konzeptes und der Validierung der Schulung wurden separat von einander ausgewertet.

Vor Durchführung der Interviews wurden alle Teilnehmenden telefonisch über den Zweck sowie datenschutzrechtliche Hinweise informiert. Anschließend wurde ihnen postalisch eine Einverständniserklärung zugesandt, die unterschrieben zur Interviewdurchführung zurückerhalten wurde. Zu Beginn der Interviews wurden, ohne Audioaufnahme, erneut das Vorgehen sowie das Ziel der Interviews erläutert und wurde die Möglichkeit gegeben, auf Fragen einzugehen.

6.4.2 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Datenerhebung zur Validierung des Konzeptes CMpA vorgestellt. Insgesamt wurden leitfadengestützte telefonische Interviews mit drei pflegenden Angehörigen und acht Case Manager*innen für pflegende Angehörige geführt. Die Rückmeldequote der Fragebogenerhebung betrug 77% (t0) und 65% (t1) bis zum Stichtag im Oktober 2023, mit insgesamt 17 Teilnehmenden bei t0 und 11 bei t1.

Zuerst erfolgt eine Beschreibung der Stichproben, gefolgt von den Erkenntnissen der Datenerhebungen bezüglich der notwendigen Faktoren oder Aspekte für eine nutzer*innenorientierte Umsetzung des CMpA-Konzeptes. Darüber hinaus werden die Wahrnehmung und Bewertung des Angebots durch die Teilnehmer*innen dargelegt. Abschließend werden die Herausforderungen bei der Umsetzung skizziert, die sich aus den Interviews mit den CMpA ergeben haben.

6.4.2.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 19 fasst die soziodemografischen Daten der drei pflegenden Angehörigen, die an Interviews teilgenommen haben, die im Folgenden kurz vorgestellt werden, zusammen.

Tab. 19: Soziodemografische Daten der Interviewteilnehmenden (n = 3)

Soziodemografische Daten	Zusammenfassung
Alter	53 – 68 J.
Geschlecht	w: n = 2 m: n = 1
Familienstand	verheiratet: n = 1 ledig: n = 2
Kinder (Alter der Kinder)	keine: n = 2 Kinder: n = 1 (3 Kinder; 38 – 42 J.)
Berufliche Tätigkeit (Arbeitszeit pro Woche)	Erwerbstätig: n = 1 (16h/W); nicht erwerbstätig: n = 1 keine Angabe: n = 1
Dauer der pflegenden Tätigkeit	2 – 9 J.
durchschnittlicher Zeitaufwand pro Tag	Vollzeitpflege: n = 1 mehrere Std/d: n = 2
Gesundheitszustand/Erkrankung	Depression: n = 1 Arthrose: n = 1 Long Covid: n = 1 Krebs: n = 1
Verhältnis zum Pflegebedürftigen	Ehepartner: n = 1 Kind: n = 2
Wohnsituation/gemeinsamer/getrennter Haushalt	gemeinsamer Haushalt: n = 2 getrennter Haushalt: n = 1
Dauer des CMpA in Wochen	4 Monate: n = 1 6 Monate: n = 1 mehrere Monate: n = 1
Anzahl CMpA-Termine	4, 5, 7

Es folgen Kurzbeschreibungen der drei Fälle, PA1, PA2 und PA3.

Die erste pflegende Angehörige (PA1) ist 60 Jahre alt und versorgt mit ihrem Vater ihre pflegebedürftige Mutter. Ihre Mutter ist aufgrund von demenziellen Entwicklungen pflegebedürftig. Ihr Vater ist 87 Jahre alt, mit geringem eigenen Pflegebedarf. Durch einen Jobverlust in den letzten Monaten und der zusätzlichen Belastung durch die Pflegesituation ihrer Mutter fühlt sie sich belastet.

PA2 ist pflegende Angehörige ihrer mit Demenz erkrankten Mutter. Kurz vor dem CMpA verschlechterte sich die demenzielle Symptomatik durch die Narkose einer OP im Dezember 2022. Sie arbeitet in Teilzeit als Trainerin für Erwachsenenbildung. Seit 2019 lebt sie mit ihrer Mutter in einem Haus.

PA3 pflegt seine Ehefrau, die aufgrund eines Schlaganfalles pflegebedürftig ist. Er ist berentet und hat im September 2022, einige Zeit vor seiner Teilnahme am CMpA, an einer Rehabilitationsmaßnahme wegen eines Long Covid Syndrom teilgenommen.

Soziodemografische Daten (t0)

Im Median sind die pflegebedürftigen Angehörigen 74 Jahre alt. Die jüngste pflegebedürftige Person ist dabei fünf Jahre alt, die älteste 87 Jahre alt. Die pflegenden Angehörigen selbst sind durchschnittlich etwas jünger – durchschnittlich 60,24 Jahre alt (Md: 60). Der/die jüngste pflegende Angehörige war zum Zeitpunkt t0 37 Jahre alt, der/die älteste 81. Die meisten pflegenden Angehörige,

die am CMpA teilgenommen haben, sind weiblich (13 von 17), dies trifft auch für die meisten der pflegebedürftigen Angehörigen zu (10 von 17). Alle 17 Teilnehmenden gaben an, entweder verheiratet zu sein oder in einer Partnerschaft zu leben. Lediglich drei der befragten Personen gaben an, außer der Betreuung ihrer Angehörigen keine zusätzlichen Verpflichtungen zu haben. Einige der Befragten nannten mehr als eine weitere Verantwortung. Am häufigsten genannt wurde Berufstätigkeit (n = 9). Die pflegenden Angehörigen, die angegeben haben berufstätig zu sein, arbeiten zwischen 16 und 42 Stunden bzw. durchschnittlich ca. 30 Stunden in der Woche.

Neun der pflegenden Angehörigen geben an (Ehe-)Partner*innen zu pflegen, sechs der Teilnehmenden pflegen ihre (Schwieger-)Eltern. Zwei der Teilnehmenden pflegen ihre Kinder. 14 der pflegenden Angehörigen leben mit ihren pflegebedürftigen Angehörigen in einem Haushalt.

Durchschnittlich übernehmen die pflegenden Angehörigen die Pflege seit etwa sechs Jahren. Die Spanne der Pflegeübernahme reicht von einem bis hin zu 20 Jahren.

Fast alle der 17 pflegebedürftigen Personen haben bereits einen Pflegegrad, bei einer Person wurde dieser beantragt. Zwei Personen haben Pflegegrad 5, acht Personen den Pflegegrad 4, fünf haben Pflegegrad 3, und eine Person Pflegegrad 2. Acht der Teilnehmenden haben mehrere Ursachen für die Pflegebedürftigkeit angegeben. Häufigste Nennungen waren Demenz, Schlaganfall, Herz- und Atemwegserkrankungen. Beide der zu pflegenden Kinder sind durch Entwicklungsverzögerungen pflegebedürftig.

Die meisten der 17 befragten pflegenden Angehörigen (n = 15) erhalten weitere Unterstützung zu der Pflegeübernahme. Am häufigsten angegeben wurden Familie und Bekannte (n = 12) und ambulante Pflegedienste (n = 7 bzw. 8).

Zum Zeitpunkt t0 zeigten die Ergebnisse der Auswertung der HPS-k, dass drei der pflegenden Angehörigen eine sehr geringe bis geringe Belastung verspüren, vier eine mittlere und elf eine starke bis sehr starke Belastung. Zu diesem Erhebungszeitpunkt war das durchschnittliche Wohlbefinden anhand der Angaben, die die pflegenden Angehörigen bei der WHO-5 tätigten, bei 23,51 %. Die Spannweite war zwar sehr groß (R = 60), der Median jedoch deckungsgleich mit dem Mittelwert (MD = 24). Ebenfalls getestet wurde die subjektive Wahrnehmung der pflegenden Angehörigen hinsichtlich ihrer sozialen Unterstützung.

Das durchschnittliche Skalenweltergebnis der t0-F-SozU-Befragung beträgt 3,44, wobei das Minimum zu t0 bei 1,50 liegt. Die Bewertung erfolgte auf einer fünfstufigen Likertskala, die von „trifft nicht zu“ (1) bis „trifft genau zu“ (5) reicht und positive Aussagen über soziale Unterstützung umfasst. Höhere Werte deuten auf eine intensivere wahrgenommene soziale Unterstützung hin, wobei 5 den Höchstwert und 1 den niedrigsten Wert repräsentiert. Die Spannweite ist mit 3,36 (t0) relativ hoch. Der Prozentrang soll eine Möglichkeit bieten, die Ergebnisse mit einer repräsentativen Stichprobe zu vergleichen. Die Ergebnisse dieser Vergleichsstichprobe wurden von Fydrich et al. (2007) veröffentlicht. Der Prozentrang (PR = 13) zu t0 zeigt, dass lediglich 13 % dieser repräsentativen Gesamtstichprobe eine geringere wahrgenommene soziale Unterstützung aufweisen als die teilnehmenden pflegenden Angehörigen.

Faktoren/Aspekte für eine nutzer*innenorientierte Umsetzung des Konzeptes (Wie sieht ein Konzept aus Nutzer*innenperspektive aus und wie wird es bewertet?)

Im nachfolgenden Unterkapitel wird anhand der Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews und der Fragebogenerhebungen aufgegriffen, welche Faktoren für eine nutzer*innenorientierte Umsetzung des Konzeptes relevant sind und wie die Umsetzung in der Erprobungsphase durch die pflegenden Angehörigen wahrgenommen wurde. Der Aufbau der Unterkapitel orientiert sich am Codesystem der Interviewauswertung.

6.4.2.2 Zugang

Die Interviewteilnehmenden führen aus, durch die Internetseite des Modellstandortes, einen Zeitungsbericht und/oder einen Radiobeitrag von der Möglichkeit des CMpAs erfahren zu haben. Ähnlich spiegeln dies auch die Ergebnisse der Fragebogenerhebung wider. Genannt wurden als Informationsquellen für das Angebot neben Zeitungsartikeln, direkte Ansprache durch Mitarbeitende der Modellstandorte, das Intranet einer oder mehrerer Standorte, aber auch Freunde oder Bekannte.

Im t0-Fragebogen wurden die pflegenden Angehörigen gefragt, ob sie die Leistungen des CMpA als Unterstützung für den Pflegealltag in Anspruch nehmen als Unterstützung nach einer stationären Vorsorge oder Rehabilitationsmaßnahme. Alle 17 Teilnehmenden gaben bei diesem Item an, die Leistungen als Unterstützung für ihren Pflegealltag in Anspruch genommen zu haben. Im Freitext zu den Gründen der Inanspruchnahme wurde von einer Person auch genannt, sich „Entlastung im Alltag für eine RehaMaßnahme, Gesprächspartner mit ähnlichen Problemen neben der Selbsthilfe“ gewünscht zu haben. Die Motivation wurde durch die Interviewteilnehmenden unterschiedlich beschrieben. Eine Teilnehmende erläuterte, weniger für ihre eigene Unterstützung als eher zur Unterstützung aller pflegenden Angehörigen am CMpA teilzunehmen, explizit, um Teil der Pilotstudie zu sein. Die beiden anderen Teilnehmenden gaben neben der grundsätzlichen Belastungssituation eine Zuspitzung der Pflegesituation und Neugier als Motivationsfaktoren an.

„Das war im Dezember, ich meine Dezember oder Januar 2022, 2023, da kam meine Mutter ganz frisch aus der Klinik. Also sie hatte eine OP mit einer langfristigen Rekonvaleszenz, mit Aufenthalt von zehn Tagen in der Intensivstation. Und ich war wirklich absolut überfordert mit der ganzen Situation, weil durch die Narkose die Demenz noch mal verstärkt worden ist. Die konnte sich / Also von heute auf morgen war das wirklich ein Switch von normal, mit leichten Gedächtnisproblemen, hin zu ganz extrem. Ich finde den Weg nicht mehr in mein Bett zurück. Und dann eben nachts umherirren und so weiter. Also, ich war so verzweifelt. [...]“ (PA2, Pos. 3)

Den Anmeldeprozess empfanden die Interviewteilnehmenden als unkompliziert.

Um möglichst viele Nutzer*innen von Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren, sollten unterschiedliche Informationswege genutzt werden. Es zeigt sich, dass sowohl traditionelle Medien (wie Zeitungsberichte und Radiobeiträge) als auch persönliche Empfehlungen und das Intranet der Modellstandorte effektive Kanäle sind, um potenzielle Nutzer*innen über das CMpA zu informieren. Darüber hinaus wird deutlich, dass alle Befragten die CMpA-Dienste als Unterstützung im Pflegealltag nutzen, wobei die Motivation für die Inanspruchnahme von persönlichen Entlastungsbedürfnissen bis hin zur Neugier auf neue Möglichkeiten reicht. Die Benutzerfreundlichkeit des Anmeldeprozesses unterstützt ebenfalls eine positive Aufnahme und Nutzung des Angebots.

6.4.2.3 Organisation

In den Interviews wurde die Organisation des CMpA von den Nutzer*innen positiv bewertet, wobei insbesondere die flexiblen Optionen für die Wahl des Terminortes geschätzt wurden. Eine Nutzerin betonte, dass die Möglichkeit, online teilzunehmen, entscheidend dafür war, das Angebot überhaupt in Anspruch zu nehmen.

„[...] Also was ich sehr positiv fand, ist, dass es eben auch online geschehen konnte, dass ich nicht irgendwo hinfahren musste. [...]“ (PA2, Pos. 7)

B: Ja, ein Termin hatte in Präsenz stattgefunden. Sie hätte, glaube ich, gerne mehr Termine in Präsenz gehabt. Das war aber eher von meiner Seite, dass ich das verneint habe, weil für mich immer ein Besuch auch extrem aufwändig ist mit (lacht) alles herrichten und aufräumen. (lachen) Und alles schön machen sozusagen.“ (lacht) (PA2, Pos. 11)

Die Ergebnisse aus beiden Erhebungen deuten darauf hin, dass die CMpA-Termine mehrheitlich persönlich stattfanden, entweder im Zuhause der Pflegenden oder in den Beratungsbüros. Im Durchschnitt fanden pro Teilnehmer*in sechs Sitzungen statt, wovon fünf vor Ort waren. Die meisten Nutzer*innen (10 von 11) bewerteten die Dauer der Termine als angemessen; lediglich eine Person hätte sich mehr Zeit gewünscht. Diese Einschätzung spiegelte sich auch in der Frage nach der Anzahl der Termine wider. Aus den Interviews wurde ersichtlich, dass nicht nur die einstündige Dauer der Sitzungen als passend betrachtet wurde, sondern dass insbesondere die flexible Zeitgestaltung der Termine positiv hervorgehoben wurde.

Ein Betreuungsbedarf für die pflegebedürftige Person ergab sich bei den Interviewteilnehmenden nicht, zwei der elf t1-Befragungsteilnehmenden mussten jedoch für alle Termine Betreuungsoptionen organisieren, konnten dies aber gut bewältigen.

Bezüglich der Dauer des CMpAs deuten die Ergebnisse aus den Fragebögen auf einen Zeitraum von sechs bis 40 Wochen hin, mit einem Median von 16 Wochen. Aus den Interviews ging hervor, dass die Teilnehmenden die Dauer meist nicht genau angeben konnten; zusammenfassend wurde jedoch berichtet, dass das CMpA mehrere Monate in Anspruch nahm.

Eine nutzer*innenorientierte Umsetzung des CMpA erfordert vor allem Flexibilität in der organisatorischen Termingestaltung. Die positive Bewertung der Teilnehmenden unterstreicht die Wichtigkeit dieser Aspekte, da sowohl die Wahl des Terminortes als auch die Möglichkeit, Beratungen online durchzuführen, entscheidend für die Akzeptanz des Angebots waren. Darüber hinaus wird die Bedeutung der Anpassung an individuelle Bedürfnisse hervorgehoben, was sich in der Wertschätzung für die flexible Zeitgestaltung und in der Bewältigung der Betreuungsbedarfe während der Termine zeigt.

6.4.2.4 Durchführung

In diesem Unterkapitel werden die Subkategorien der Durchführung des CMpA beschrieben. Dies beinhaltet die behandelten Themen innerhalb der Termine, die Qualitätskriterien des Konzeptes, die vorhergesehenen und genutzten Instrumente und Materialien, den Vor- und Nachsorgebaustein und weitere durch die CMpAs durchgeführte Maßnahmen.

Themen

Diese Kategorie befasste sich damit, welche Inhalte die CMpA mit den pA thematisierten.

Grundsätzlich ging es beim CMpA von PA1 sowohl um ihre eigene Situation als auch um die ihrer Eltern. Die pA beschrieb, dass das Thema aufgenommen wurde, da die Dynamik einer pflegebedürftigen Mutter und eines selbst pflegenden, aber bereits 87 Jahr alten Vaters zu komplexen Belastungssituationen für sie führen kann (PA1: 28 - 29). Die CMpA von PA1 gab ihr vor allem auch Feedback zum **Umgang mit ihrer demenzerkrankten Mutter**, besonders in herausfordernden Situationen (PA1, Pos. 11 - 12). Weiterhin beschreibt PA1, dass die soziale Situation ihres Vaters, der die Pflege mitübernimmt, thematisiert wurde. Konkret wurden ihm Hinweise gegeben, wie er seine sozialen Beziehungen aufrechterhalten kann.

„Ja, das-. Also ja. Es ist schon darauf eingegangen worden. Also auch bei meinem Vater, von wegen berufs- beziehungsweise nicht berufsbereit, mein Vater. Aber soziale Kontakte und wie man das Pflegen könnte oder wie man eventuell auf andere zugehen kann.“ (PA1, Pos. 43)

Für PA1 persönlich erschien das Thema der **Pflege sozialer Kontakte** weniger bedeutsam, da sie ihre soziale Situation als unproblematisch einschätzte.

„[...] Weil ich sage mal so, ja, natürlich wird darüber gesprochen, soziale Kontakte pflegen und was kann man tun und gehen Sie dahin. Und es liegt natürlich dann immer noch an der Person selber, zu sagen, nein, will ich nicht, mache ich nicht oder kann ich nicht oder was auch immer. Ich habe meine sozialen Kontakte. Also darum geht es nicht. Bei meinem Vater ist das total was anderes. Aber er ist auch 87. Vorsichtig, ganz, auch wenn es böse ist, dem seine sozialen Kontakte sind inzwischen alle tot.“ (PA1, Pos. 47)

Im CMpA von PA2 wurden nicht nur die **grundlegenden Bedürfnisse** im Kontext der Pflegesituation besprochen (PA2, Pos. 17), sondern es wurde erörtert, wie PA2 empfinden könnte, falls ihre pflegebedürftige Mutter **in einer Langzeiteinrichtung versorgt** werden würde.

„Sie hat mich auch immer wieder so ein bisschen in die Richtung geschubst. Wie ist es, wenn ich meine Mutter ins Heim geben könnte, ne? Mal diesen Gedankengang zu gehen. Auch immer in die Richtung ein bisschen geschubst, dass sie sagt, was ist eigentlich mit mir und meinen Bedürfnissen? Ja und das hat sehr gutgetan.“ (PA2, Pos. 15)

Zusätzlich wurde über das **Verantwortungsgefühl** gesprochen, welches PA2 damit verbindet als Kriegsenkelin für das Wohlbefinden der Eltern bzw. Kriegskinder zu sein (PA2, Pos. 21).

PA2 reflektierte, dass sie zu Beginn des CMpA noch nicht für **Entlastungsmöglichkeiten im Alltag** offen war. Priorität hatten für sie **entlastende Gespräche** mit der CMpA. Sie konnte die anfänglichen Ansätze, sich auf positive Freizeitgestaltung zu konzentrieren, nicht annehmen, da sie noch stark in der Pflegesituation gefangen war. Überdies blieb für sie die Frage offen, wo die Grenze zwischen Case Management und therapeutischer Intervention verlief.

„Wo ich mir gedacht habe, schön, das könntest du jetzt alles haben und das hast du nicht [in Bezug auf die Inhalte der Liste angenehmer Erlebnisse]. Und dein Leben ist eigentlich seit fünf Jahren total scheiße. (lacht) (unv.). Das habe ich dann auch ganz schnell zur Seite gelegt. Und habe dann gedacht, nein, sie wollte, glaube ich, da auch darüber sprechen. Also, sie hat am Anfang so ein paar Ansätze gehabt, so noch das Motto, was können Sie denn alles tun, um, damit Sie sich gut fühlen in Ihrer Freizeit? Das habe ich gar nicht so angenommen. Das konnte ich gar nicht in der Situation annehmen, weil ich einfach noch so sehr in dieser Situation gefangen war. Ich habe mein Leben eigentlich dafür aufgegeben, dass ich meine Mutter pflege. Und so sehr noch in dieser Selbstmitleidensphase, ne? So nach dem Motto, mir geht es richtig schlecht und jetzt

brauche ich erst mal jemanden, wo ich mich erst mal drei Stunden ausheulen kann. Da kann man noch gar nicht anfangen und kann sagen, wo orientiere ich mich hin? Gehe ich jetzt in eine Theatergruppe? Oder singe ich gerne? Oder bastle ich hier (unv.) Bilder, ne? (lacht) So. Also, das kann man noch nicht machen, ne, an der Stelle. Ich weiß ja nicht, was die Case Manager für eine Ausbildung haben oder woher die kommen. Aber das ist halt so dieses Spannungsfeld, wo ich sage, wo hört das Case Management auf? Und wo fängt Therapie an, ne?“ (PA2, Pos. 41)

Zusätzlich beschrieb PA2, inwiefern **soziale Unterstützung** besprochen wurde und dass keine Bedürfnisse zu dieser Thematik offenblieben.

„Sie hat abgefragt, ob ich Freunde habe, die mich unterstützen und das war es. Ja, genau. Doch sie hat auch mal geguckt, sie hat also mir Hilfestellung gegeben, hat gesagt: „Fragen Sie mal hier nach / Die können sie pflegerisch unterstützen oder dort.“ [...] (...) Ich wüsste jetzt nicht, wo sie mir da hätte helfen können. [...] Also das war gut, dass sie das gemacht hat. Ich hatte da jemanden mir gegenüber sitzen, der mit mir noch mal die Möglichkeiten meines Umfelds durchgegangen ist zu sagen, wo kann ich Unterstützung haben? Und wo haben wir noch Töpfe, die wir angreifen können? Also, sie hat natürlich auch über die Pflegetöpfe gesprochen und was kann man da alles mitmachen, ne?“ (PA2, Pos. 50-53)

Primär wurde im CMpA von PA3 thematisiert, wie **Entlastung** erreicht werden kann.

„Das ist jetzt schwierig. Also, es ging weitgehend darum, für mich irgendwo Räume oder Entlastungsmöglichkeiten oder Ablenkungsmöglichkeiten zu finden. Das waren so die Hauptthemen. Natürlich habe ich auch über meine Situation hier gesprochen. Aber in der Hauptsache ging es darum, für mich irgendwelche Angebote zu finden oder Anregungen zu geben, wie ich mich von der Situation entlasten kann.“ (PA3, Pos. 29)

Daneben ging es auch um die allgemeine Pflegesituation, das soziale Umfeld und die vorhergegangene **Rehabilitationsmaßnahme** (PA3, Pos. 43 - 45), allerdings konnte PA3 nicht resümieren, inwiefern das Thema inhaltlich behandelt wurde (PA3, Pos. 69).

In der Fragebogenerhebung wurden die teilnehmenden pA gefragt, wobei ihnen das CMpA geholfen hat. Die Ergebnisse geben ebenfalls Hinweise auf die Themen, die in den Terminen behandelt wurden.

Die Teilnahme am Case Management hat mir geholfen...

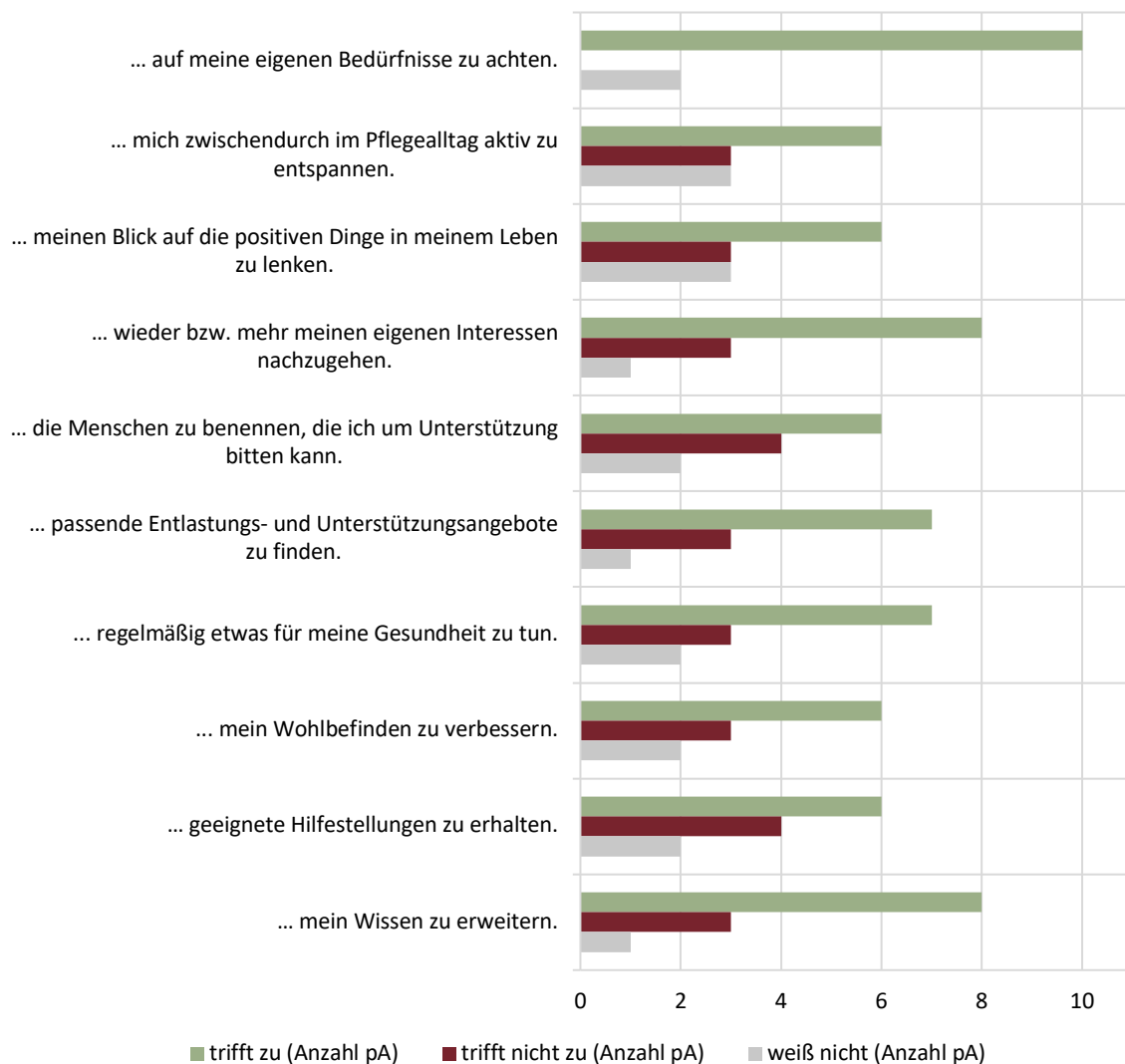


Abb. 53: Themen des CMpA und wahrgenommene Veränderungen durch das CMpA (n = 11 von 11)

Die Ergebnisse aus Abbildung 53 zeigen, dass die Mehrheit der positiven Rückmeldungen (10 von 11) darauf hinweist, dass das CMpA die pflegenden Angehörigen darin unterstützt hat, auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten. Acht der elf Befragten gaben außerdem an, dass das CMpA ihnen geholfen hat, wieder oder verstärkt ihren eigenen Interessen nachzugehen und ihr Wissen zu erweitern. Die Fragen, die die meisten negativen Antworten erhielten (4 von 11), beziehen sich darauf, ob das CMpA dazu beigetragen habe, dass die pA Personen benennen können, die um Unterstützung gebeten werden könnten und ob geeignete Hilfestellungen erhalten wurden. Unabhängig von der Bewertung der Wirkungstendenzen, implizieren die Angaben der pflegenden Angehörigen, dass die Themen soziale Unterstützung und Selbstfürsorge und Gesundheitsförderung sowie weitere Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige in den CMpA-Terminen besprochen wurden.

Da das CMpA komplexe Belastungen adressiert, sind die thematisierten Felder vielfältig. Es zeigt sich, dass die Schwerpunktsetzung je nach Fall unterschiedlich sein kann und die Themen, die mit den pA besprochen werden, auf den individuellen Bedürfnissen basieren sollten.

Qualitätskriterien

Qualitätskriterien des Konzepts umfassen die Lebensweltorientierung. Die CMpA hat die Lebensumstände von PA1 und ihres Vaters berücksichtigt. Jedoch bleibt unklar, ob die berufliche Situation und der Jobverlust von PA2 im Interview angesprochen wurden. Die Formulierung „ich bin ziemlich sicher, dass sie das wusste“ lässt darauf schließen, dass das Thema möglicherweise nicht offen erörtert wurde.

„Ja, das-. Also ja. Es ist schon darauf eingegangen worden. Also auch bei meinem Vater, [...] Die Tatsache ist, dass ich kein berufliches Umfeld hatte, als das Case Management zu tragen kam. Und die persönliche Situation, also meine persönliche jetzt, von dem zu pflegenden Status mal abgesehen, gar nicht so gut war. Weil ich hatte einen Jobverlust vorher und das war jetzt nicht so toll. [...] Also ich bin ziemlich sicher, dass sie das wusste. Aber ich bin jetzt nicht sicher, ob es von Anfang an so war. Ich denke eigentlich schon, weil, ich sage mal so, aufgrund dessen, wie man sich da zeitlich engagiert hat, wenn man ständig vor Ort war, zu Anfang. Also das ist wirklich zu Anfang nur so gewesen. Gab es eigentlich gar keine andere Möglichkeit. Also dass ich noch einen Job ausgeführt hätte zwischenzeitlich, das war unmöglich. Und das ist auch, also aus meiner Sicht, nicht wirklich mit einem Vollzeitjob und einer dementen zu pflegenden Angehörigen, das geht gar nicht.“ (PA1: 40-45)

PA2 berichtete ebenfalls davon, dass die CMpA auf ihre persönliche Situation eingegangen ist. Zum Zeitpunkt des CMpA-Prozesses hatte PA2 die Krebs-Verdachtsdiagnose erhalten, möglicherweise an Krebs erkrankt zu sein. Die CMpA habe sich sehr empathisch gezeigt und einfühlsam auf diese Information reagiert. Sie erkundigte sich regelmäßig nach dem Wohlbefinden von TIMP202 und fragte, ob diese Unterstützung benötige. Die Case Managerin unterstützte sie emotional, ging aber nicht über ihre Aufgaben hinaus.

„Ja, genau. Sie ist auch auf meine persönliche Situation eingegangen. Ich hatte während des Case-Management-Projektes hatte ich die Diagnose, dass ich eventuell Krebs habe. (lacht) Da ist sie natürlich dann auch sehr / Das war sehr empathisch, wie sie darauf reagiert hat. Da ist sie dann auch gut drauf eingegangen. Und hat halt auch immer hinterfragt. Hat gefragt, wie es mir geht? Und ob ich da Hilfe habe? Und so weiter. Aber sie ist jetzt nicht gekommen, hat für mich eingekauft oder so. (lachen)“ (PA2, Pos. 50-53)

Die Lebenswelt der pA erfordert teilweise, eine flexible organisatorische Gestaltung der CMpA-Termine. PA2 beschrieb im Interview, dass ihre Möglichkeiten und Wünsche hinsichtlich der Terminorte und Anzahl der Termine berücksichtigt wurden (PA2, Pos. 7 & PA2, Pos. 11).

Auch PA3 beschrieb die Berücksichtigung der Lebenswelt durch den/die CMpA.

„Also die Frau [Nachname 1] hat sich da ganz auf mich eingelassen und mich in verschiedenen Sachen auch bestärkt. Also, dass ich zum / Ah ja, das Beispiel meinem Hobby Fotografieren wieder mehr nachzugehen. Das habe ich also jetzt auch wahr gemacht, da bin ich wieder mehr dran.“ (PA3, Pos. 36-37)

„Und hatten Sie auch den Eindruck, dass Ihre Lebensumstände von Ihnen und auch von Ihrer Frau mit berücksichtigt wurden?“

Ja, auf jeden Fall. Also das hat die Frau [Nachname 1] auf jeden Fall gemacht.“
(PA3: 40-41)

Im t1-Fragebogen gab eine Person bei der Frage, ob der/die CMpA die persönlichen Lebensumstände berücksichtigt hat, die Antwort „weiß nicht“. Hingegen bestätigten zehn der elf pflegenden Angehörigen diese Aussage. Ein ähnliches Muster zeigt sich bei den folgenden Punkten: Der Case Manager war gut vertraut mit den Problemen und Herausforderungen pflegender Angehöriger; er hat meine bisherigen Erfahrungen/Kompetenzen berücksichtigt; er hat mein soziales Umfeld berücksichtigt. Alle elf pflegenden Angehörigen schätzten diese Aspekte als wichtig ein.

Die Ergebnisse zeigen, dass nutzer*innenorientierte Rehabilitations- und Vorsorge-Konzepte die Lebenswelt der Teilnehmenden berücksichtigen sollten. Die individuelle Situation, einschließlich persönlicher und beruflicher Umstände sowie gesundheitlicher Herausforderungen, sollte in die Planung und Unterstützung integriert werden.

Weitere Maßnahmen

Im Rahmen der Interviews wurden weitere Maßnahmen durch die Teilnehmenden beschrieben, die über die Tätigkeiten der CMpA in den Terminen, die im Fragebogen abgefragt wurden, hinausgingen.

Der/die CMpA von PA2 hat begonnen eine Selbsthilfegruppe für Kriegsenkel zu gründen, nachdem das Thema in einem der Termine besprochen wurde (PA2, Pos. 21).

Zwar stellte der/die CMpA von PA2 Adressen und Kontaktdaten für entsprechende Akteure im Netzwerk zur Verfügung, die eigentliche Ansprache und Kontaktaufnahme wurde jedoch nicht weiter unterstützt. Inwiefern dies im Sinne von Empowerment sinnvoll war oder zu Widerständen bei der Inanspruchnahme von Entlastungsmöglichkeiten führte, wird im Interview nicht deutlich.

„Nein. Sie hat mir aber halt Adressen und Ansprechpartner geschickt. Aber die Initiative, dass ich sie da anspreche, das musste von mir aus gehen, ja.“ (PA2, Pos. 68-71)

PA2 beschrieb, dass ein Einsetzen der CMpA als Advocate nicht notwendig gewesen ist, sie aber glaube, dass die CMpA sich bei Bedarf entsprechend eingesetzt hätte.

„Ich glaube, es gab keine Situation dafür, dass ich irgendwas hätte durchboxen müssen. Ich könnte mir aber vorstellen, dass ich es gemacht hätte, wenn es gewesen wäre. (unv.) hätte könnte, wöllte.“ (PA2, Pos. 72-73)

Über die Thematisierung der bereits beschriebenen Inhalte hinaus, hat die CMpA im Fall von PA3 z. B. barrierefreie Unternehmensmöglichkeiten für Paare recherchiert und vermittelt.

„Was sie aber auch gemacht hat, war zum Beispiel Material zu beschaffen, wo man barrierefrei zum Beispiel in [Ort 1] hin kann. Da gibt es so Leitfäden, die ich bis dahin nicht kannte, die also zum Beispiel sagen, welches Museum barrierefrei ist. Nur als Beispiel. Das hat sie mir besorgt und das war wirklich gut, ja“.
(PA3, Pos. 47)

Die für eine erfolgreiche Umsetzung notwendigen Tätigkeiten einer CMpA können je nach Bedürfnissen variieren. In einzelnen Fällen wurde beispielsweise eine Selbsthilfegruppe gegründet oder recherchiert, welche Unternehmensmöglichkeiten es für die Dyaden als Paar gibt. Auch hier zeigt sich wieder die Relevanz der Nutzer*innenorientierung bei der inhaltlichen Gestaltung des CMpA.

Instrumente und Materialien

Initial konnte PA1 sich an keine Materialien oder Instrumente erinnern. Mit kleinen Erinnerungshilfen schilderte sie anschließend, dass z. B. die Netzwerkkarte sowohl mit ihr als auch mit ihrem Vater durchgeführt wurde. Weiter sagte sie, dass sie teilweise Fragebögen für ihren Vater ausgefüllt hat (PA1, 53-55).

Für PA1 persönlich erwiesen sich die Instrumente als wenig zielführend.

„Also für mich bringt das nicht wirklich etwas.“ (PA1, Pos. 52)

PA2 konnte sich nicht explizit an alle genutzten Instrumente erinnern. Wie bereits beschrieben, war sie für die entlastenden Möglichkeiten, die die Liste angenehmer Erlebnisse aufzeigen sollte, zu diesem Zeitpunkt noch nicht offen (PA2, Pos. 37 & 41).

PA3 konnte sich nur an das Ausfüllen von Fragebögen erinnern, inwiefern sich tiefergehend mit den Instrumenten beschäftigt wurde oder welche Instrumente angewendet wurden, bleibt unklar (PA3: 46-47).

Von den elf Teilnehmenden gaben acht an, die Netzwerkkarte verwendet zu haben, während zwei aussagten, es nicht zu wissen, und eine Person antwortete, dass sie nicht genutzt wurde. Interessanterweise haben alle elf Teilnehmenden jedoch ihre Einschätzung zur Nützlichkeit des Instruments abgegeben. Sechs von ihnen fanden es hilfreich, zwei gaben an, es teilweise hilfreich gefunden zu haben, und weitere zwei Personen erklärten, es als nicht hilfreich empfunden zu haben.

Bezüglich des FARBE-Fragebogens haben sechs Teilnehmende angegeben, ihn genutzt zu haben, während vier unsicher waren oder es nicht mehr wussten. Auch hier wurden mehr Einschätzungen zur Nützlichkeit abgegeben, als Personen angaben, den Fragebogen verwendet zu haben. Dies könnte möglicherweise auf das Fehlen der Option „weiß nicht“ oder „trifft nicht zu“ hinsichtlich der Hilfestellung des Materials zurückzuführen sein.

Für die Liste angenehmer Erlebnisse gaben 9neun Teilnehmende an, sie genutzt zu haben, während zwei Personen angaben, es nicht zu wissen. Von denen, die sie benutzt haben, empfanden eine Person sie als teilweise hilfreich und eine andere als nicht hilfreich, während die übrigen sieben Teilnehmenden sie als hilfreich wahrnahmen.

Sechs von sechs Teilnehmenden erinnerten sich an die Nutzung der Unterstützungsplanung. Diese acht bewerteten sie als für sich selbst hilfreich, während zwei Personen angaben, sie nicht genutzt zu haben.

Die Ergebnisse implizieren, dass für ein nutzer*innenorientiertes Konzept wichtig ist, die Instrumente und Materialien individuell auszuwählen, da nicht alle Instrumente von allen pflegenden Angehörigen als gleich hilfreich eingeschätzt werden. Zusätzlich könnten die Ergebnisse darauf schließen lassen, dass die Instrumente den Teilnehmenden weniger im Gedächtnis blieben als andere thematisierte Inhalte.

Vor- und Nachsorge

Die CMpA von PA2 hat Vorsorge- und Rehabilitationsmöglichkeiten thematisiert und an entsprechende Beratungsstellen vermittelt. PA2 konnte sich gut vorstellen, eine Rehabilitationsmaßnahme mit Begleitangebot zu nutzen, musste jedoch für das Jahr 2023 darauf verzichten, da die finanziellen Möglichkeiten bereits ausgeschöpft waren.

„Ja, wir haben darüber gesprochen. Sie hat mir Broschüren mitgebracht und auch Stellen genannt, bei denen man anrufen und sich beraten lassen kann. Das habe ich auch gemacht, aber für dieses Jahr vorerst aufgeschoben. Allerdings könnte ich mir vorstellen, im nächsten Jahr gemeinsam mit meiner Mutter eine Rehabilitationsmaßnahme zu planen.“ (PA2, Pos. 63)

TIMP 203 gab an, dass die CMpA mit ihm über die im letzten Jahr durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme gesprochen hat. Er konnte sich nicht mehr genau an die behandelten Themen erinnern. Die Rehabilitationsmaßnahme wurde aufgrund eines Post-Covid-Syndroms durchgeführt, wobei er keinen direkten Zusammenhang mit seiner Rolle als pflegender Angehöriger sah (PA3, Pos. 63-69).

In Bezug auf die Gründe für die Inanspruchnahme gaben 17 von 17 Befragten an, dass sie die Leistungen des Case Managers als Unterstützung für ihren Pflegealltag nutzen. Hingegen gab keiner der Befragten an, den Case Manager als Unterstützung nach einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme zu nutzen. Bei den Gründen zur Inanspruchnahme wurde von einem/einer pA allerdings angeführt, sich „[Entlastung] im Alltag für eine RehaMaßnahme“ zu wünschen.

Um pflegenden Angehörigen im Bereich der Vor- und Nachsorge effektiv zu unterstützen, scheint eine stärkere Verknüpfung der beiden Sektoren, ambulant und stationär, besonders im Bereich des Zugangs, sinnvoll. Die Teilnahme bzw. Organisation einer stationären Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme für pflegende Angehörige über das CMpA kann bzgl. der oft notwendigen Begleitangebote problematisch sein, wenn die finanziellen Möglichkeiten für Pflege- und Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung bereits ausgeschöpft sind. Eine verstärkte Informations- und Beratungsarbeit zu diesen Einrichtungen mit begleitenden Betreuungsangeboten für die pflegebedürftigen Personen ist notwendig, da viele pA darüber nicht ausreichend informiert sind.

6.4.2.5 Bewertung

Anregungen und Wünsche

PA1 äußerte den Bedarf nach verstärkter praktischer Unterstützung bei der Navigation durch die organisatorischen und bürokratischen Abläufe im Gesundheitswesen sowie im Umgang mit den verschiedenen Akteuren in diesem Bereich.

„[...] Also was ich immer noch als wirklich wichtig empfinde, ist, dass man vielleicht durch das Case Management auch die bürokratischen Hürden leichter nehmen kann. Dass man da irgendwas an die Hand bekommt, um da, wie soll

ich das sagen? Vielleicht eine gezielte Station ansprechen kann. Also wenn man jetzt zum Beispiel sagt, verdammt noch mal, wie kann ich mich Pflegegrad technisch, irgendwie, wie kann man den Pflegegrad erhöhen oder wie kann man Widerspruch einlegen. Oder dass man da gezielt einen Hinweis bekommt, Mensch kümmer dich doch mal krankenkassenmäßig oder vielleicht gibt es irgendwelche sozialen Einrichtungen wie zum Beispiel [soziale Einrichtung] oder so, die da unterstützend zur Seite-. Auch, wenn man da Mitglied werden muss. Dann. Aber vielleicht gibt es ja auch Sachen von Angehörigen, ich sage mal irgendwelche Selbsthilfegruppen. Wo man sich mal schlau machen kann oder vielleicht auch seine Erfahrungen mit einbringen kann. Und da irgendwelche Adressen zu bekommen, das fände ich eigentlich ganz schön. Ob man das nachher macht oder nicht, ist natürlich demjenigen immer selbst überlassen.“
(PA1: 68-69)

Ein(e) Nutzer*in merkte an, dass die Gespräche mit dem/der CMpA teilweise hätten flüssiger verlaufen können. Die beschriebene zögerliche Reaktion der CMpA in manchen Situationen könnte darauf zurückzuführen sein, dass die CMpA mehr Routine und Übung in der Umsetzung benötigen. Diese Beobachtung war ein wiederkehrendes Thema in den Interviews mit den durchführenden CMpA.

„[...] Ich habe manchmal so den Eindruck gehabt, dass sie irgendwo auch ihre Grenzen hatte. Also man hatte mit ihr gesprochen und dann kam von der anderen Seite sehr lange eine Pause. Und man hat so den Eindruck gehabt, sie sammelt sich und jetzt überlegt sie, was sie drauf antworten kann. Also, es kam nicht irgendwie wie so in einem Beratungsgespräch, dass man sofort dann in einen Dialog eintritt. Sondern es kamen häufig so Pausen, wo ich gemerkt habe, sie überlegt jetzt gerade, was sie mir anbieten kann. So hatte ich das Gefühl (unv.).“ (PA2: Pos. 21)

Die gleiche Person äußerte den Wunsch nach umfassenderen Informationen über das Konzept bzw. Projekt zu Beginn des Prozesses. Ferner hob PA2 hervor, dass hinsichtlich des ursprünglich als Abschlusstermin vorgesehenen Termins eine klarere Kommunikation seitens der/des CMpA erforderlich gewesen wäre. Gleichzeitig betonte sie, dass der/die CMpA bereit war, einen zusätzlichen Termin zu vereinbaren. PA2 beschrieb, an vielen Stellen emotional überlastet gewesen zu sein und sich eine aktivere Unterstützung durch das CMpA gewünscht zu haben, insbesondere im Hinblick auf die Vermittlung von psychotherapeutischen Hilfsangeboten. Dies wäre besonders angebracht gewesen, da aus den Gesprächen mit dem CMpA hervorging, dass auch die Beratenden an ihre Grenzen gestoßen sind. Der/die Nutzer*in hätte sich mehr Initiativen und Unterstützung bei der Suche nach Schulungen für Pflegenden gewünscht. Eine Vermittlung zu solchen Bildungsangeboten fand nicht statt, und nachdem ein Kurs zeitlich nicht umsetzbar war, wurde das Thema von der CMpA nicht weiter verfolgt. PA2 regte zudem an, dass das CMpA das Thema Vorsorgeuntersuchungen mit pflegenden Angehörigen proaktiv angehen sollte, da diese erfahrungsgemäß oft vernachlässigt werden.

PA3 unterstrich die Bedeutung langfristiger und flächendeckender Unterstützung für pflegende Angehörige. Er kritisierte die häufige Kurzlebigkeit von Projekten aufgrund finanzieller Engpässe und bezeichnete diese Situation als unbefriedigend für pflegende Angehörige (PA3, Pos. 53). Das CMpA-Konzept empfand er als potenziell hilfreich für viele Personen in seiner Situation und fordert daher eine nachhaltige Umsetzung (PA3, 54-61). Hinsichtlich Selbsthilfegruppen betonte er die Wichtigkeit, merkte aber auch an, dass viele pA keine zeitlichen Ressourcen für die Organisation

haben und regt daher an, dass die Case Manager*innen für pflegende Angehörige die Bildung solcher Strukturen unterstützen könnte (PA3, Pos: 71).

Im t1-Fragebogen wurde erfragt, was sich die Teilnehmenden anders oder zusätzlich wünschten. Die Freitextantworten von fünf pA zeigen, dass vermehrt spezifische Hilfestellungen für die Betreuung von Demenzkranken benötigt werden, aktivere bzw. praktischere Unterstützung und längere Gesprächszeiten. Während eine Person die Unveränderlichkeit der Krankheitssituation der pflegebedürftigen Person angibt und keine Änderungspotenziale im Konzept sieht, sind andere unschlüssig in Bezug auf Verbesserungswünsche.

Die gesammelten Anregungen und Änderungswünsche legen nahe, dass eine nutzer*innenorientierte Gestaltung des Konzeptes eine stärkere Betonung auf praktische Unterstützung setzen sollte. Es besteht der Wunsch nach einer vereinfachten Navigation durch bürokratische Prozesse und einer transparenteren Kommunikation. Speziell unterstreichen die Nutzer*innen die Notwendigkeit für flüssigere Beratungsgespräche im Sinne einer schnelleren, intuitiveren Reaktionsfähigkeit der Case Manager*innen für pflegende Angehörige. Eine emotional überlastete Nutzer*in fordert zudem stärkere Unterstützung bei der Vermittlung von notwendigen Unterstützungsangeboten. Schließlich zeigt sich, dass während einige Nutzer*innen die bestehenden Angebote als sehr positiv ausreichend betrachten, punktuell noch spezifischere und tiefer greifende Hilfestellung benötigt wird, um die Pflegeübernahme adäquat zu unterstützen.

Positive Erfahrungen und Zufriedenheit

Die Interviewteilnehmenden äußerten sich positiv über ihre Teilnahme am CMpA. TIMP202 betonte, wie hilfreich die Teilnahme für sie war: „Das war einer der besten Momente meines Lebens [...]. Hat mir sehr geholfen.“ (TIMP202, Pos. 105–109) TIMP203 hob hervor, dass es wertvoll war, eine Person zu haben, die sich speziell um die Belange der Pflegenden kümmerte: „In erster Linie war ich froh, dass sich mal jemand kümmert [...]“. Er erwähnte auch, dass das CMpA zwar die Pflegesituation nicht ändern kann, aber dennoch wertvolle Anregungen zur Entlastung bot: „Aber ich habe verschiedene Anregungen dadurch bekommen, die ich auch teilweise schon wahrgenommen habe [...]“. (TIMP203, Pos. 30–31) Weiterhin wurde die individuelle Unterstützung durch das CMpA geschätzt: „Die Frau [Nachname 1] hat sich da ganz auf mich eingelassen [...]“. (TIMP203, Pos. 36–37) Die Fragebogenerhebung zeigte, dass zehn der elf Befragten zufrieden mit dem CMpA waren, eine Person war eher zufrieden. Die folgende Abbildung zeigt die Freitextangaben zur Frage, was den pA am CMpA besonders gut gefallen hat.

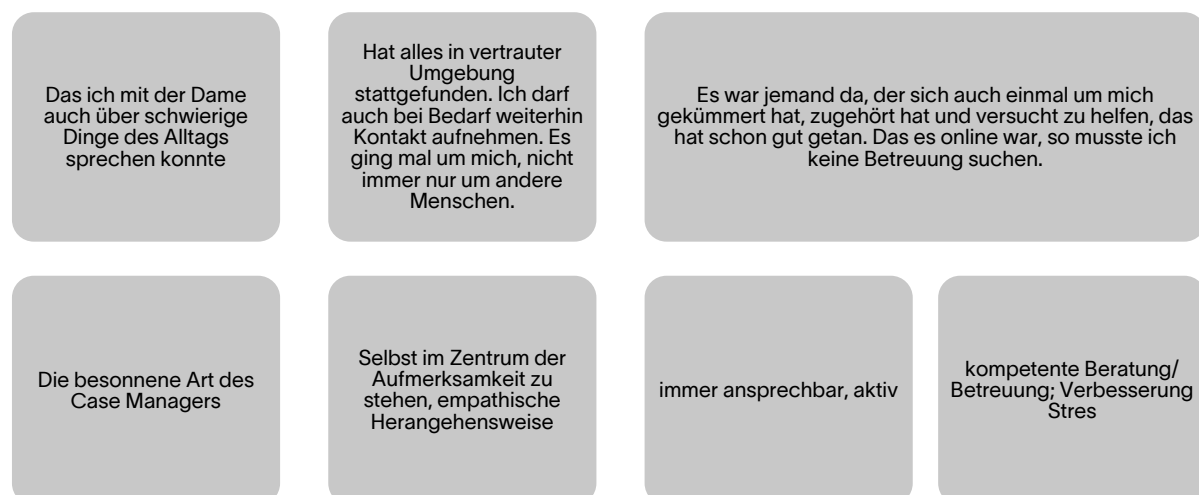


Abb. 54: t1-Freitextantworten – Was hat Ihnen besonders gut gefallen? (n = 11 von 11)

Überwiegend haben die Teilnehmenden positive Erfahrungen mit dem CMpA gemacht. Die Zufriedenheit, die aus den Interviews hervorgeht, spiegelt sich in der Fragebogenerhebung wider.

Wahrgenommene Änderungen im Alltag

In den Interviews beschrieben die pA diverse Änderungen, die die Teilnahme am CMpA in ihrem Alltag hervorbrachten.

PA1 sah die größte Veränderung in ihrem Alltag in der Reduktion ihrer Pflegerolle durch das Hinzuziehen eines Pflegedienstes.

„Ja, Ja, ja, ja. Weil ich habe das tatsächlich heruntergeschraubt. Also ich habe meine tägliche persönliche Anwesenheit, ich war wirklich jeden Tag da, ich habe das komplette heruntergeschraubt. Inzwischen ist es aber auch so, dass ich eben ein Pflegedienst mit engagiert habe. Auch wenn es mal beim ersten Pflegedienst nicht funktioniert hat. Dann hat man sich um einen zweiten bemüht. Das ist alles okay. Aber diese-. Ich habe das für mich also komplett heruntergeschraubt. Weil ich kann nicht mehr tun. Wenn die das nicht wollen, dann ist das deren Entscheidung.“ (PA1, Pos. 62-63)

Die Entscheidung, sich teilweise aus der Pflege ihrer Mutter zurückzuziehen führte dazu, dass PA1 mehr Zeit für sich selbst hatte. Sie beschrieb positive Auswirkungen auf ihre Lebensqualität und ihr Wohlbefinden.

PA2 nahm durch das CMpA für den Alltag mit, mehr auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten und sich selbst mit in den Fokus zu nehmen, indem sie sich z. B. regelmäßiger mit ihrem sozialen Umfeld trifft.

B: Dass ich da stärker drauf schaue, dass ich mich mehr mit Freunden treffe. Das hat sich verändert. Dass ich mal jetzt gucke, was gibt es da noch für Interessen, die ich vor der ganzen Thematik mit meiner Mutter hatte? Da habe ich ja ein erfülltes Leben geführt, ne? (lacht) [...] Und ich habe mich in den drei Jahren natürlich immer mehr auf sie konzentriert, weil sie war ja nun auch plötzlich meine Pflegenden Angehörige. Und ich habe dann wirklich den Fokus auf sie gelegt. Aber es war ja nichts anderes drum rum. Und da komme ich jetzt / Und das war jetzt das Schöne mit dieser Aktion da mit dem Case Management, dass ich da ein Stück weit jetzt wieder herausgeholt worden bin, aus der Situation nicht dieses Fokussierens auf meinen Angehörigen. (PA2, Pos. 98-99)

Im Alltag von PA3 hat sich verändert, dass Anregungen wahrgenommen wurden, um sich zu entlasten. Zusätzlich hat das CMpA PA3 geholfen, die eigene Situation anders zu reflektieren und dementsprechend alternative Lösungswege auszuprobieren.

Im t1-Fragebogen wurden verschiedene Items abgefragt, die sich damit beschäftigten, welche subjektiven Veränderungen die Teilnehmenden durch das CMpA wahrgenommen haben. Die Ergebnisse sind in Abbildung 55 einsehbar.

Die Teilnahme am Case Management hat mir geholfen...



Abb. 55: Wahrgenommene Wirkungstendenzen (n = 11 von 11)

Positiv hervorgehoben werden kann, dass bis auf eine Person, die „weiß nicht“ angab, alle Teilnehmenden empfanden, dass das CMpA ihnen half, mehr auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten. Die meisten negativen Angaben (n = 3) wurden bei den folgenden Items gegeben: „Die Teilnahme am Case Management hat mir geholfen... meinen Blick auf die positiven Dinge in meinem Leben zu lenken.“; „...die Menschen zu benennen, die ich um Unterstützung bitten kann.“ und „... geeignete Hilfestellung zu erhalten.“

Im Kontext des Items, das beschreibt, ob das CMpA half, Menschen zu benennen, die um Unterstützung gebeten werden könnten, werden nachfolgend in Tabelle 20 die Ergebnisse der t1-Befragung des F-SozU vorgestellt.

Tab. 20: F-SozU Vorher-nachher Analyse auf Einzelfallbasis (n = 10 von 11)

Identifikation	MW t0	PR t0 ¹⁰	MW t1	PR t1	Numerische Differenz MW	Interpretation
pA1	1,57	<1	2,43	3	0,86	verbessert
pA3	3,79	37	4,57	81	0,79	verbessert
pA5	4,86	91	4,93	93	0,07	verbessert
pA6	1,50	<1	1,71	<1	0,21	verbessert
pA7	2,36	3	2,71	6	0,36	verbessert
pA9	2,79	6	3,36	18	0,57	verbessert
pA10	2,86	7	4,29	69	1,43	verbessert
pA11	3,57	27	2,86	7	-0,71	verschlechtert
pA12	1,57	<1	2,14	2	0,57	verbessert
pA14	4,57	81	4,21	65	-0,36	verschlechtert

Das durchschnittliche Skalenwert-Ergebnis der F-SozU-Befragung steigt leicht um +0,28 in der t1-Befragung. Das Minimum (1,71) ist zum Zeitpunkt t1 durchschnittlich zwar etwas erhöht, aber weiterhin niedrig. Die Spannweiten sind mit 3,21 auch bei der t1-Befragung recht hoch. Trotz einer etwas geringeren Range beim Zeitpunkt t1 im Vergleich zu t0 bleibt die Varianz hoch. Der fallbasierte Vergleich zeigt eine geringe Steigerung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung bei acht von zehn pA nach dem CMpA.

Wie Abbildung 56 zeigt, gaben vier pA im t1-Fragebogen an, die Inhalte des CMpAs für ihren Alltag übertragbar gefunden zu haben, und fünf pA empfanden sie als eher übertragbar, zwei Personen aber als eher nicht übertragbar.

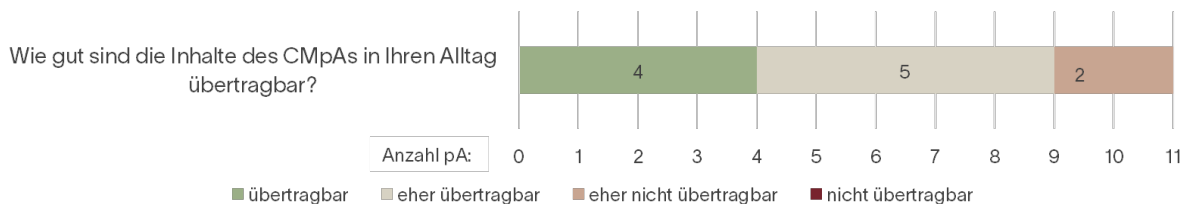


Abb. 56: Diagramm Alltagsübertragbarkeit t1 (n = 11 von 11)

Die Interviews zeigen, dass die Teilnahme am CMpA verschiedene Veränderungen im Alltag der Teilnehmenden bewirkt hat. Die Fragebogenergebnisse zeigen, dass viele Teilnehmer*innen die Möglichkeit zur aktiven Entspannung während der Pflegezeit nutzten. Es gab jedoch eine gewisse Ambivalenz bei der Beurteilung, ob die Inhalte des CMpA als für ihren Alltag übertragbar empfunden wurden.

Wahrgenommene Änderungen im Wohlbefinden

Die Interviewten berichteten, positive Änderungen im Wohlbefinden durch das CMpA empfunden zu haben. PA1 bemerkte diese Veränderung besonders im Bereich der Schlafgesundheit.

¹⁰ Die in der Tabelle angegebenen PR der Einzelfälle beziehen sich auf die Gesamtstichprobe (nicht altersangepasst) (Fydrich, Sommer & Brähler, Fragebogen zur Sozialen Unterstützung – Manual, 2007)

„Ja, natürlich. Natürlich. Also das ist besseres Schlafen, ruhigeres Schlafen. Weil man wird ja, wie soll ich das sagen? In das kalte Wasser geworfen. Das ist ja, man rechnet ja oder denkt auch nicht darüber nach, jemals in so eine Situation zu kommen. Also ich zumindest nicht. Ich weiß nicht, ob andere Menschen darüber nachdenken, aber ich habe nicht darüber nachgedacht, meine Eltern irgendwann pflegen zu müssen. Und da wird man also komplett in das kalte Wasser geworfen. Und da ist ebenso ein Case Management die Unterstützung, die da ist. Das ist wirklich, also aus meiner Sicht, ich finde, dass das wichtig ist.“
(PA1, Pos. 66-67)

PA2 bezeichnete die Veränderung als „Erleichterung“ und erklärte, dass ihr die Termine gutgetan hätten und sie nun verstärkt auf ihre eigenen Bedürfnisse achte (PA2, Pos. 98-99).

Kurzfristig konnte das CMpA das Wohlbefinden von PA3 positiv beeinflussen, für nachhaltige Erfolge ist seiner Meinung nach eine längerfristige Begleitung notwendig.

„Na ja, kurzfristig schon, und deswegen bin ich auch der Meinung, dass solche Projekte langfristiger durchgezogen werden müssten, weil irgendwann summiert sich das alles wieder.“ (PA3, Pos. 58-59)

Zum Zeitpunkt t0 liegt das prozentuale Wohlbefinden aller Teilnehmenden durchschnittlich bei nur 23,51 %, verdoppelt sich durchschnittlich zum Zeitpunkt t1 jedoch fast. Die Ergebnisse waren zu beiden Erhebungszeitpunkten recht gestreut ($R_{t0} = 60$; $R_{t1} = 74$). Nach der Maßnahme hat sich durchschnittlich sowohl das Minimum als auch das Maximum erhöht. Bei neun von zehn fallbasierten Vorher-nachher-Vergleichen zeigte sich eine Verbesserung um mindestens vier, maximal 52 Prozentpunkte im Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen. Nur bei einer pflegenden Angehörigen wurde eine geringe Verschlechterung (-4 PP) festgestellt. Diese Quote gibt Hinweise darauf, dass das CMpA möglicherweise dazu beitragen hat, das Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen zu verbessern. Da jedoch psychisches Wohlbefinden von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird und die vorliegende Stichprobengröße begrenzt ist, ist es nicht möglich, eine endgültige Schlussfolgerung in dieser Hinsicht zu ziehen.

Tab. 21: Wohlbefinden zu t0 und t1 (n = 10 von 11)

Identifikation	WHO 5 Wohlbefinden in % (t0)	WHO 5 Wohlbefinden in % (t1)	Numerische Differenz	Interpretation
pA1	0	16	16	verbessert
pA3	24	68	44	verbessert
pA5	32	68	36	verbessert
pA6	24	28	4	verbessert
pA7	12	8	-4	verschl.
pA9	32	84	52	verbessert
pA10	16	60	44	verbessert
pA11	20	36	16	verbessert
pA12	4	52	48	verbessert
pA14	60	72	12	verbessert

Weiterempfehlung/erneute Teilnahme

PA1 würde erneut am CMpA teilnehmen, nicht nur für sich selbst, sondern auch, um zur Unterstützung anderer pflegender Angehöriger beizutragen. Sie hat das CMpA bereits in ihrem Bekanntenkreis empfohlen, betonend, dass die empathische Art der CMpA besonders lobenswert ist (PA1: 70-73, 74-77).

PA2 empfahl die Teilnahme am CMpA anderen pflegenden Angehörigen und würde sich definitiv wieder dafür entscheiden (PA2, Pos. 104-111).

PA3 würde rückblickend das CMpA erneut in Anspruch nehmen und es anderen pflegenden Angehörigen weiterempfehlen (PA3, Pos. 74-77).

Alle elf Teilnehmenden der t1-Befragung gaben an, dass sie das CMpA weiterempfehlen würden.

6.4.2.6 Herausforderungen bei der Umsetzung (CMpA-Interviews)

Aus den 8 Interviews mit den Case Manager*innen für pflegende Angehörige wurden Herausforderungen bei der Umsetzung aus Anbieterperspektive identifiziert. Die daraus resultierenden Gelingensbedingungen wurden für die Konzeptüberarbeitung an die AW Kur und Erholungs GmbH kommuniziert. Im Anhang ist eine Tabelle mit den Gelingensbedingungen aus Anbieterperspektive einsehbar. An dieser Stelle wird erneut darauf hingewiesen, dass der Begriff Gelingensbedingungen weit interpretiert wurde, basierend auf den Erfahrungen der einzelnen Case Manager*innen für pflegende Angehörige. Es handelt sich also um Hinweise, nicht um alleinige Erfolgsgaranten und diese repräsentieren nicht zwangsläufig die Ansichten aller CMpAs.

Die Konzeptumsetzung war vor allem initial herausfordernd, da anfänglich ein Mangel an Routine und Übung bestand. Diese Schwierigkeit wurde verstärkt durch die Vielfalt der Materialien und Instrumente sowie die Notwendigkeit, gemeinsame Ziele mit den pflegenden Angehörigen festzulegen. Die Komplexität der Probleme und die Abgrenzung von anderen Gesundheitsrollen erwiesen sich ebenfalls als hinderlich. Der Start der Erprobung gestaltete sich außerdem mühsam, wegen anfänglicher Unkenntnis der pflegenden Angehörigen über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme des Angebotes und einer entsprechend geringen Anzahl an Teilnehmenden.

Es gab zudem Herausforderungen aufgrund unzureichender Ressourcen und suboptimaler Rahmenbedingungen. Die CMpA berichteten von verschiedenen Faktoren, die den Aufwand erhöhten, darunter die Dokumentation, die Vorbereitung und Durchführung der Termine. Der Zugang der pflegenden Angehörigen zur CMpA erfolgte auf unterschiedlichen Wegen, wie persönliche Kommunikation, Anzeigen oder Empfehlungen durch andere Akteur*innen.

Die CMpA konnten größtenteils die Qualitätskriterien in ihre Unterstützung der pflegenden Angehörigen integrieren, obwohl Schulungsbedarf oder Erfahrungslücken in bestimmten Bereichen festgestellt wurden. Die Anwendung verschiedener Instrumente, einschließlich optionaler, wurde von den CMpA genutzt.

Der Ablauf und die Phasen des Konzepts wurden individuell an die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen angepasst. Die zeitlichen Vorgaben wurden unterschiedlich wahrgenommen, und es gab Schwierigkeiten, die zeitlichen Abstände zwischen den Terminen einzuhalten. Einige CMpA begleiteten die pflegenden Angehörigen auch in der Vor- und Nachsorge. Die Vor- und Nachsorgebegleitung umfasste praktische Hinweise, Unterstützung bei Antragsstellungen und die gemeinsame Erarbeitung der Integration des Gelernten im Alltag. Es besteht Bedarf, das Thema in der Schulung bzw. im Konzept mehr zu thematisieren, da Wissensdefizite durch die CMpA erlebt wurden.

Trotz überwiegender positiver Bewertungen der CMpA gab es auch Anpassungsbedarfe am Konzept, die zur Konzeptüberarbeitung an die AW Kur und Erholungs GmbH kommuniziert wurden. Die Auswirkungen wurden als entlastend und bewusstseinsfördernd beschrieben, da Veränderungen

im Bewältigungsverhalten der pflegenden Angehörigen und positive Ergebnisse durch den Einsatz der Instrumente festgestellt wurden. Einige CMpA möchten das Konzept weiterhin anbieten, während andere aufgrund von Mangel an Erfahrung und Ressourcen Bedenken äußerten.

6.4.2.7 Gelingensbedingungen

Die aus den Ergebnissen abgeleiteten Gelingensbedingungen aus Nutzer*innenperspektive, werden in Tabelle 22 dargestellt.

Tab. 22: Gelingensbedingungen aus Nutzer*innenperspektive nach Kategorie

Zugang	Um möglichst viele Nutzer*innen von Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren, sollten möglichst viele, digitale und analoge, Informationswege genutzt werden.
	Der Anmeldeprozess sollte möglichst niedrigschwellig und benutzerfreundliche gestaltet werden.
Organisation	Eine nutzer*innenorientierte Umsetzung des CMpA erfordert vor allem Flexibilität in der organisatorischen Termingestaltung, der Termindauer und den Terminorten.
	Grundsätzlich sollte sich die Organisation nach den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der pA richten.
	Bei Bedarf sollten die pA in der Organisation von Betreuungsmöglichkeiten für die pflegebedürftigen Personen unterstützt werden.
Durchführung - Themen	Relevante Themen für pA können sehr vielfältig sein und sollten möglichst auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden.
Durchführung - Qualitätskriterien	Die Lebenswelt der Teilnehmenden sollte mit ihrer individuellen Situation, einschließlich persönlicher und beruflicher Umstände sowie gesundheitlicher Herausforderungen sowohl in der Planung als auch in der Umsetzung berücksichtigt und integriert werden.
Durchführung - Materialien und Instrumente	Die Auswahl an Instrumenten und Materialien sollte stets individuell erfolgen und sich nach den Bedarfen und Interessen der pA orientieren.
Durchführung - Vor- und Nachsorge	Um pA erfolgreich im Bereich der Vor- und Nachsorge unterstützen zu können, sollte ein Zugang über stationäre Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen erfolgen. Eine Teilnahme aus dem CMpA heraus zu ermöglichen, kann z. B. wegen fehlender finanzieller Ressourcen der pA schwierig sein. Es bedarf einer verstärkten Informations- und Beratungsarbeit bezüglich stationärer Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, insbesondere mit Begleitungs- und Betreuungsangeboten der pflegebedürftigen Personen, da viele pflegende Angehörige nicht über diese Möglichkeiten informiert sind. Es bedarf einer stärkeren Verknüpfung der beiden Sektoren.
Bewertung/ Durchführung	CMpAs sollten pflegenden Angehörigen praktische Unterstützung in der Navigation im deutschen Gesundheitswesen bieten, indem beispielsweise bürokratische Prozesse operational unterstützt und an notwendige Akteur*innen vermittelt werden. Eine reine Information über verschiedene Akteur*innen oder Möglichkeiten ist häufig nicht ausreichend.
	CMpAs sollten routiniert in der Durchführung sein, um flüssig auf die vielfältigen, teils emotionalen Situationen im CMpA reagieren zu können.

Für eine effektive Umsetzung des Case Managements für pflegende Angehörige sind flexible organisatorische Maßnahmen sowie eine individuell abgestimmte Herangehensweise von großer Bedeutung. Die Nutzung verschiedener Informationswege, sowohl digital als auch analog, ist entscheidend, um möglichst viele Nutzer*innen zu erreichen. Ein niedrigschwelliger Anmeldeprozess sowie eine nutzer*innenorientierte Gestaltung der Termine sind unerlässlich. Zudem bedarf es einer engen Verknüpfung zwischen CMpA und stationären Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, um eine effektive Vor- und Nachsorge zu gewährleisten. Eine praxisnahe Unterstützung im deutschen Gesundheitswesen sowie die Fähigkeit, flexibel auf vielfältige und oft emotionale Situationen zu reagieren, sind für erfolgreiches Case Management unerlässlich.

6.5 Diskussion

Das Ziel der wissenschaftlichen Begleitung war gemäß dem MRC-Modell, die Konzeptentwicklung mithilfe wissenschaftlicher Erkenntnisse zu unterstützen und das darauffolgende Konzept zu validieren. Die Datenerhebungen während der Konzeptentwicklung hatten vor allem den Zweck, das Handlungsfeld zu erkunden und speziell die Bedürfnisse und Erwartungen von Expert*innen und Nutzer*innen bezüglich eines CMpA zu ermitteln. Durch die Datenerhebungen in der Validierungsphase sollte vor allem eruiert werden, wie die **Nutzer*innen, aber auch die Case Manager*innen für pflegende Angehörige, die Umsetzung des Konzeptes wahrgenommen und bewertet haben** und was notwendige **Faktoren oder Aspekte für eine Nutzer*innenorientierte Umsetzung des Konzeptes** sind.

Dafür wurden in der Phase der Konzeptentwicklung Fokusgruppeninterviews mit Nutzer*innen und Expert*innen sowie ein Scoping Review durchgeführt. Zur Validierung nach der Erprobungsphase wurden telefonische Einzelinterviews mit den Nutzer*innen und Case Manager*innen geführt. Zusätzlich wurden die Nutzer*innen zu Beginn und einige Wochen nach Abschluss der Maßnahme schriftlich befragt.

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert und zukünftige Forschungsbedarfe abgeleitet. Durch die vorliegende Arbeit werden wissenschaftliche Erkenntnisse zu sektorenübergreifenden präventiven Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige präsentiert. Dieses Gebiet wurde bisher nur begrenzt erforscht, wodurch dieser Beitrag einen wichtigen Einblick liefert. Die Arbeit konnte neue Erkenntnisse gewinnen, insbesondere im Hinblick auf die Ausrichtung solcher Konzepte für pflegende Angehörige aus der Perspektive der Nutzer*innen.

Die Ergebnisse des Scoping Reviews zeigten hinsichtlich der **Exploration des Forschungsfeldes**, dass es im deutschsprachigen Raum für die Zielgruppe keine vergleichbaren Angebote gibt. Es wurden nur wenige internationale Case Management Konzepte für pflegende Angehörige identifiziert und diese waren insgesamt in Bezug auf ihre Settings, Ziele und Umsetzung eher heterogen. In der Literaturrecherche wurde gleichzeitig deutlich, dass der Stellenwert von pflegenden Angehörigen international zunimmt und somit der Bedarf an Unterstützung sowie die Notwendigkeit der Verbesserung der Versorgungslandschaft für diese Gruppe an Bedeutung gewinnen (Corvol et al., 2017; Jungbauer et al., 2017; Wittingham et al., 2017; Yu, 2016; Khanassov et al., 2016; Pfeiffer et al., 2017 & Luchsinger et al., 2016). Es stellt sich die Frage, warum in der deutschen Versorgungslandschaft keine flächendeckenden, sektorenübergreifenden Angebote für pflegende Angehörige verfügbar sind, obwohl die belastende Situation dieser Gruppe und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken bekannt sind, insbesondere, weil pflegende Angehörige als „Deutschlands größter Pflegedienst“ bekanntermaßen eine entscheidende Rolle bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Land spielen (RKI, 2015). Zukünftige Forschung sollte sich dieser Frage bzw. Barrieren für die Schließung dieser Versorgungslücke stellen.

Die mangelnde Vergleichbarkeit der identifizierten Konzepte wirft zugleich die Frage auf, warum es kein standardisiertes Modell gibt und wie ein solches möglicherweise aussehen könnte. Mit dieser Frage wurde sich mitunter bei der Entwicklung des in Kapitel 7 beschriebenen Modells für Nutzer*innenorientierte Konzepte für pflegende Angehörige beschäftigt. Das Modell soll einen Rahmen für die individuelle Entwicklung vergleichbarer, an den Bedürfnissen der Nutzer*innen orientierter Konzepte für pflegende Angehörige geben.

Bezüglich des **Zugangs** zum Case Managements und der **Inanspruchnahme** eines Case Managements für pflegende Angehörige wurde festgestellt, dass eine Vielzahl von Informationskanälen genutzt werden sollte, um möglichst vielen pflegenden Angehörigen die Möglichkeiten der Unterstützung zugänglich zu machen. Die Ergebnisse legen nahe, dass das Case Management für pflegende Angehörige unterschiedliche Erwartungen weckt und die Motivation zur Inanspruchnahme variiert. Zukünftig könnte in Forschungsprojekten weiter untersucht werden, welche Faktoren die Motivation beeinflussen, und stärker abgeglichen werden, inwiefern das Angebot die Erwartungen

der pflegenden Angehörigen erfüllt. In diesem Modellprojekt spielten die Erwartungen der pflegenden Angehörigen eine untergeordnete Rolle, da primär die Bedarfe der pflegenden Angehörigen sowie die nutzer*innenorientierte Gestaltung fokussiert wurden.

Zur Inanspruchnahme von CMpA als nachsorgende Begleitung können keine Aussagen getroffen werden, da es aufgrund der Erprobung an nur wenigen Modellstandorten nicht gelungen ist, pflegende Angehörige zu rekrutieren, die im Erprobungszeitraum eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für pflegende Angehörige abgeschlossen haben und von einer Nachsorge im CMpA hätten profitieren können. Dieses Bild bestätigen Karrer et al., die die Inanspruchnahme ambulanter Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige untersuchten. Sie schlussfolgern, dass die Zugangswege zu entsprechenden Angeboten niedrigschwellig und „zugangsfreundlich“ gestaltet werden müssten, um eine Inanspruchnahme durch die pflegenden Angehörigen zu gewährleisten (Karrer et al., 2020).

Weidner et al. (2017) untersuchten Barrieren bei der Inanspruchnahme und identifizierten zahlreiche Faktoren auf verschiedenen Ebenen: auf Systemebene, im Hilfesystem der Leistungserbringer sowie auf der Ebene einzelner Fälle. In der vorliegenden Untersuchung zum CMpA wurden teilweise ähnliche Barrieren festgestellt. Zum Beispiel beschreiben die Forscher ähnliche strukturelle Hindernisse beim Erstzugang zu Hilfsangeboten, räumliche und zeitliche Barrieren sowie Informationsmangel als Hürden. Gleichzeitig wurden in der vorliegenden Studie Bemühungen unternommen, bestimmte Barrieren, die auch in der Untersuchung von Weidner et al. identifiziert wurden, im Rahmen des CMpA zu umgehen. Ein Beispiel hierfür sind die Minimierung bürokratischer Hürden und die Gestaltung eines sehr niedrigschwelligen Zugangs (Weidner et al., 2017).

Der konzipierte Vor- und Nachsorgebaustein konnte nicht erprobt werden, weil zum Erprobungszeitpunkt keine der am CMpA-teilnehmenden pflegenden Angehörigen eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen wollten. Durch die Interviews konnten hierfür teilweise Gründe identifiziert werden. So thematisierte eine Case Managerin die Möglichkeiten einer stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme mit einer teilnehmenden Person, welche jedoch Pflegeversicherungsleistungen zur Betreuung der pflegebedürftigen Person für das entsprechende Jahr bereits beansprucht hatte. Wegen fehlender finanzieller Mittel konnte das Angebot daher nicht in Anspruch genommen werden. In zukünftiger Forschung müsste eine größere Verknüpfung der beiden Sektoren, auch im Bereich der Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme, erfolgen müssten oder andere Wege identifiziert werden, wie die Zielgruppe hinsichtlich der Vorsorge und Nachsorge begleitet werden könnte. Dieses Bild unterstreicht mitunter die Nahtstellenproblematik des deutschen Gesundheitssystems in bzw. zwischen diversen Sektoren (Lang et al., 2019; Gröning et al., 2016; Menzel-Bergmann et al., 2015 & Knieps et al., 2012; Spitzer, 2020). Dieses Muster beeinträchtigt die Möglichkeit pflegender Angehöriger, sich in der Versorgungslandschaft zurechtzufinden und eigenständig passende Angebote für ihre zu pflegenden Angehörigen sowie für sich selbst zu identifizieren. Es erschwert außerdem die Organisation der Inanspruchnahme dieser Angebote auf operativer Ebene, wodurch Bedarfe der Zielgruppe(n) oft ungedeckt bleiben (Karrer et al., 2020).

Hinsichtlich der identifizierten Notwendigkeit einer hohen Flexibilität im Bereich der **Organisation** des CMpA, insbesondere im Bereich der zeitlichen und örtlichen Termingestaltung, könnten potenziell Wege untersucht werden, wie dieser Prozess stärker systematisiert werden könnte. Gleichzeitig zeigt die positive Resonanz der pflegenden Angehörigen aber, dass die Umsetzung der zeitlichen und örtlichen Termingestaltung im Modellprojekt bereits erfolgreich war. Seitens der Case Manager*innen für pflegende Angehörige wurden keine Herausforderungen hinsichtlich der flexiblen Gestaltung der Maßnahme diskutiert.

Eine Hypothese für die potenzielle Nichtinanspruchnahme könnte sein, dass die verschiedenen flexiblen Möglichkeiten des Angebots nicht ausreichend kommuniziert werden. Möglicherweise zögern pflegende Angehörige daher, am Case Management teilzunehmen, weil sie annehmen, nicht über ausreichende zeitliche Ressourcen zu verfügen oder aufgrund von Einschränkungen der Teilnahme an bestimmten Orten (z. B. zu Hause oder in Beratungsbüros usw.) Bedenken hinsichtlich

der Teilnahme haben. Diese Informationen sollten daher möglichst bereits im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit, also schon vor dem Erstgespräch, kommuniziert werden. Die Details auf organisationaler Ebene wurden bei einigen der im Scoping Review identifizierten Studien nicht oder wenig thematisiert (Whittingham et al., 2011; Khanassov et al., 2016), während andere ähnliche zeitliche Rahmenbedingungen in anderen Interventionen beschrieben wurden (Jungbauer et al., 2017; Gridley et al., 2019).

Wie im Ergebniskapitel beschrieben, variieren die für die pA notwendigen **Themen** im CMpA teilweise stark. Diese Variation lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass die Themen stark von den individuellen Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen abhängen, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Belastungssituationen vielfältig sind. Diese Vielfalt spiegelt sich insbesondere in den erforderlichen Kompetenzen der Case Manager*innen für pflegende Angehörige wider. Sie müssen ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten in einer Breite von Themen, wie z. B. den psychosozialen Herausforderungen pflegender Angehöriger, Gesundheitsförderung und Prävention oder Stressmanagement, besitzen, um umfassend die individuellen Bedarfe der pflegenden Angehörigen im Rahmen des CMpA abdecken zu können. Daraus ergibt sich nicht nur die Notwendigkeit einer professionellen und umfassenden Schulung der CMpA, sondern auch die Bedeutung der in den Interviews durch die Fachkräfte selbst wiederholt genannten Umsetzungserfahrungen. Daher wurde nach der Erprobung anhand der Rückmeldungen der CM und von Expert*innen das Curriculum angepasst und mehr Module zur Stärkung der Beratungskompetenz eingebaut. Inwieweit sich zukünftige CMpA, die nach der validierten Version des Curriculums geschult wurden, besser als in der Pilotschulung auf ihre Aufgabe vorbereitet fühlen und alle CMpA-Instrumente sicher anwenden können, muss dann in einer weiteren Studie erforscht werden. Die Erkenntnis, dass eine große Bandbreite an Inhalten thematisiert wird bzw. notwendig ist, deckt sich ebenfalls mit den Ergebnissen des Scoping Reviews. Beispielsweise beschreiben Luchsinger et al., aber auch Yu et al., dass in den Interventionen emotionale Unterstützung und Edukation angeboten werden, die Inhalte aber grundsätzlich von den Bedarfen der einzelnen pflegenden Angehörigen abhängen (Luchsinger et al., 2016; Luchsinger et al., 2018; Yu et al., 2016).

Im Bereich der inhaltlichen Umsetzung des CMpA ist es ebenfalls wichtig zu diskutieren, welche Case Management-**Rolle oder -Funktion** die CMpA einnehmen. Das Case Management ist grundsätzlich darauf ausgerichtet, vielfältige Funktionen je nach individuellem Bedarf zu übernehmen. Bestimmte Rollen können in manchen Fällen relevanter sein als in anderen Situationen, abhängig von den Bedürfnissen der betroffenen Personen. Zu diesen Funktionen und Rollen gehören die Advocacy-, Broker-, Gate-Keeper- und Social Support-Funktion (Monzer, 2018).

Im Konzept CMpA nehmen die Case Manager*innen überwiegend die Rolle des/der sozialen Unterstützer*in ein. Dies deckt sich mit Quinns (1983) Auffassung, dass Case Management-Konzepte unterschiedliche Ausrichtungen haben können. Dennoch ist wichtig zu berücksichtigen, dass das Ziel von Case Management grundsätzlich sein sollte, „bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen“ (Monzer, 2018, S. 1). Daher sollten Case Manager*innen für pflegende Angehörige auch kompetent in den übrigen Case Management Rollen agieren können. Dies unterstreicht Monzer (2018, S. 2), der die Aufgabe von Case Management wie folgt definiert:

„Die Aufgabe des Case Managements besteht in der Unterstützung von Menschen, die unter den gegebenen persönlichen und institutionellen Voraussetzungen Schwierigkeiten haben, die richtigen Hilfen in Anspruch zu nehmen. Damit fällt dem Case Management vorrangig die Funktion zu, die Unterstützungen zu organisieren, die der Betroffene nicht selbst erreichen kann. Unter dieser Prämisse müssen möglichst solche Hilfen eingerichtet werden, die zu der Lebenswelt des betroffenen Menschen passen und letztlich von ihm und seiner Umgebung ohne weitere Hilfestellung genutzt oder organisiert werden können.“

Damit ist Case Management in der Regel nicht für die direkte Leistungserbringung zuständig, sondern sie organisiert diese.“

In diesem Sinne ist es wichtig, dass pflegende Angehörige im Case Management auch operative Unterstützung bei der Sicherstellung möglicher Inanspruchnahmen von notwendigen Unterstützungsmöglichkeiten erhalten (Bullinger et al., 1998).

Zukünftig könnte näher untersucht werden, inwiefern die konkreten Rollen für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen relevant sind und wie sie im CMpA bereits berücksichtigt bzw. umgesetzt werden.

Die im Konzept vorgesehenen **Qualitätskriterien** sind vielfältig und konnten daher im Rahmen der Validierung nur teilweise erfasst werden. Es zeigt sich aber deutlich, dass die Berücksichtigung der individuellen Lebenswelt ein zentrales Qualitätskriterium ist. Dies umfasst vor allem auch die soziale und berufliche Situation der pflegenden Angehörigen. Die Lebenswelten pflegender Angehöriger können äußerst vielfältig sein, abhängig vom Alter der Pflegenden selbst und der pflegebedürftigen Personen, dem Gesundheitszustand beider Parteien sowie ihren beruflichen und sozialen Umständen. Dementsprechend bestätigt sich erneut der breite Kenntnis- und Erfahrungsbedarf für die CMpA. Nähergehend könnte noch thematisiert werden, wie die Identifikationen dieser Lebensumstände erfolgen könnten. Gibt es biografische Assessments, die hierfür eingesetzt werden können? Gibt es bereits digitale Umsetzungsmöglichkeiten, die diesen Prozess unterstützen könnten bzw. wie könnten diese aussehen? Durch die Systematisierung dieses Prozesses könnte die Berücksichtigung der Lebensumstände ggf. sicherer oder umfassender einfließen.

Bezüglich der Anzahl der geltenden Qualitätskriterien für ein gelingendes CMpA stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten es gibt, die Umsetzung sicherzustellen. Ziel bei dieser Auseinandersetzung wäre, dass trotz der Heterogenität der Durchführung, die aus den individuellen Bedarfen resultiert, die Qualität für die pflegenden Angehörigen dennoch sichergestellt werden kann. So könnten z. B. bei möglicher Verstetigung dennoch regelmäßige Befragungen zur Evaluation durchgeführt werden. Möglicherweise könnten auch geeignete Tools oder Checklisten zur Qualitätssicherung entwickelt werden.

Im Rahmen der Erfassung **weiterer Maßnahmen**, die im CMpA über die aus dem Methodenkoffer hinausgehen, wurde u. a. ermittelt, dass die Gründung neuer Selbsthilfegruppen unterstützt wurde. Dies zeigt einen weiteren Anpassungsbedarf im deutschen Gesundheitssystem. Die Gründung, Organisation und Durchführung von Selbsthilfegruppen obliegt i. d. R. den betroffenen Personengruppen selbst. Pflegende Angehörige sind wie beschrieben jedoch bereits in diverser Hinsicht vorbelastet und unterstützungsbedürftig. Schon die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann für pflegende Angehörige herausfordernd sein, eine Initiierung oder aktive Gründung einer Selbsthilfegruppe ist daher für pflegende Angehörige ohne zusätzliche Unterstützung schwer bis nicht umsetzbar. CMpA könnten diesen Prozess im Sinne des Empowerments z. B. unterstützen, indem sie Ressourcen wie Informationsmaterialien zur Verfügung stellen, aber auch durch die zur Bereitstellung von Kontakten aus dem Netzwerk der CMpA, um den pflegenden Angehörigen zu ermöglichen, im Rahmen ihrer eigenen Ressourcen zu agieren (Bullinger et al., 1998). Auch diese Prozesse erfordern Kenntnisse und Kompetenzen der CMpA. Die Analyse zur nutzerorientierten Gestaltung des Konzepts ergab ebenfalls, dass pflegende Angehörige den Wunsch äußerten, Informationen darüber zu erhalten, welche Aktivitäten sie sowohl alleine als auch gemeinsam mit ihren pflegebedürftigen Angehörigen unternehmen können. Hier wird deutlich, dass es offensichtlich nicht genügend leicht zugängliche Möglichkeiten gibt, um Informationen über potenzielle Aktivitäten zu erhalten oder diese in Anspruch zu nehmen. Das weist auf einen weiteren Bedarf für Maßnahmen oder Forschung hin. Eine Exploration der vorhandenen Angebote sowie des Nutzungsverhaltens und der Informationswege könnte dazu beitragen, diese Lücke zu verstehen und mögliche Lösungsansätze zu identifizieren.

In Bezug auf die zusätzlichen Maßnahmen wird an dieser Stelle erneut auf die verschiedenen Rollen und Funktionen hingewiesen, die CMpA einnehmen können und sollten. Diesbezüglich zeigte sich in der Bewertung der Nutzer*innen auch, dass sich mehr Unterstützung bei der Vermittlung notwendiger Unterstützungsangebote im Sinne der Funktion des Brokers gewünscht wurde. Es zeigt sich, dass pflegende Angehörige bei der Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote auf Barrieren stoßen, die dazu führen können, dass die Maßnahmen nicht wahrgenommen werden. Diese Barrieren werden teilweise mit dem bürokratischen Aufwand verbunden sein, die viele Gesundheitsleistungen in Deutschland mit sich bringen, aber auch mit den Verpflichtungen und Belastungen der pflegenden Angehörigen. Die genauen Barrieren sollten näher analysiert werden, um geeignete Lösungsstrategien zu entwickeln. Bis eine niedrigschwelligere Inanspruchnahme solcher Angebote möglich ist, sollten CMpA die pflegenden Angehörigen durch Vermittlung von Informationsressourcen unterstützen.

Die Datenerhebungen zeigten, dass die verschiedenen im Konzept vorgesehenen **Instrumente und Materialien** für die pflegenden Angehörigen teilweise eher eine untergeordnete Rolle spielten. Es scheint, dass Entlastungsgespräche langfristiger in Erinnerung blieben als die genutzten Standardinstrumente (FARBE-Fragebogen, Liste angenehmer Erlebnisse und die soziale Netzwerkkarte). Dennoch beschrieben die pflegenden Angehörigen ihre Erfahrungen mit bestimmten, jedoch unterschiedlichen, Instrumenten teilweise sehr positiv. Daher lässt sich schlussfolgern, dass die Auswahl insbesondere der optionalen Instrumente und Materialien, abhängig von den Bedürfnissen und Vorlieben der Teilnehmenden, erfolgen sollte. Da das CMpA gemäß Konzept partizipativ durchgeführt werden soll, muss von Seiten der CMpA darauf geachtet werden, die Teilnehmenden partizipativ in die Auswahl einzubinden, um eine Berücksichtigung der Bedürfnisse und Erfahrungen angemessen zu ermöglichen

Der Vor- und Nachsorgebaustein wurde bereits dahingehend diskutiert, dass eine problematische Fragmentierung im Versorgungssystem besteht (Lang et al., 2019; Gröning et al., 2016; Menzel-Bergmann et al., 2015; Knieps et al., 2012; Spitzer, 2020). Es besteht die Notwendigkeit, den Zugang oder die Rekrutierung stärker mit dem stationären Sektor zu verknüpfen, was Anpassungen in der Zusammenarbeit an dieser Schnittstelle erfordert. Durch die beschriebene Rekrutierungsproblematik hinsichtlich des Vor- und Nachsorgebausteins, konnte dieser im Wesentlichen nicht erprobt werden.

Die vorliegende Studie weist sowohl Stärken als auch Schwächen auf, die bei der Bewertung ihrer Aussagekraft und der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten.

Die multiperspektivische Herangehensweise der vorliegenden Arbeit ermöglichte innovative Erkenntnisse dazu, wie ein Case Management Konzept für pflegende Angehörige aufgebaut sein sollte bzw., welche Bedarfe es für pflegende Angehörige decken sollte. Außerdem konnte durch das Vorgehen der Fokus der Nutzer*innen bei der Validierung gewahrt werden, während gleichzeitig die Perspektive der Anbieter beleuchtet wurde. Die angestrebte Vollerhebung bei der Rekrutierung, bei der alle Personen Fragebögen oder Einladungen zu Interviews erhielten, sollte potenzielle Verzerrungen bei der Auswahl der Teilnehmenden durch die Case Manager*innen verhindern. Allerdings besteht die Möglichkeit, dass lediglich Personen, die besonders zufrieden mit dem Angebot waren, an der Erhebung teilgenommen haben, was zu einem Bias führen könnte. Die Stichprobe weist Einschränkungen hinsichtlich ihrer Repräsentativität auf, sowohl aufgrund ihrer begrenzten Größe als auch wegen potenzieller Unterrepräsentation bestimmter Zielgruppen wie beispielsweise Personen mit Migrationshintergrund, bedingt durch mögliche sprachliche Barrieren.

Um die Teilnahme am Interview möglichst niedrigschwellig zu halten, wurde sich für die telefonische Durchführung entschieden. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass sich pflegende Angehörige durch die telefonsiche Durchführung gegen eine Teilnahme entschieden haben. Die fehlende persönliche Interaktion könnte zudem die Beziehungsebene beeinträchtigt haben. Des Weiteren ist anzumerken, dass einige Fragen im Fragebogen frei formuliert wurden, was

potenziell zu Verständnisproblemen oder Unklarheiten führen könnte. Im Rahmen der Pretests wurden diesbezüglich jedoch keine Probleme festgestellt. Bivariate Analysen wurden aufgrund der Stichprobengröße nicht durchgeführt.

Die Stichprobengröße mindert die Aussagekraft der Ergebnisse, insbesondere im Hinblick auf den Vorsorge- und Nachsorgebaustein. Verallgemeinerbare Ergebnisse hätten ggf. durch die Einbeziehung einer Kontrollgruppe erzielt werden können.

Anzumerken ist, dass die Ergebnisse aller drei Instrumente (F-SozU, HPS-k und WHO-5) hohe Variabilität zeigen und kombiniert mit der eher kleinen Stichgröße daher keine Verallgemeinerung der Ergebnisse möglich ist. Außerdem könnte der Zeitraum von etwa 14 Wochen zwischen den t0- und t1-Ergebnissen darauf hindeuten, dass die Ergebnisse möglicherweise auch auf zusätzliche situative Veränderungen oder Lebensumstände zurückzuführen sind, insbesondere, weil es sich bei den gemessenen Inhalten, wahrgenommene soziale Unterstützung, Pflegebelastung und Wohlbefinden, um komplexe Merkmale handelt. Es fällt jedoch auf, dass die überwiegende Mehrheit (9 von 10 bzw. 8 von 10) nach der Maßnahme eine gesteigerte Wahrnehmung des psychischen Wohlbefindens und eine erhöhte soziale Unterstützung feststellte, während die häusliche Pflegebelastung von der Mehrheit (6 von 10) zum Zeitpunkt t1 als höher empfunden wurde. Dies könnte darauf hindeuten, dass es im Rahmen des CMpA gelungen ist, die Resilienzfaktoren zu stärken, so dass steigende Belastungen besser abgefedert werden konnten. Genau dies zu erreichen ist ja das Ziel eines CMpA. Hier sollten bei einer Verstärkung des Angebotes weitere Studien durchgeführt werden, um die beabsichtigten Wirkungen zu evaluieren.

Unabhängig von den spezifischen Themenbereichen offenbaren die Ergebnisse zwei zentrale Aspekte: Erstens erfordert die inhaltliche und organisatorische Ausrichtung des CMpA ein hohes Maß an Flexibilität, um den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der pflegenden Angehörigen gerecht zu werden. Zweitens unterstreichen sie kontinuierlich den Bedarf an Kompetenz und Erfahrung seitens der CMpA, um das Konzept für pflegende Angehörige erfolgreich umzusetzen.

6.6 Fazit

Die Arbeit präsentiert wichtige, im deutschsprachigen Raum bisher fehlende wissenschaftliche Erkenntnisse zu sektorenübergreifenden Vorsorge- und Rehabilitationsbedarfen, die pflegende Angehörige von einem Case Management-Konzept benötigen. Die Ergebnisse des Scoping Reviews zeigten, dass vergleichbare Angebote im deutschsprachigen Raum fehlen und internationale Konzepte in ihrer Diversität hinsichtlich Settings und Zielen variieren. Die steigende Bedeutung pflegender Angehöriger wurde international betont, jedoch existieren in der deutschen Versorgungslandschaft keine flächendeckenden, sektorenübergreifenden Angebote für sie. Diese Lücke gilt es zukünftig flächendeckend zu schließen. Dass durch die AW Kur und Erholungs GmbH entwickelte und freizugängliche Konzept soll hierfür eine Hilfestellung bieten.

Der Zugang zum Case Management für pflegende Angehörige, die bereits an stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen haben, ist im Modellprojekt aufgrund der bereits dargestellten Gründe nicht gelungen. Hier müssen zukünftig die Fragen zur Verzahnung von ambulanten und stationären Sektoren geklärt werden. Barrieren und Nahtstellen im deutschen Gesundheitssystem beeinträchtigen die Möglichkeiten pflegender Angehöriger, passende Angebote identifizieren und nutzen zu können. Der Vor- und Nachsorgebaustein konnte daher weitestgehend nicht erprobt werden.

Die Zugangswege wurden durch die Teilnehmenden als niedrigschwellig wahrgenommen. Zur Erhöhung der Inanspruchnahme sollte sich die Öffentlichkeitsarbeit der anbietenden Standorte sich auf verschiedene Kommunikationskanäle verteilen. Die organisatorische Flexibilität des Case Managements wurde positiv von pflegenden Angehörigen bewertet.

Es zeigte sich, dass die Vielfalt der Themen und Bedürfnisse pflegender Angehöriger im CMpA breit gefächert ist, was die Notwendigkeit einer umfassenden Schulung für Case Manager*innen

für pflegende Angehörige verdeutlicht. Die Rolle und Funktion der CMpA bedarf ggf. genauerer Untersuchung, um die Bedürfnisse der Zielgruppe optimal zu erfüllen.

Die Ergebnisse weisen Stärken und Schwächen auf. Die multiperspektivische Herangehensweise ermöglichte wichtige Einblicke, jedoch war die Stichprobengröße begrenzt und nicht repräsentativ. Die Studie hätte von einer Kontrollgruppe profitieren können, um verallgemeinerbare Ergebnisse zu erzielen. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse die Notwendigkeit flexibler und kompetenter Unterstützung für pflegende Angehörige im Rahmen eines zugehenden und sektorenübergreifenden Case Managements für pflegende Angehörige.

6.7 Literatur

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32. Verfügbar unter: <http://eprints.whiterose.ac.uk/1618/1/Scopingstudies.pdf> (11.11.2020).
- Bullinger, H., & Nowak, J. (1998). *Soziale Netzwerkarbeit: eine Einführung für soziale Berufe*. Lambertus-Verlag.
- Corvol, A., Dreier, A., Prudhomme, J., Thyrion, J., Hoffmann, W. & Somme, D. (2017). Consequences of clinical case management for caregivers: a systematic review. *Geriatric Psychiatry*, 32(5), 473-483.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V., (2018). *Pflegende Angehörige von Erwachsenen (AWMF-Register-Nr. 053-006, DEGAM-Leitlinie Nr. 6)*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-006l_S3_Pflegende-Angehoeerige-von-Erwachsenen_2019-03.pdf
- Deutsche Fachgesellschaft für Care und Case Management [DGCC] (2020). *Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen*. 2. aktualisierte Auflage. Heidelberg: medhochzwei.
- DGCC. (2013). *Positionspapier der FG Gesundheit und Pflege zum Case Management im Krankenhaus*. Abgerufen am 06.12.2023 von https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/06/130812_Positionspapier_CM_Krankenhaus_FG_Gesundheit-und-Pflege.pdf.
- von Elm, E., Schreiber, G. & Haupt, C. C. (2019). Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 1-7. Verfügbar unter: [https://zefq-journal.com/article/S1865-9217\(19\)30066-2/fulltext](https://zefq-journal.com/article/S1865-9217(19)30066-2/fulltext) (11.11.2020)
- Ewers, M. (1996). *Case management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwedbarkeit im Rahmen der bundsdeutschen Krankenversorgung*. Abgerufen am 06.12.2023 von <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/47422/1/257821953.pdf>.
- Fydrich, T., Sommer, G., & Brähler, E. (2007). *F-SozU: Fragebogen zur sozialen Unterstützung*. Göttingen: Hogrefe.
- GKV-Spitzenverband (2018). *Problemlösen in der Pflegeberatung: ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI*. Köln: Hürth CW Haarfeld GmbH.
- Gräbel, E., Berth, H., Lichte, T. & Grau, H. (2014). Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. *BMC Geriatrics*, 12(23).
- Gröning, K., Sander, B. & Kamen, R. von (Hrsg.). (2015). *Familien-sensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"*. Frankfurt am Main: Mabuse
- Hurst, S., Arulogun, O. S., Owolabi, A. O., Akinyemi, R., Uvere, E., Warth, S., & Ovbiagele, B. (2015). Pretesting Qualitative Data Collection Procedures to Facilitate Methodological Adherence and Team Building in Nigeria. *International journal of qualitative methods*, 14, 53-64.
- Jungbauer, J., Krieger, T., & Floren, M. (2017). Konzeption und erste Evaluation eines rehabilitationsbegleitenden Beratungsangebots für Angehörige von Schlaganfallpatienten. *Die Rehabilitation*, 56(4), 257-263.
- Karrer, L., Dietzel, N., Wolff, F., Kratzer, A., Hess, M., Gräbel, E., & Kolominsky-Rabas, P. (2020). Wenn es nicht mehr alleine geht – Inanspruchnahme ambulanter Unterstützungsangebote von Menschen mit Demenz: der Bayerische Demenz Survey (BayDem). *Das Gesundheitswesen*, 82(1), 40-49.

- Khanassov, V., & Vedel, I. (2016). Family physician–case manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: a systematic mixed studies review. *The Annals of Family Medicine*, 14(2), 166–177.
- Kliem, S., Möble, T., Rehbein, F., Hellmann, D. F., Zenger, M., & Brähler, E. (2015). A brief form of the Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU) was developed, validated, and standardized. *Journal of clinical epidemiology*, 68(5), 551–562.
- Knieps, F., Amelung, V. E., & Wolf, S. (2012). Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen. *Gesundheits-und Sozialpolitik*, 66(6), 8–19.
- Lang, C., Gottschall, M., Sauer, M., Köberlein-Neu, J., Bergmann, A., & Voigt, K. (2019). „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ –Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. *Das Gesundheitswesen*, 81(10), 822–830.
- Lichte, T., Mohwinkel, L., Höppner, C., Jäkel, K., Wilfling, D., Holle, D., Beyer, M., & Vollmar, H.-C. (2018). *Pflegende Angehörige von Erwachsenen: S3-Leitlinie [AWMF-Register-Nr. 053-006, DEGAM-Leitlinie Nr. 6]*. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-006_Pflegende%20Angehoerige/053-006I_DEGAM%20LL%20Pfle-gende%20Angeh%C3%88rige_4-3-2019.pdf.
- Lincoln, Y. S. (Ed.). (2005). *The Sage handbook of qualitative research*. New York City: Sage.
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 7(4), 438–445.
- Luchsinger, J. A., Burgio, L., Mittelman, M., Dunner, I., Levine, J. A., Kong, J., Silver, S., Ramirez, M. & Teresi, J. A. (2016). Northern Manhattan Hispanic Caregiver Intervention Effectiveness Study: protocol of a pragmatic randomised trial comparing the effectiveness of two established interventions for informal caregivers of persons with dementia. *BMJ open*, 6(11), 1–11.
- Luchsinger, J. A., Burgio, L., Mittelman, M., Dunner, I., Levine, J. A., Hoyos, C., Tipiani, D., Henriquez, Y., Kong, J., Silver, S., Ramirez, M. & Teresi, J. A. (2018). Comparative effectiveness of 2 interventions for Hispanic caregivers of persons with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(9), 1708–1715.
- Menzel-Begemann, A., Klünder, B. & Schaeffer, D. (2015). Edukative Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zur Vorbereitung auf die häusliche (Selbst-)Versorgung während der stationären Rehabilitation - Herausforderungen und Erfordernisse. *Pflege und Gesellschaft*, 20 (2), 101–105.
- Monzer, M. (2018). *Case Management Grundlagen. 2., überarbeitete Auflage*. Heidelberg: med-hochzwei.
- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18(1), 143. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12874-018-0611-x> (11.11.2020).
- Parker, G., Weatherly, H., Faria, R., Longo, F., & Van Den Berg, B. (2019). Specialist nursing support for unpaid carers of people with dementia: a mixed-methods feasibility study. *Health Services and Delivery Research*, 7(12).
- Peters, M., D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Hrsg.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.

- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D. & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 141-146. Verfügbar unter: https://journals.lww.com/ijebh/Full-text/2015/09000/Guidance_for_conducting_systematic_scoping_reviews.5.aspx?bid=AMCampaignWKHJ (12.11.2020).
- Pfeiffer, K., Hautzinger, M., Patak, M., Grünwald, J., Becker, C., & Albrecht, D. (2017). Problem-solving in caregiver-counselling (PLiP study): study protocol of a cluster randomized pragmatic trial. *BMC geriatrics*, 17(64), 1-8.
- Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health (1998). WHO (fünf) – FRAGEBOGEN ZUM WOHLBEFINDEN. Abgerufen am 28.08. von https://www.psychiatri-regioh.dk/who-5/documents/who5_german.pdf.
- Quinn, J. (1983). *Successful Case Management in Long-Term Care*. New York: Springer Publishing.
- RKI (2015). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE kompakt* 6(3), 1-12. Abgerufen am 28.11.2023 von <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3137/3.pdf?sequence=1>.
- Spitzer, S. G. (2020). Mit integrierter Versorgung sektorale Schranken überwinden. *Der Internist*, 61(9), 903-911.
- Statistisches Bundesamt (2022). Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade. Abgerufen am 14.02.2023 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D. D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S. Godfrey, C., Macdonald, M., Langlois, E., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, Ö. & Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473.
- Weidner, F., Rottländer, R. & Laag, U. (2017). Bedarfsgerechte Entlastung von pflegenden Angehörigen demenziell erkrankter Menschen: ein multidimensionaler, programmatischer Ansatz. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 99, 4-19.
- Wendt, W. R. (2015). Case Management. In C. Thielscher (Hrsg.), *Medizinökonomie 1* (S. 505-523). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Whittingham, K., & Pearce, D. E. (2011). Carer support from a community-based heart specialist nurse service. *British Journal of Nursing*, 20(21), 1388-1393.
- Yu, D. S. (2016). Effects of a health and social collaborative case management model on health outcomes of family caregivers of frail older adults: preliminary data from a pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(10), 2144-2148.

7. KONSEQUENZEN FÜR EINE NUTZER*INNENORIENTIERTE GESTALTUNG VON UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTEN

Gemäß Dierks und Schaeffer stellen Nutzer*innen eine wertvolle Informationsquelle in der Versorgungsforschung dar (s. Kapitel 3.2). Vor diesem Hintergrund wurden die subjektiven Bedürfnisse, Erfahrungen und Bewertungen der pflegenden Angehörigen im Verbundvorhaben PuRpA in der Konzeptentwicklung und -validierung erhoben und bei der Überarbeitung der Rahmenkonzepte berücksichtigt. Auf diese Weise konnten in den einzelnen Modellprojekten zahlreiche Gelingensbedingungen identifiziert werden, die wichtig für die Zufriedenheit pflegender Angehöriger in Bezug auf Entlastungsangebote sind. Diese Faktoren bildeten die Grundlage für die Entwicklung eines übergeordneten, mehrdimensionalen Modells (s. Abb. 57, S. 213). Das Modell verknüpft diejenigen Gelingensbedingungen miteinander, die in allen drei Modellprojekten zum Tragen kamen und stellt das Ergebnis der Querschnittsanalysen dar.

Das Modell nimmt Bezug auf unterschiedliche Ebenen der Nutzer*innenorientierung. Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, lässt sich Nutzer*innenorientierung auf drei Ebenen wiederfinden – auf der Mikro-, der Meso- und der Makroebene. Aufgrund der Erhebungen, die im Rahmen des Verbundvorhabens durchgeführt wurden, können Aussagen zur Mikro- und Mesoebene getroffen werden. Die zentralen, thementragenden Begriffe sind im Modell enthalten und werden im Folgenden näher erläutert.

Mikroebene

Die Mikroebene umfasst verschiedene Gelingensbedingungen, die im Rahmen des Verbundvorhabens PuRpA identifiziert wurden und sich auf die Gestaltung und Ausstattung von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige beziehen, um diese nutzer*innenorientiert anzubieten. Dabei können die Faktoren zeitlich in drei Abschnitte eingeteilt werden: einerseits den Zugang zu einem Angebot betreffend, anschließend die Zeit während der Inanspruchnahme eines Angebots und schließlich Bedingungen, die der Sicherstellung der Nachhaltigkeit eines Angebots dienen.

Als Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Angebots – und somit als Faktor für den Zugang – gilt die Informationsvermittlung über digitale und analoge Kommunikationswege. Wunsch der Nutzer*innen ist es, auf ein geplantes Unterstützungsangebot gut mit vorläufigen Informationen vorbereitet zu werden, aber auch grundsätzlich auf Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen zu werden. Hervorzuheben ist hier die hohe Bedeutung von Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit. Des Weiteren ist für den Zugang eine niedrighschwellige und benutzerfreundliche Vorbereitung bei der Inanspruchnahme einer Maßnahme wichtig. Darunter fällt auch der Einbezug von Multiplikator*innen und Beratungsstellen bei der Beantragung einer Maßnahme, sowie ein freundliches und engagiertes Vorgehen von Personen und Institutionen bei der Begleitung von pflegenden Angehörigen auf dem Weg zu einer Maßnahme. Zudem ist es für pflegende Angehörige ein wichtiges Anliegen, dass sie Unterstützung bei der Organisation von z. B. Betreuungsmöglichkeiten bekommen und dass die Versorgung der pflegebedürftigen Person, v. a. auch während der Inanspruchnahme eines Entlastungsangebots seitens der/des Angehörigen sichergestellt ist.

Während der Inanspruchnahme einer Leistung sollten die enthaltenen Maßnahmen individuell auf die pflegenden Angehörigen ausgerichtet sein. Dies umfasst unter anderem die Aspekte Wissensstand, Bedarf, eigener Gesundheitszustand, Fähigkeiten und Interesse (s. Abb. 57, S. 215). Eine individuelle Ausrichtung bewirkt, dass sich jede einzelne Person aus der Zielgruppe angesprochen fühlt, das eigene Anliegen bearbeiten kann und den größtmöglichen Nutzen aus dem Angebot zieht. Wunsch ist, dass die in Anspruch nehmende Person im Mittelpunkt der Maßnahme steht.

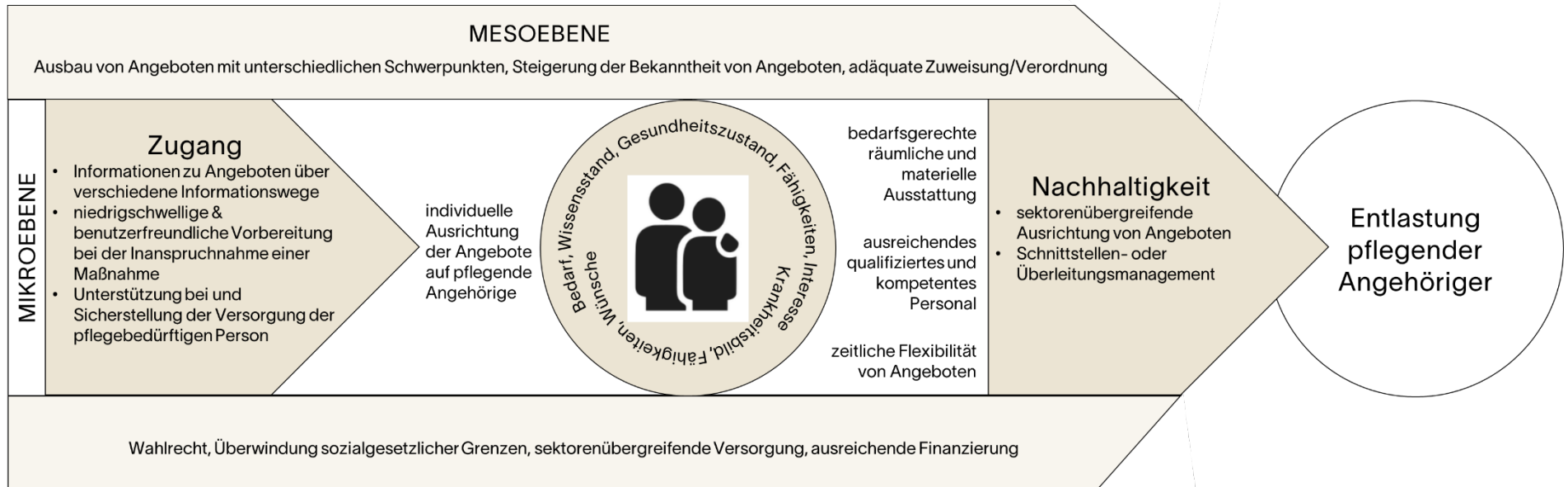


Abb. 57: Übergeordnetes, mehrdimensionales Modell: Nutzer*innenorientierte Entlastung pflegender Angehöriger

Ist für die Nutzung des Angebots eine gleichzeitige Betreuung/Versorgung der pflegebedürftigen Person erforderlich, so wird sich auch für diese eine individuelle Ausrichtung gewünscht. Notwendig wäre, hierbei auf das spezifische Krankheitsbild einzugehen, sowie Fähigkeiten und Wünsche zu berücksichtigen. Bei der Inanspruchnahme eines Angebots ist weiterhin eine bedarfsgerechte räumliche und materielle Ausstattung wichtig. Des Weiteren spielt die personelle Ausstattung eine wesentliche Rolle. Zum einen sollte eine ausreichende Personalstärke vorhanden sein, zum anderen sollte das Personal eine gewisse Fach- und Sozialkompetenz mitbringen. Nötige Qualifikationen werden vorausgesetzt; zudem ist es wünschenswert, wenn das Personal Praxiserfahrung und Routine in seiner Arbeit hat und regelmäßig Fortbildungen durchgeführt werden. Daneben ist die zeitliche Flexibilität von Angeboten zu nennen. Diese umfasst unter anderem die Termingestaltung von Angeboten, worunter fällt, dass die einzelnen Termine von ihrem Abstand her und ihrer Dauer flexibel sein sollten, aber auch, dass die Dauer der gesamten Inanspruchnahme eines Angebots flexibel und bedarfsgerecht gestaltet sein sollte. Wird parallel eine Betreuung/Versorgung für die pflegebedürftige Person vorgehalten, ist hier ebenfalls eine zeitliche Flexibilität gewünscht, z. B. bei Bring- und Abholzeiten.

Um am Ende der Inanspruchnahme die Nachhaltigkeit des Angebots sicherzustellen, sind zwei Aspekte von Bedeutung. Vor allem bei stationären Angeboten kann von einem Schnittstellen- oder Überleitungsmanagement gesprochen werden, bei dem unter anderem gewährleistet wird, dass die/der pflegende Angehörige gut auf die Versorgungssituation zu Hause vorbereitet ist und ggfs. weitere Angebote organisiert sind bzw. Empfehlungen gegeben werden. Der zweite Aspekt ist eine grundsätzlich sektorenübergreifende Ausrichtung von Angeboten, um einen guten Informationsaustausch und weiterführende Vermittlung zu ermöglichen. Werden all diese Gelingensbedingungen auf der Mikroebene erfüllt, kann dies zur Entlastung pflegender Angehöriger beitragen.

Mesoebene

Bei der Mesoebene der Nutzer*innenorientierung geht es um eine bedarfsgerechte Gestaltung des Versorgungssystems durch die Akteur*innen der gemeinsamen Selbstverwaltung (s. Kapitel 3.2). Gefordert werden Versorgungsstrukturen, die nach den verschiedenen spezifischen Bedarfen unterschiedlicher Nutzer*innen differenziert sind. Im Kontext von PuRpA bedeutet dies, dass es Einrichtungen geben muss, die die unterschiedlichen Indikationen pflegender Angehöriger berücksichtigen (z. B. aus den Bereichen Orthopädie oder Psychosomatik) oder dass unterschiedliche Unterbringungsmöglichkeiten bei einer gemeinsamen Reise zur Verfügung stehen (z. B. unter einem Dach im Rahmen einer Tagesbetreuung oder in einer Kurzzeitpflege am Ort der Maßnahme). So ist z. B. eine Anforderung an nutzer*innenorientierte Leistungen, dass sich der Versorgungsort nach dem Bedarf und den Möglichkeiten der Leistungsempfänger*innen richten sollte. In Bezug auf ein Case Management-Angebot könnte dies bedeuten, dass die Beratung nicht zugehend stattfinden muss, sondern bei Bedarf auch online erfolgen kann. Um eine Nutzer*innenorientierung in diesem Rahmen zu gewährleisten, ist der *Ausbau von Angeboten mit unterschiedlichen Schwerpunkten* erforderlich. In Zusammenhang steht hiermit auch das *Wahlrecht*, das pflegende Angehörige erhalten sollten, um sich einen für sie passenden Leistungserbringer auszuwählen.

Im Rahmen der Querschnittsanalysen zeigte sich darüber hinaus, dass die *Bekanntheit* der Leistungserbringer und ihrer Angebote im gesamten Versorgungssystem relevant ist, d. h. nicht nur bei den pflegenden Angehörigen selbst, sondern auch bei Ärzt*innen und Kranken- und Pflegekassen. Hiermit einher geht eine *adäquate Zuweisung* zu oder *Verordnung* von Entlastungsangeboten, da es ansonsten nicht zu einer Inanspruchnahme und der wirtschaftlichen und qualitativen Erbringung dieser Angebote kommen kann. In diesem Zusammenhang ist auch die *ausreichende Finanzierung* der Leistungen wichtig. Die im PuRpA Verbund kooperierenden Einrichtungen und Standorte erbrachten die Leistungen trotz des Mehraufwandes und der für sie entstehenden Kosten ohne zusätzliche Vergütung. Für ein dauerhaftes, nicht projektgebundenes Angebot ist die Sicherstellung der Finanzierung ein ausschlaggebender Faktor. Eine Herausforderung stellt die starke sozialge-

setzliche Trennung dar, gemeint ist hier die Verortung des Kranken- und Pflegeversicherungsrechts im SGB V und SGB XI. Nutzer*innenorientiert wäre eine Überwindung der sektoriellen Grenzen. Beziehen kann sich dies z. B. auf die Zusammenarbeit von „Einrichtungstandems“ (bestehend aus Vorsorge-/Rehabilitationsklinik und Pflegeeinrichtung) oder die Vorsorge/Nachbereitung eines stationären Aufenthalts durch Case Manager*innen.

Durch die im Verbundvorhaben durchgeführten Querschnittsanalysen konnten Gelingensbedingungen identifiziert werden, die auch übergeordnet – in Bezug auf unterschiedliche Entlastungsangebote für pflegende Angehörige – Gültigkeit haben bzw. haben könnten. Um dies zu bestätigen, sollte die Anwendbarkeit des Modells in nachfolgenden Projekten und Forschungsvorhaben weitergehend geprüft werden.

8. IMPLIKATIONEN

Pflegende Angehörige sind durch die häusliche Pflegesituation vielfältigen Belastungen ausgesetzt, die sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken können. Um die heterogenen Pflegesituationen zu unterstützen und die Versorgung im eigenen zu Hause langfristig zu ermöglichen, bedürfen sie einer ganzheitlichen und sektorenübergreifenden Unterstützung und Entlastung, die sich an den individuellen Bedürfnissen beider Personen orientiert. Stationäre Entlastung durch Vorsorge und Rehabilitation bildet gemeinsam mit einem ambulanten Case Management in Wohnortnähe einen wichtigen Baustein in der Versorgung, der vor dem Hintergrund des demografischen Wandels weiter an Bedeutung gewinnen wird.

Während des Projekts wurde gezeigt, dass ambulante und stationäre Maßnahmen in vorhandene Strukturen integriert werden können. Allerdings wurde auch deutlich, dass Veränderungen in Bezug auf die Finanzierung und den gesetzlichen Rahmen, in der Öffentlichkeit und in der Wissenschaft notwendig sind.

Ein niederschwelliger Zugang ist sowohl im ambulanten als auch im stationären Zusammenhang bedeutsam. Während in beiden Bereichen das Thema Öffentlichkeitsarbeit unter Nutzung verschiedenster Informationskanäle relevant ist, bedarf es im Hinblick auf eine stationäre Maßnahme zudem einer individuellen Beratung und Unterstützung. Hierfür müssen geeignete Strukturen geschaffen sowie bestehende (Kurberatungsstellen) erhalten werden. Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit sind zudem Einrichtungen und Standorte angehalten, ihr Angebot zu bewerben und zudem müssen Ärzt*innen sowie Kranken- und Pflegekassen einbezogen werden. Im stationären Bereich ist eine adäquate Zuweisung durch Kostenträger unerlässlich, damit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen das spezielle Angebot für pflegende Angehörige und pflegebedürftige Personen vorhalten können, eine Umsetzung in Gruppenstärke möglich ist, Kosten gedeckt sind und Nutzer*innen von der Gemeinschaft profitieren.

Damit pflegende Angehörige eine stationäre Maßnahme nutzen können, bedarf es darüber hinaus ausreichend finanzierbarer und zielgruppengerechter Begleitangebote. Hier müssen neue finanzielle Strukturen geschaffen bzw. die Versorgungskosten der pflegebedürftigen Person durch Kostenträger übernommen werden ohne die Gelder der Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu belasten und notwendige Betreuungen im Vorfeld oder nach der Maßnahme zu gefährden. Kurzzeitpflege mit einer getrennten Unterbringung in Kliniknähe sowie Tagesbetreuung mit einer gemeinsamen Unterbringung kann in sektorenübergreifender Zusammenarbeit mit Vorsorge- und/oder Rehabilitationseinrichtungen ein Begleitangebot anbieten, das neben einer Förderung der pflegebedürftigen Person die Bedarfe des Tandems in den Blick nimmt.

Für die Durchführung der Maßnahmen sind nutzer*innenorientierte Strukturen unerlässlich, um den vielfältigen Bedürfnissen pflegender Angehöriger und ihrer pflegebedürftigen Angehörigen gerecht zu werden. Einrichtungen und Standorte sind daher angehalten, eigene Konzepte auf Grundlage der Rahmenkonzepte zu entwickeln und das Personal zu schulen, um die Bedarfe der Nutzer*innen zu berücksichtigen. Für die Nachhaltigkeit einer Maßnahme sollten Einrichtungen und die Versorgung im ambulanten Bereich das Pflegesetting in den Blick nehmen. Beide Bereiche sollten sich zudem miteinander vernetzen, sodass bei Bedarf der Übergang in die Häuslichkeit durch ein ambulantes Case Management unterstützt werden kann.

Die Erprobungsphase der Modellprojekte hat gezeigt, dass es für die Umsetzung zusätzlicher Leistungen für pflegende Angehörige und der Schulung von Mitarbeitenden einer Sicherstellung der Finanzierung bedarf. Zudem müssen neue rechtliche Grundlagen geschaffen werden, damit eine intersektorale Zusammenarbeit zwischen den Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen sowie die Durchführung gemeinsamer Angebote für das Pflegepaar ermöglicht werden und die Leistungen des Case Managements in einem geeigneten rechtlichen Bereich verortet

werden können. Ein Ausbau ambulanter Angebote ist erforderlich, um ein Case Management flächendeckend in Wohnortnähe anbieten zu können. Im stationären Bereich ist ein weiterer Ausbau unerlässlich, um in unterschiedlichen Indikationsbereichen ein Angebot für pflegende Angehörige vorhalten zu können (z. B. Orthopädie, Psychosomatik usw.). Hintergrund ist, dass die Zuweisung über die Indikation erfolgt und der Kontextfaktor der häuslichen Pflege nicht ausreicht, um eine stationäre Maßnahme in Anspruch zu nehmen. Begleitangebote mit unterschiedlichen Unterbringungsformen sollten ebenfalls aufgrund der unterschiedlichen Bedarfe ausgebaut werden, um ein passendes bzw. nutzer*innenorientiertes Angebot vorzuhalten. Von wissenschaftlicher Seite empfiehlt es sich zum einen, die Wirksamkeit der Rahmenkonzepte im Sinne des dritten Schrittes des MRC-Modells zu evaluieren, und zum anderen die hier beleuchtete Zielgruppe durch weitere Altersgruppen und Pflegesituationen zu erweitern.

ANHANG

- Anhang 1: t0- und t1-Fragebögen Modellprojekt „Stationäre Vorsorge und Rehabilitation“
- Anhang 2: Interview-Leitfaden Modellprojekt „Stationäre Vorsorge und Rehabilitation“
- Anhang 3: Validierungsfragen im Überblick – Vorsorge/Rehabilitation speziell für pflegende Angehörige
- Anhang 4: Validierungsfragen im Überblick – Inhalte und Umsetzung der Maßnahme
- Anhang 5: Gelingensbedingungen „Stationäre Vorsorge für pflegende Angehörige“
- Anhang 6: Gelingensbedingungen „Stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige“
- Anhang 7: t0- und t1-Fragebögen Modellprojekt „Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen“
- Anhang 8: Interview-Leitfäden (pflegende Angehörige/pflegebedürftige Personen) Modellprojekt „Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen“
- Anhang 9: Validierungsfragen im Überblick – Gründe für eine gemeinsame Reise
- Anhang 10: Validierungsfragen im Überblick – Begleitangebot
- Anhang 11: Validierungsfragen im Überblick – gemeinsam genutzte Angebote
- Anhang 12: Validierungsfragen im Überblick – Organisation gemeinsam genutzter Angebote
- Anhang 13: Validierungsfragen im Überblick – Bewertung des Aufenthaltes
- Anhang 14: Gelingensbedingungen „Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen“
- Anhang 15: t0- und t1-Fragebögen Modellprojekt „Case Management für pflegende Angehörige“
- Anhang 16: Interview-Leitfaden (Case Manager*innen für pflegende Angehörige)
- Anhang 17: Interview-Leitfaden (pflegende Angehörige)
- Anhang 18: Gelingensbedingungen (Case Manager*innen-Perspektive)

ANHANG 1: T0- UND T1-FRAGEBÖGEN MODELLPROJEKT „STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION“

Schriftliche Befragung

Sehr geehrte pflegende Angehörige,
sehr geehrter pflegender Angehöriger,
vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, den
vorliegenden
auszufüllen.



Fragebogen

Bei dieser Befragung interessiert es uns, wie es Ihnen gesundheitlich geht und welche Auswirkungen die Pflege auf Ihr Leben hat. Wenn Sie mehrere Personen pflegen, beziehen Sie sich beim Beantworten bitte auf die Person, die Sie am längsten pflegen. Alle Ihre Angaben bleiben anonym. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und hat keinerlei Auswirkungen auf Ihren stationären Aufenthalt.

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten Briefumschlag, kleben Sie ihn zu und bringen Sie diesen am Anreisetag mit, wenn Sie teilnehmen möchten. Den Umschlag können Sie im Aufnahmegespräch abgeben.

Wenn Sie an einer zweiten Befragung 4 Wochen nach Ihrer stationären Vorsorge/Rehabilitation teilnehmen möchten, unterschreiben Sie bitte die beigefügte Einwilligungserklärung und geben diese im Aufnahmegespräch ab.

Für diesen ersten Fragebogen benötigen Sie ca. 10-15 Minuten Zeit. Bitte lassen Sie keine Frage aus, auch wenn Ihnen die Antwort schwerfallen sollte.

Wie ausfüllen?	stimmt <u>genau</u>	stimmt <u>über- wiegend</u>	stimmt <u>ein wenig</u>	stimmt <u>nicht</u>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Anmerkung vorab:

- In diesem Fragebogen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.
- Zudem werden die Begriffe „der pflegende Angehörige“ sowie „der pflegebedürftige Angehörige“ benutzt. Es versteht sich, dass unter dem jeweiligen Begriff auch das jeweils andere Geschlecht mit verstanden wird.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragen zur Klinik und Ihrem Aufenthalt

1. In welcher Klinik nehmen Sie die stationäre Vorsorge/Rehabilitation wahr?

2. Werden Sie von Ihrem pflegebedürftigen Angehörigen begleitet?

ja nein

3. Warum haben Sie sich für einen Aufenthalt allein oder mit Ihrem pflegebedürftigen Angehörigen entschieden?

Fragen zur Pflegesituation

4. Seit wie vielen Jahren übernehmen Sie die häusliche Pflege?

_____ Jahre

5. Erhalten Sie bei der Pflege und Betreuung Ihres pflegebedürftigen Angehörigen noch weitere Unterstützung?

nein, die Betreuung übernehme ich im Wesentlichen allein

ja, nämlich: _____

6. Denken Sie darüber nach, etwas an der Pflegesituation zu verändern?

nein ja, nämlich: _____

7. In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem pflegebedürftigen Angehörigen? Sie sind ...

(Ehe-)
Partner/in

Tochter/Sohn

Mutter/
Vater

Schwieger-
tochter/
-sohn

Sonstiges

8. Leben Sie in einem gemeinsamen Haushalt?

ja

nein

9. Auswirkungen der Pflege

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.

	stimmt genau	stimmt über-wiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Einschätzung Ihrer Zuversichtlichkeit		
Wir möchten gerne wissen, <u>wie sicher</u> Sie sich sind, Ihre persönliche Lebensführung mit Ihren pflegerischen Aufgaben in Einklang bringen zu können. Dabei geht es um Ihre Einschätzung, dies <u>zum jetzigen Zeitpunkt</u> regelmäßig tun zu können. Bitte kreisen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl ein, die am ehesten auf Sie zutrifft, z. B. so: 5		
Wie sicher oder zuversichtlich sind Sie, ...	1 = überhaupt nicht zuversichtlich	10 = absolut zuversichtlich
..., dass Sie eine Person aus dem Freundeskreis oder der Familie bitten können, bei Ihrem Angehörigen zu bleiben, wenn Sie selbst Besorgungen machen oder zum Arzt gehen müssen?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie es schaffen, nicht mehr an Aspekte der Pflege zu denken, die Ihnen unangenehm sind?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie es schaffen, sich keine Sorgen mehr über zukünftige Probleme mit Ihrem Angehörigen zu machen?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie mit unerwarteten oder neuen Situationen umgehen können, die in Zusammenhang mit Ihrem Angehörigen auftreten?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie Dinge tun können, die notwendig sind, um Ihren Stress zu kontrollieren?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie auf Ihre eigene Gesundheit achten und alles Notwendige dafür tun können?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie Unterstützung an Ihrem Wohnort finden können (Mahlzeitendienst, Rechtsberatung, Selbsthilfegruppen usw.), die Ihnen hilft, für sich selbst und Ihren Angehörigen zu sorgen?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie es manchmal verhindern können, dass Ihr Angehöriger wütend wird oder sich aufregt?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes

In den nächsten Fragen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Die Fragen ermöglichen es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. *Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?*

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
mittelschwere Tätigkeiten , z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den *vergangenen 4 Wochen* aufgrund Ihrer **körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den *vergangenen 4 Wochen* aufgrund **seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. Hause (z. B., weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den *vergangenen 4 Wochen* bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den *vergangenen 4 Wochen* gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie oft waren Sie in den *vergangenen 4 Wochen*...

	immer	meistens	ziemlich oft	manch- mal	selten	nie
...ruhig und ge- lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den *vergangenen 4 Wochen* Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

immer	meistens	manchmal	selten	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Ihrer Person	
12. Wie alt sind Sie?	_____ Jahre
13. Welches Geschlecht haben Sie?	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
14. Welchen Familienstand haben Sie?	<input type="checkbox"/> verheiratet/zusammenlebend <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
15. Haben Sie neben der Betreuung Ihres Angehörigen noch andere Aufgaben? (<i>Mehrfachantworten sind möglich</i>)	
<input type="checkbox"/> Ja, ich bin berufstätig mit ca. _____ Stunden pro Woche	
<input type="checkbox"/> Ja, ich betreue noch meine eigenen Kinder	
<input type="checkbox"/> Ja, ich pflege noch (eine) weitere Person/en	
<input type="checkbox"/> Ja, Sonstiges, nämlich: _____	
<input type="checkbox"/> Nein	

Fragen zu Ihrem Angehörigen						
16. Welchen Pflegegrad hat Ihr Angehöriger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pflege- grad 0	Pflege- grad 1	Pflege- grad 2	Pflege- grad 3	Pflege- grad 4	Pflege- grad 5
17. Was sind die medizinischen Gründe für die Pflegebedürftigkeit?	_____ _____ _____					
18. Wie alt ist Ihr Angehöriger?	_____ Jahre					
19. Welches Geschlecht hat Ihr Angehöriger?	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich					

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigelegten Briefumschlag und geben Sie ihn am Anreisetag beim Aufnahmegespräch ab.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Schriftliche Befragung nach der Maßnahme

Sehr geehrte pflegende Angehörige,
sehr geehrter pflegender Angehöriger,



vielen Dank, dass Sie sich erneut die Zeit nehmen, einen Fragebogen aus dem Modellprojekt „Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ auszufüllen.

Wir haben Sie bereits vor Ihrer stationären Vorsorge/Rehabilitation befragt. Heute interessieren uns Ihre Erfahrungen mit der stationären Maßnahme und wie es Ihnen gesundheitlich aktuell geht. Alle Ihre Angaben bleiben anonym. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

Wenn Sie mehrere Personen pflegen, beziehen Sie sich beim Beantworten bitte auf die Person, die Sie am längsten pflegen.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen mit dem frankierten Rückumschlag an die Fachhochschule Bielefeld, wenn Sie teilnehmen möchten. Damit die Befragung wirklich anonym bleibt, ergänzen Sie bitte keine Absender-Angaben.

Für den zweiten Fragebogen benötigen Sie ca. 15-20 Minuten Zeit. Bitte lassen Sie keine Frage aus, auch wenn Ihnen die Antwort schwerfallen sollte.

Wie ausfüllen?	stimmt <u>genau</u>	stimmt <u>über-</u> <u>wiegend</u>	stimmt <u>ein</u> <u>wenig</u>	stimmt <u>nicht</u>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Anmerkung vorab:

- In diesem Fragebogen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.
- Zudem werden die Begriffe „der pflegende Angehörige“ sowie „der pflegebedürftige Angehörige“ benutzt. Es versteht sich, dass unter dem jeweiligen Begriff auch das jeweils andere Geschlecht mit verstanden wird.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Fragen zur Klinik und Ihrem Aufenthalt

1. In welcher Klinik waren Sie zur stationären Vorsorge/Rehabilitation?

2. Wie viele Wochen dauerte Ihre Vorsorge/Rehabilitation?

_____ Wochen

3. Wurden Sie von Ihrem pflegebedürftigen Angehörigen begleitet?

ja

nein

Fragen zur Pflegesituation

4. Seit wie vielen Jahren übernehmen Sie die häusliche Pflege?

_____ Jahre

5. Erhalten Sie bei der Pflege und Betreuung Ihres Angehörigen noch weitere Unterstützung?

nein, die Betreuung übernehme ich im Wesentlichen allein

ja, nämlich: _____

6. Denken Sie darüber nach, etwas an der Pflegesituation zu verändern?

nein ja, nämlich: _____

7. In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Angehörigen? Sie sind ...

(Ehe-)
Partner/in

Tochter/Sohn

Mutter/
Vater

Schwieger-
tochter/
-sohn

Sonstiges

8. Leben Sie in einem gemeinsamen Haushalt?

ja

nein

9. Auswirkungen der Pflege				
Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.				
	stimmt genau	stimmt über-wiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.Einschätzung Ihrer Zuversichtlichkeit

Wir möchten gerne wissen, wie sicher Sie sich sind, Ihre persönliche Lebensführung mit Ihren pflegerischen Aufgaben in Einklang bringen zu können. Dabei geht es um Ihre Einschätzung, dies zum jetzigen Zeitpunkt regelmäßig tun zu können.

Bitte kreisen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl ein, die am ehesten auf Sie zutrifft, z. B. so: **5**

Wie sicher oder zuversichtlich sind Sie, ...	1 = überhaupt nicht zuversichtlich	10 = absolut zuversichtlich
..., dass Sie eine Person aus dem Freundeskreis oder der Familie bitten können, bei Ihrem Angehörigen zu bleiben, wenn Sie selbst Besorgungen machen oder zum Arzt gehen müssen?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie es schaffen, nicht mehr an Aspekte der Pflege zu denken, die Ihnen unangenehm sind?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie es schaffen, sich keine Sorgen mehr über zukünftige Probleme mit Ihrem Angehörigen zu machen?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie mit unerwarteten oder neuen Situationen umgehen können, die in Zusammenhang mit Ihrem Angehörigen auftreten?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie Dinge tun können, die notwendig sind, um Ihren Stress zu kontrollieren?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie auf Ihre eigene Gesundheit achten und alles Notwendige dafür tun können?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie Unterstützung an Ihrem Wohnort finden können (Mahlzeitendienst, Rechtsberatung, Selbsthilfegruppen usw.), die Ihnen hilft, für sich selbst und Ihren Angehörigen zu sorgen?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
..., dass Sie es manchmal verhindern können, dass Ihr Angehöriger wütend wird oder sich aufregt?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes

In den nächsten Fragen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Die Fragen ermöglichen es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. *Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?* Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
mittelschwere Tätigkeiten , z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den *vergangenen 4 Wochen* aufgrund Ihrer **körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den *vergangenen 4 Wochen* aufgrund **seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. Hause (z. B., weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den *vergangenen 4 Wochen* bei der Ausübung Ihrer Alltags­­tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den *vergangenen 4 Wochen* gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie oft waren Sie in den *vergangenen 4 Wochen*...

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
...ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den *vergangenen 4 Wochen* Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

immer	meistens	manchmal	selten	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Vorsorge/Rehabilitation speziell für pflegende Angehörige

	Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?			Wie wichtig war Ihnen das?	
	ja	nein	weiß nicht	wichtig	nicht wichtig
Bitte setzen Sie hier zwei Kreuze, ein Kreuz im blauen, ein Kreuz im grauen Feld.					
Die Klinik hat mir vor Anreise mitgeteilt, welche Möglichkeiten der Unterbringung meines Angehörigen bestehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der ersten Woche des Aufenthaltes konnte ich Abstand von meinem normalen Alltag nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema „Pflege eines Angehörigen“ hatte in der Klinik einen hohen Stellenwert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte das Gefühl, dass sich die Mitarbeitenden in der Klinik gut mit der Situation pflegender Angehöriger auskennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn in Vorträgen, Schulungen (etc.) Beispiele gegeben wurden, waren es meistens Situationen aus dem Alltag pflegender Angehöriger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neben mir waren auch noch andere pflegende Angehörige zeitgleich in der Klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab genug Möglichkeiten, um mit anderen pflegenden Angehörigen ins Gespräch zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Anzahl der Gruppenangebote zusammen mit anderen pflegenden Angehörigen fand ich ...

zu viel

genau richtig

zu wenig

es gab keine

13. Inhalte und Umsetzung der Maßnahme					
	Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?			Wie wichtig war Ihnen das?	
	ja	nein	weiß nicht	wichtig	nicht wichtig
Bitte setzen Sie hier zwei Kreuze, ein Kreuz im blauen, ein Kreuz im grauen Feld.					
In der Klinik wurde mir gezeigt, wie ich mich mehr um mich selbst kümmern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde Wissen vermittelt, das mir hilft, den Pflegealltag zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche vermittelten Inhalte waren für Sie besonders hilfreich?					
<hr/>					
<hr/>					
Bei der Wissensvermittlung wurde mit vielen praktischen Beispielen und Übungen gearbeitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Vorsorge/Rehabilitation gab es eine Sozialberatung mit spezifischen Themen für pflegende Angehörige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde erläutert, wie ich als pflegender Angehöriger Unterstützung im Alltag bekommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während meines Aufenthaltes habe ich Anregungen für meine Freizeitgestaltung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte ausreichend Möglichkeit, in Einzelgesprächen über meine Ängste und Sorgen zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	weiß nicht	wichtig	nicht wichtig
Mir wurden auch Einzelgespräche mit einem Psychologen angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf die Zeit nach der stationären Maßnahme wurde ich in der Klinik gut vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was fanden Sie bei der Vorbereitung auf zu Hause besonders hilfreich?					
<hr/>					
<i>Bitte beantworten Sie die letzte Frage in diesem Block <u>nur, wenn Ihr Angehöriger an einer Demenz erkrankt ist.</u></i>					
In der Vorsorge/Rehabilitation wurde erklärt, wie ich gut mit den Demenz-spezifischen Verhaltensweisen meines Angehörigen umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wirkungen des Aufenthaltes

Bitte schätzen Sie bei den nachfolgenden Aussagen ein, inwiefern diese für Sie zutreffen. **Durch die Vorsorge/Rehabilitation ...**

	stimmt genau	stimmt überwie- gend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
... nehme ich meine eigenen Bedürfnisse wieder stärker wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich Techniken anwenden, um mich zu entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unternehme ich mehr Dinge, die mir Freude bereiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gelingt es mir besser, meine sozialen Kontakte zu pflegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt genau	stimmt überwie- gend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
... bewege ich mich über den Pflege- alltag hinaus häufiger (z. B. bei ei- nem Spaziergang, einer Fahrradtour, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich gelernt, wie ich gelasse- ner mit meinem Angehörigen umge- hen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... nutze ich mehr Entlastungsleistun- gen, die mir zu stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gelingt es mir besser, aktiv nach Lösungen zu suchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließende Fragen zu Ihrem Aufenthalt

15. Wegen welcher gesundheitlichen Probleme waren Sie in der Klinik?

16. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie mit Ihren gesundheitlichen Problemen in der Klinik gut aufgehoben waren/dass die Klinik zu Ihnen gepasst hat?

ja nein

17. Welche Ziele hatten Sie für die Zeit der Vorsorge/Rehabilitation?

Konnten Sie diese Ziele erreichen?

ja nein zum Teil

Wie hätte die Klinik Sie noch besser unterstützen können, um diese Ziele zu erreichen?

18. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrem Aufenthalt insbesondere im Hinblick auf die Angebote für pflegende Angehörige?

sehr zufrieden

eher zufrieden

eher unzufrieden

sehr unzufrieden

Wenn Sie nicht zufrieden waren, was hätten Sie sich anders gewünscht?

Hat Ihnen etwas Bestimmtes gefehlt?

19. Wie wurde Ihr Angehöriger während Ihrer Vorsorge/Rehabilitation untergebracht?

Würden Sie sich wieder für diese Art der Versorgung/Betreuung entscheiden?

ja

nein

Wenn nein – warum nicht?

20. Würden Sie erneut eine auf pflegende Angehörige ausgerichtete stationäre Vorsorge/Rehabilitation wahrnehmen?

ja

nein

Fragen zu Ihrer Person	
21. Wie alt sind Sie? _____ Jahre	
22. Welches Geschlecht haben Sie? <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
23. Welchen Familienstand haben Sie? <input type="checkbox"/> verheiratet/zusammenlebend <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
24. Haben Sie neben der Betreuung Ihres Angehörigen noch andere Aufgaben? (<i>Mehrfachantworten sind möglich</i>) <input type="checkbox"/> Ja, ich bin berufstätig mit ca. _____ Stunden pro Woche <input type="checkbox"/> Ja, ich betreue noch meine eigenen Kinder <input type="checkbox"/> Ja, ich pflege noch (eine) weitere Person/en <input type="checkbox"/> Ja, Sonstiges, nämlich: _____ <input type="checkbox"/> Nein	

Fragen zu Ihrem Angehörigen	
25. Welchen Pflegegrad hat Ihr Angehöriger? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pflegegrad Pflegegrad Pflegegrad Pflegegrad Pflegegrad Pflegegrad weiß nicht 0 1 2 3 4 5	
26. Was sind die medizinischen Gründe für die Pflegebedürftigkeit? _____ _____	
27. Wie alt ist Ihr pflegebedürftiger Angehöriger? _____ Jahre	
28. Welches Geschlecht hat Ihr Angehöriger? <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten vorfrankierten Briefumschlag und schicken diesen per Post an uns zurück.

Bitte ergänzen Sie keine Absender-Angaben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

ANHANG 2: INTERVIEW-LEITFADEN MODELLPROJEKT „STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION“



<p>Begrüßung und Einleitung</p>	<p>Vor der Aufnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vielen Dank, dass Sie sich heute die Zeit nehmen, mit mir über Ihre Vorsorge/Rehabilitation zu sprechen. Das Interview wird voraussichtlich eine halbe Stunde dauern. In dieser Zeit stehen Ihre Sicht und Ihre Erfahrungen mit der Vorsorge/Rehabilitation im Mittelpunkt. Sie dürfen alles erzählen, was für Sie wichtig ist, es gibt kein richtig oder falsch. Sie können frei entscheiden, ob und wie Sie auf die Fragen antworten und sich so viel Zeit nehmen wie Sie möchten. Ich werde mich im Gespräch etwas zurückhalten und nur die Fragen stellen. <p><i>Aufklärung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sie dürfen das Interview jederzeit ohne persönliche Nachteile unterbrechen oder beenden. Die Teilnahme ist freiwillig. Sie können diese sogar im Nachhinein noch zurückziehen. Dann werden die erhobenen Daten wieder gelöscht. - Wenn Sie einverstanden sind, würde ich das Gespräch gerne auf Tonband aufzeichnen. Die Tonaufnahme dient der anschließenden Verschriftlichung, in welcher alle Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, entfernt werden. Die Aussagen werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Das heißt, Ihr Name wird nicht genannt. Die Tonaufnahme wird ausschließlich auf einem geschützten Laufwerk der Fachhochschule bis zum Abschluss der Auswertung gespeichert und nach der Auswertung vollständig gelöscht. Zugang zu der Verschriftlichung haben nur die Mitarbeiter*innen der Hochschule – also auch nicht die Klinik, in der Sie gewesen sind. - Ihre Aussagen helfen uns, das Rahmenkonzept für die stationäre Vorsorge/Rehabilitation für pflegende Angehörige zu verbessern, welches von der AW Kur und Erholung entwickelt wurde. Hierzu werden wir eventuell pseudonymisierte Zitate aus dem Interview nutzen. - Nach dem Interview, wenn das Tonband wieder aus ist, würde ich gerne noch ein paar Dinge zu Ihnen und Ihrem Angehörigen fragen, z. B. Ihr Alter, den Pflegegrad Ihres Angehörigen und wie lange Sie schon pflegen. Das sind für uns immer ganz wichtige Informationen. - Haben Sie zu diesen Dingen noch Fragen? [...] Wenn Sie einverstanden sind, starte ich nun die Aufnahme. <p>→ Start der Audioaufnahme</p>
--	--

Modellprojekt

Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge
und Rehabilitation für pflegende Angehörige

Zeit vor der Maßnahme (Kenntnis, Beantragung, Vorbereitung und Anreise)

Leitfrage/Erzählstimulus:

Zu Beginn des Gesprächs bitte ich Sie, sich an die Zeit vor der Vorsorge/Rehabilitation zurückzuerinnern. Bitte erzählen Sie doch einmal, wie das war – wie ist es dazugekommen, dass Sie eine Vorsorge/Rehabilitation in Anspruch genommen haben?

Themenfelder/ generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Bewusstsein für die mögliche Inanspruchnahme	<ul style="list-style-type: none">- Wie haben Sie von der Möglichkeit einer Vorsorge/Reha für pflegende Angehörige erfahren?	
Gründe für die Maßnahme/persönliche Ziele und Erwartungen	<ul style="list-style-type: none">- Welche Gründe gab es für Sie, eine stationäre Maßnahme (für pflegende Angehörige) wahrzunehmen?- Was wollten Sie gerne in der Maßnahme erreichen?- Welche Bedenken hatten Sie gegebenenfalls?	<ul style="list-style-type: none">- Warum ist es erforderlich geworden, eine Vorsorge/Rehabilitation in Anspruch zu nehmen?- Was waren Ihre Gedanken, als Sie sich entscheiden mussten, ob Sie einen Antrag stellen möchten oder nicht?- Was wollten Sie gerne in der Maßnahme erreichen?
Hilfe bei der Beantragung	<ul style="list-style-type: none">- Haben Sie bei der Beantragung Unterstützung erhalten?	<ul style="list-style-type: none">- Wie leicht oder schwer ist es Ihnen gefallen, die Beantragung auf den Weg zu bringen?
Wahl der Klinik	<ul style="list-style-type: none">- Wie kam es dazu, dass Sie die Maßnahme in Klinik X angetreten haben, wie wurde die Klinik ausgewählt?	<ul style="list-style-type: none">- Hatten Sie verschiedene Kliniken zur Auswahl?
Informationen und Unterstützung im Vorfeld durch die Klinik	<ul style="list-style-type: none">- Wie hat die Klinik Sie im Vorfeld über das Kommando informiert?- Wie hat die Klinik Sie im Vorfeld unterstützt, auch die Versorgung Ihres Angehörigen auf den Weg zu bringen?	<ul style="list-style-type: none">- Was war (vielleicht) schwierig?- Was könnte seitens der Klinik noch verbessert werden?

Modellprojekt

Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge
und Rehabilitation für pflegende Angehörige

Erfahrungen mit der Vorsorge/Rehabilitation

Leitfrage/Erzählstimulus:

Und als Sie dann in der Vorsorge/Rehabilitation waren – wie ist es Ihnen dort ergangen?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Ankommen	<ul style="list-style-type: none">- Wie ist es Ihnen gerade in der ersten Woche ergangen?- Konnten Sie Abstand vom Alltag gewinnen? Was hat Ihnen dabei geholfen?	<ul style="list-style-type: none">- Wie haben Sie den Umfang der Angebote empfunden?- Ist es Ihnen leichtgefallen, sich auf die Maßnahme zu konzentrieren?
Therapien/Angebote für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none">- Wurden Ihre Wünsche bei der Erstellung des Therapieplans berücksichtigt?- Welche Therapien/Angebote haben Sie wahrgenommen, die speziell für pflegende Angehörige waren?- Wie ist es Ihnen mit den Therapien/Angeboten ergangen?	<ul style="list-style-type: none">- Welche Themen wurden behandelt?- Gab es auch die Möglichkeit, über sehr belastende Themen zu sprechen oder auch über Themen, die (vielleicht) Scham besetzt sind?- Fanden Sie die Maßnahmen für sich und Ihre Situation sinnvoll, z. B. bei Berufstätigen – war die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ein Thema?
Umsetzung und Organisation der Angebote	<ul style="list-style-type: none">- Wie fanden Sie die Möglichkeit, gemeinsam mit anderen pflegenden Angehörigen eine Vorsorge/Rehabilitation wahrzunehmen?- Wie haben Sie die gemeinsamen Gruppenangebote empfunden? Wie die Einzelangebote?- Gab es auch außerhalb der Therapien einen Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen? Wie haben Sie diesen empfunden?- Wie haben Sie die vorstrukturierten Tagesabläufe empfunden?	<ul style="list-style-type: none">- Welche Themen wurden in der Gruppe behandelt, welche eher in Einzelgesprächen?- Wie haben Sie die Zusammensetzung der Gruppe empfunden? Haben Sie sich gut aufgehoben gefühlt?- Waren die Angebote auch praktisch ausgerichtet z. B. mit Übungen?- Kannten sich die Mitarbeitenden in der Klinik gut mit der Situation pflegender Angehöriger aus?
Vorbereitung auf zu Hause	<ul style="list-style-type: none">- Wie wurden Sie auf das nach Hause kommen vorbereitet?- Wie war es für Sie, nach dem Aufenthalt wieder nach Hause und in Ihren Alltag zu kommen?	<ul style="list-style-type: none">- Wie hat die Klinik darauf vorbereitet?- Was hätten Sie sich von der Klinik noch gewünscht?- Was war schwierig, was lief gut?

Modellprojekt

Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge
und Rehabilitation für pflegende Angehörige

		<ul style="list-style-type: none"> - Wurden mit Ihnen Nachsorgeangebote/-möglichkeiten besprochen?
Bewertung des Aufenthaltes und Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> - Was hat Ihnen an Ihrem Aufenthalt besonders gut getan/was nicht? - Hat Ihnen etwas gefehlt? - Was ist das wichtigste, das Sie für sich mitnehmen? - Welchen Rat würden Sie geben, wie man die Maßnahme für pflegende Angehörige noch verbessern könnte? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie beurteilen Sie diese Therapien/Angebote? - Was ist Ihnen besonders positiv/was besonders negativ in Erinnerung geblieben?

Wirkungen/Veränderungen durch die Maßnahme

Leitfrage/Erzählstimulus:

Kommen wir nun zu heute. Sie sind wieder zu Hause. Nehmen Sie Veränderungen seit dem Aufenthalt wahr?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Wirkungen/Veränderungen durch die Maßnahme	<ul style="list-style-type: none"> - Was hat der Aufenthalt bei Ihnen bewirkt? - Gibt es Dinge, die Sie jetzt anders machen als vorher? Gibt es Dinge, die Sie anders sehen als vorher? - Hat sich Ihr Alltag seit dem Aufenthalt verändert und wenn ja, inwiefern? - Gibt es etwas, das Sie in der Maßnahme noch neu dazugelernt haben? 	<ul style="list-style-type: none"> - Was hat sich bei Ihnen verändert? [z. B. in Bezug auf Ihre Gesundheit, Ihr Wissen, Ihr Verhalten, Ihre Erholungszeiten, Ihre Sicherheit im Umgang mit Ihrem Angehörigen, Ihr Umgang mit sich selbst, Ihre Gedanken, ...] - Was hat sich an der Pflegesituation verändert? [z. B. in Bezug auf Ihren Umgang mit Ihrem Angehörigen, die Inanspruchnahme weiterer Unterstützung, die Erweiterung des Hilfenetzes, den Einsatz von Hilfsmitteln oder dem Entschluss, die Pflege aufzugeben?]

Modellprojekt

Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge
und Rehabilitation für pflegende Angehörige

Abschlussfrage

Kommen wir nun zum Abschluss des Interviews – Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Maßnahme?

Abschlussfrage	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
	<ul style="list-style-type: none">- Würden Sie anderen pflegenden Angehörigen die Maßnahme für pflegende Angehörige in der Klinik X empfehlen. Warum bzw. warum nicht?- Angenommen, Sie können noch einmal eine Maßnahme für pflegende Angehörige wahrnehmen – was müsste beim nächsten Mal anders sein, damit Sie bestmöglich von der Maßnahme profitieren können? - Gibt es abschließend etwas, das Sie noch gerne ansprechen würden, über das wir bisher noch nicht geredet haben?	<ul style="list-style-type: none">- Was würden Sie sich für die Zukunft noch wünschen? Was müsste man noch bedenken?

Ende der Tonaufnahme

Soziodemographie	Erforderliche Angaben	
<i>falls noch nicht im Interview beantwortet</i>	<ul style="list-style-type: none">- Alter- Geschlecht- Erwerbstätigkeit- Dauer der Pflege, durchschnittlicher Zeitaufwand- Verwandtschaftsverhältnis- Gründe für die Pflegebedürftigkeit- Pflegegrad- Gemeinsamer oder getrennter Aufenthalt	

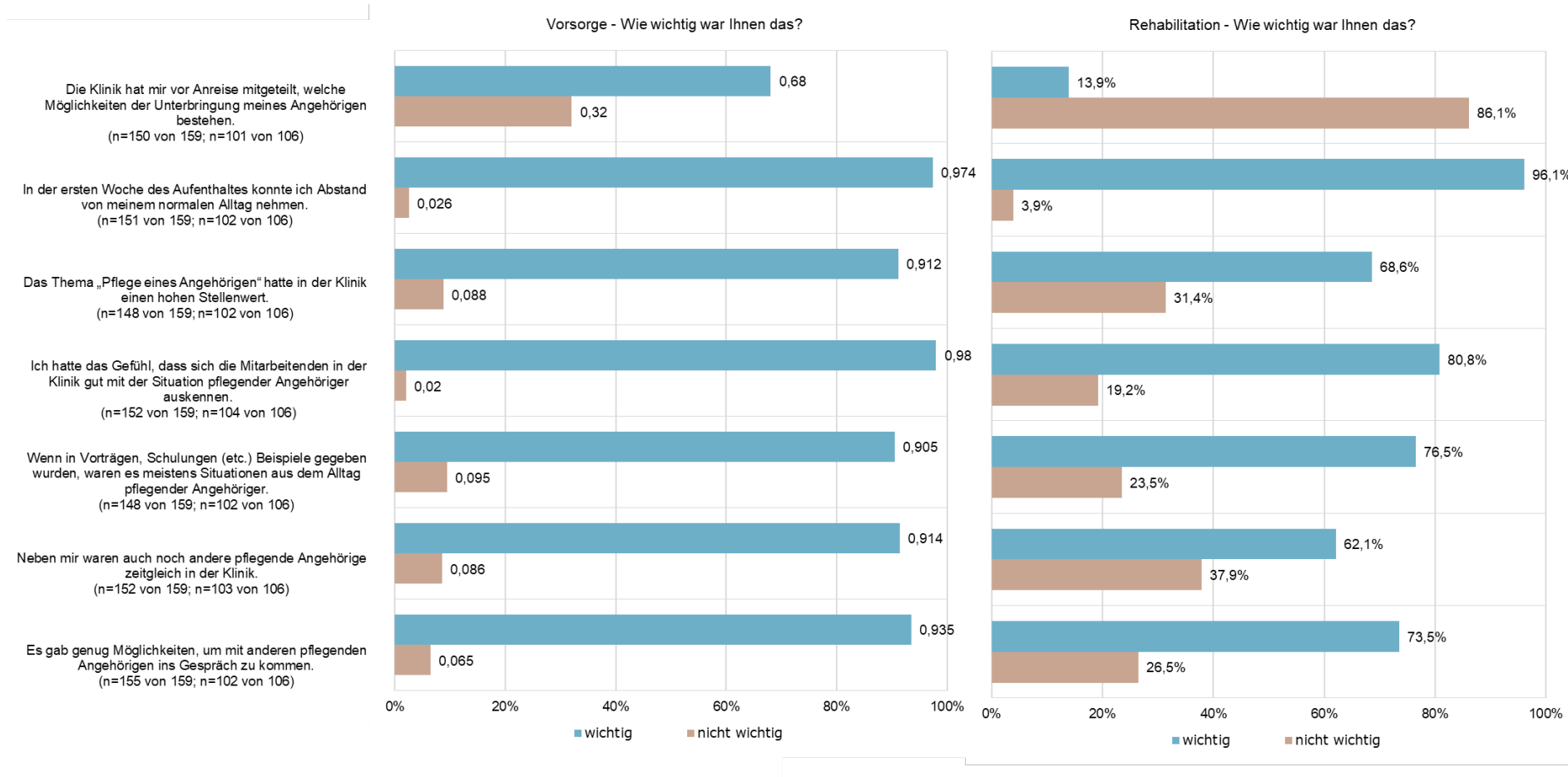
Modellprojekt

Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge
und Rehabilitation für pflegende Angehörige

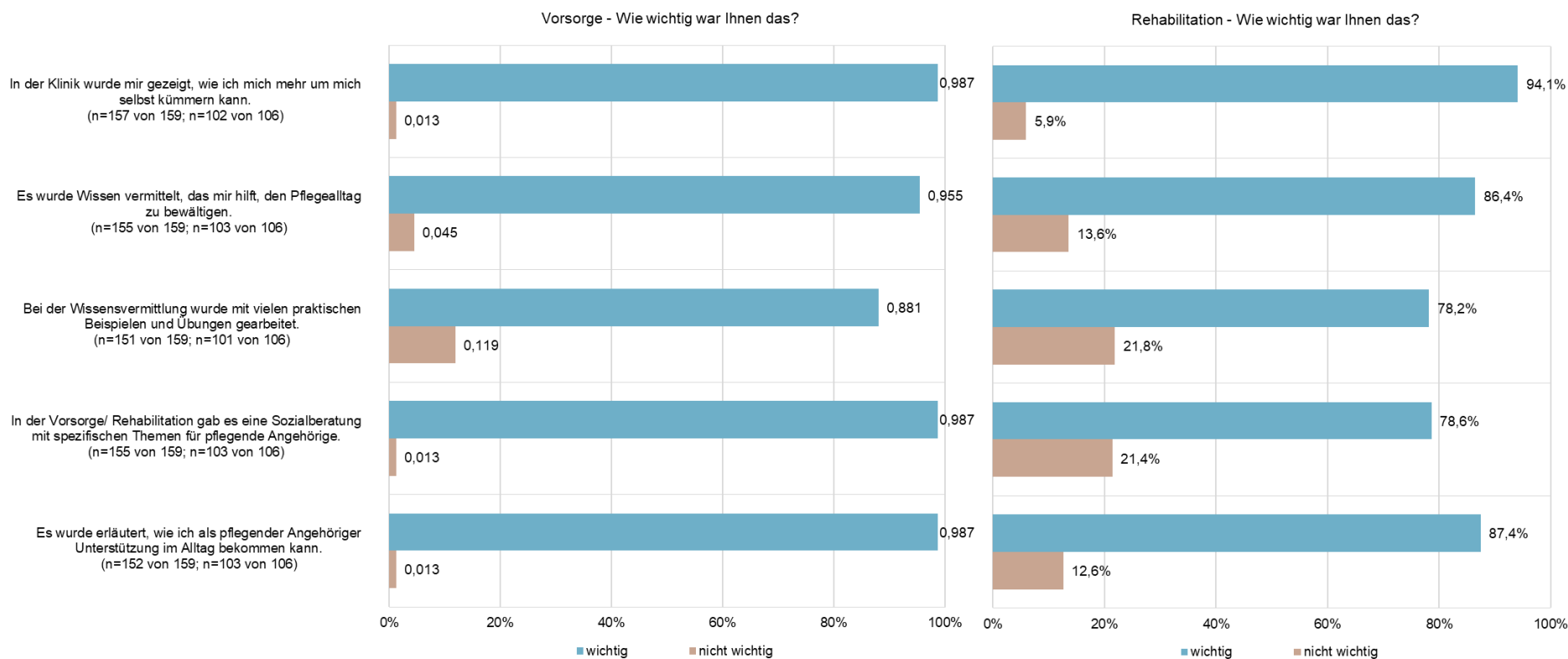
	- Dauer des Aufenthaltes, Ort des Aufenthaltes	
--	--	--

Abschluss und Dank	Zu erwähnende Inhalte	
	<ul style="list-style-type: none">- Dank für das Interview und die Zeit- Hinweis auf das Dankeschön (Wunschgutschein)- Verabschiedung und gute Wünsche	

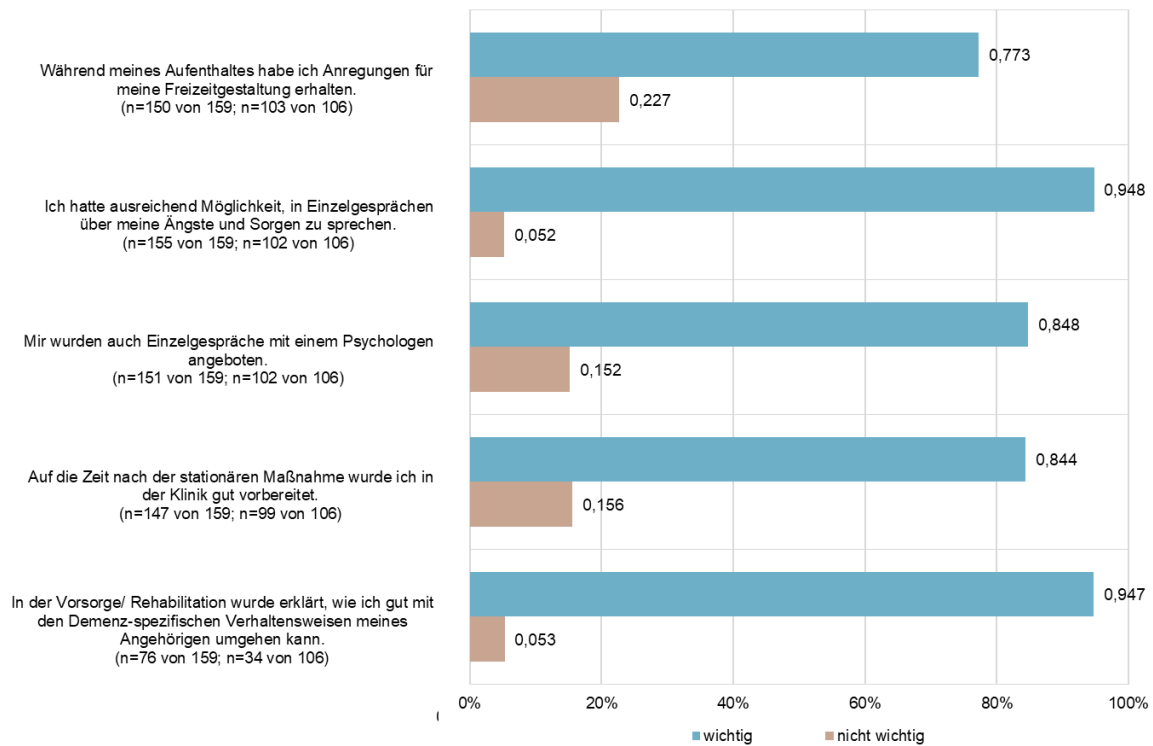
ANHANG 3: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK VORSORGE/REHABILITATION SPEZIELL FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE



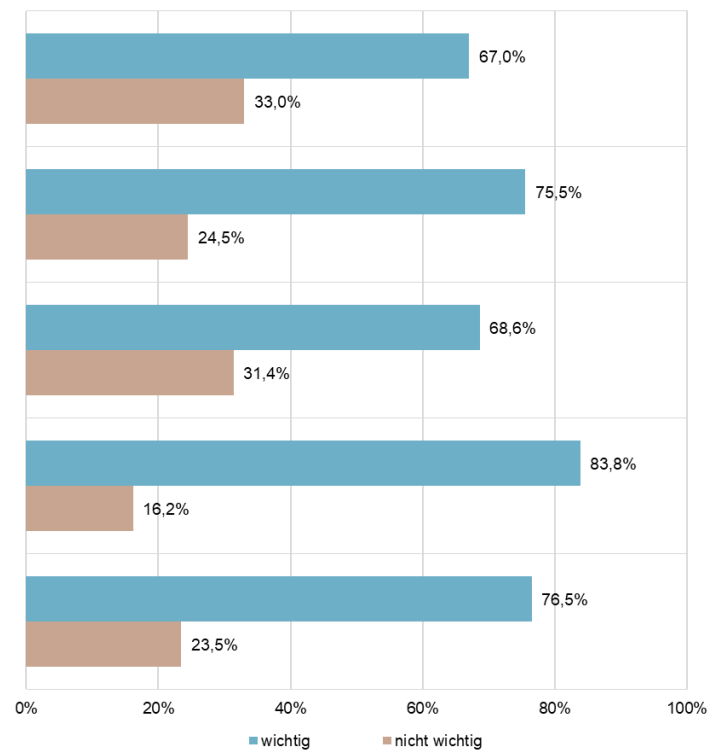
ANHANG 4: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK INHALTE UND UMSETZUNG DER MAßNAHME



Vorsorge - Wie wichtig war Ihnen das?



Rehabilitation - Wie wichtig war Ihnen das?



ANHANG 5: GELINGENSBEDINGUNGEN „STATIONÄRE VORSORGE FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE“

Zugang

1. Pflegende Angehörige und Ärztinnen und Ärzte müssen von dem Anspruch pflegender Angehöriger auf stationäre Vorsorge erfahren und entsprechend aufgeklärt werden.
2. Es muss eine zuverlässige Versorgung und Unterbringung der pflegebedürftigen Person sichergestellt sein, damit der/die pflegende Angehörige eine stationäre Vorsorgemaßnahme wahrnehmen und die Verantwortung „loslassen“ kann.
3. Pflegende Angehörige, die eine stationäre Maßnahme wahrnehmen wollen, sollten Beratung und Unterstützung in Bezug auf die Unterbringung der pflegebedürftigen Person während der Maßnahme erhalten.
4. Personen und Institutionen, die pflegende Angehörige auf dem Weg zur Vorsorge begleiten, sollten freundlich und engagiert vorgehen (Beratungsstellen, Kliniken, Kostenträger, Pflegedienste). Dies kann die Beantragung oder die ganz praktische Inanspruchnahme betreffen.
5. Pflegenden Angehörigen, die dies wünschen, sollte ein Aufenthalt als Tandem ermöglicht werden.
6. Der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person und ihre Bereitschaft zur Fremdpflege müssen die Inanspruchnahme „erlauben“.
7. Die Wünsche der pflegenden Angehörigen in Bezug auf die Auswahl einer passenden Klinik sollten berücksichtigt werden.
8. Pflegende Angehörige sollten von der aufnehmenden Klinik adäquat informiert und auf den Aufenthalt vorbereitet werden.

Vorhalten bestimmter therapeutischer Leistungen

9. Es sollten psychologische Angebote für pflegende Angehörige zur Verfügung stehen, die zu ihrer Entlastung und Stärkung beitragen (wie Einzelgespräche und psychoedukative Gruppengespräche).
10. Es sollte eine psychosoziale und sozialrechtliche Beratung für pflegende Angehörige geben. Themen sollten dabei die Klärung der eigenen Position bzw. von eigenen Wünschen und die Organisation von Entlastungsleistungen sein.
11. Es sollte praxisnahe Informationen/Schulungen zum Thema Demenz und Umgang mit der Erkrankung geben.
12. Es sollte weitere Informationen/Vorträge zu Themen geben, die im Rahmen der häuslichen Pflege relevant sind (wie z. B. Pflegeversicherung, Pflegestufen, Entlastungsangebote, Ansprechpartner und Anlaufstellen, Inkontinenzversorgung).
13. Das Thema „finanzielle Belastung durch die Pflegebedürftigkeit“ sollte im Rahmen der Vorsorge Berücksichtigung finden (z. B. in Vorträgen, in der sozialdienstlichen Einzelberatung oder der psychologischen Betreuung).
14. Es sollten umfangreiche Sport- und Bewegungsangebote zur Verfügung stehen, vorzugsweise in der Gruppe.
15. Pflegende Angehörige sollten Angebote zum Thema Entspannung, Stressmanagement und Ressourcen erhalten.
16. Die stationäre Vorsorge für pflegende Angehörige sollte je nach Bedarf durch Angebote wie Gedächtnistraining, Sturzprophylaxe, Rekreationstherapie und Massagen abgerundet werden.

17. Wenn ehemalige pflegende Angehörige an der stationären Vorsorge teilnehmen, sollte der Bedarf an spezifischer Trauerbegleitung geklärt werden.
18. Pflegende Angehörige wünschen sich (auch im Rahmen einer Vorsorgemaßnahme) eine umfangreiche ärztliche Betreuung.

Organisation der Leistungen

19. Es sollte möglich sein, individuelle Wünsche bzgl. der Therapieplanung zu äußern.
20. Die Therapien sollten einen individuell angemessen Umfang haben.
21. In Gruppensitzungen sollte seitens der Leitung darauf geachtet werden, dass alle Teilnehmenden zu Wort kommen können. Gruppensitzungen sollten strukturiert sein und geleitet werden.
22. Das medizinisch-therapeutisch Angebot sollte professionell umgesetzt werden. (z. B. bzgl. Vortragsweise, Inhaltstiefe, Anleitung)
23. Pflegende Angehörige sollten Informationsangebote je nach individuellem Bedarf, Wissensstand und Interesse erhalten.
24. Die Bewegungsangebote sollten passgenau sein und die jeweilige Konstitution und Kondition berücksichtigen.
25. Adäquate räumliche Ausstattung (Schwimmbad, Fitness-/Gerätetraum, Sportplatz für Ballspiele)

Personal

26. Die Mitarbeitenden der Klinik sollten kompetent sein und Erfahrung (mit pflegenden Angehörigen) haben.
27. Die Mitarbeitenden in der Klinik sollten freundlich und engagiert sein.
28. Das Personal sollte verständnisvoll, einfühlsam und emphatisch sein.

Gestaltung des Aufenthaltes außerhalb der Therapien

29. Pflegende Angehörige sollten je nach Bedarf Unterstützung bei der Organisation der Anreise erhalten.
30. Zu Beginn der Vorsorgemaßnahme sollten die pflegenden Angehörigen alles gezeigt/ erklärt bekommen (inkl. Tagesbetreuung bei gemeinsamer Anreise) und eine herzliche Begrüßung erhalten, die sie auf die Zeit der Selbstfürsorge einstimmt.
31. Während der Vorsorge sollten die pflegenden Angehörigen die Möglichkeit erhalten, sich selbst mal verwöhnen zu lassen.
32. Pflegende Angehörige sollten gemeinsam in einer geschlossenen Gruppe anreisen. Die Gruppen sollten nicht zu groß sein (um die 30 Personen).
33. Pflegende Angehörige sollten während der Maßnahme die Gelegenheit haben, ausreichend Kontakte zu knüpfen und „Gleichgesinnte“ zu treffen.
34. Bei der Gruppenzusammenstellung sollte auf eine passende Zusammensetzung geachtet werden (z. B. in Bezug auf Alter, Geschlecht, alleinige Reise, Vorliegen einer Demenz bei der Begleitperson, Tod der pflegebedürftigen Person).
35. Die pflegebedürftigen Personen sollten während der Vorsorge/den Therapien zuverlässig und adäquat versorgt werden, damit die pflegenden Angehörigen sich um sich selbst kümmern können und das individuell passende Verhältnis von Nähe und Distanz eingehalten werden kann.
36. Es sollte freiwillige Beschäftigungsangebote während der freien Zeiten in der Klinik geben (in Therapiepausen und den Abendstunden).

37. Die Vorsorge sollte in einer landschaftlich und kulturell ansprechenden Umgebung stattfinden.
38. Das Personal sollte den pflegenden Angehörigen mit einer freundlichen und wertschätzenden Haltung begegnen.
39. Das Personal sollte sich engagiert für das Wohl und die Zufriedenheit der Vorsorge-Gäste einsetzen.
40. In der Vorsorgeklinik sollte es eine leckere und adäquate Verpflegung für die pflegenden Angehörigen geben, um die sie sich selbst nicht zu kümmern brauchen.

Nachhaltigkeit der Maßnahme

41. Während und nach der Maßnahme muss eine adäquate und zufriedenstellende Versorgung der pflegebedürftigen Person gewährleistet sein, damit die positiven Effekte der Maßnahme aufrechterhalten werden können. Für pflegende Angehörige ist es wichtig, dass es ihren Pflegebedürftigen gutgeht.
42. Es muss niederschwellige, nutzer*innenorientierte und flächendeckende Angebote und Dienste zur Entlastung geben.
43. Die Techniken, die in der Vorsorge vermittelt werden, sollten zur jeweiligen Person passen, damit sie auch zu Hause noch fortgeführt werden.

ANHANG 6: GELINGENSBEDINGUNGEN „STATIONÄRE REHABILITATION FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE“

Vorhalten bestimmter therapeutischer Leistungen

1. Es sollten psychologische und psychotherapeutische Angebote für pflegende Angehörige zur Verfügung stehen (wie Psychotherapie einzeln und Psychotherapie in der Gruppe oder psychoedukative Gruppengespräche). Themen sollten die Belastungen durch die häusliche Pflege, Selbstfürsorge und ggf. Trauer sein.
2. Es sollte Angebote geben, die die eigene Achtsamkeit und Entspannung fördern und die darauf ausgerichtet sind, zur Ruhe zu kommen.
3. Es sollten umfangreiche Sport- und Bewegungsangebote zur Verfügung stehen.
4. Es sollte Informationen/Schulungen zum Thema Demenz und Umgang mit der Erkrankung geben.
5. Es sollten Handgriffe zum richtigen Heben, Tragen, und Lagern gezeigt werden.

6. Es sollten Hilfsmittel gezeigt werden, die für die häusliche Pflege relevant sind.
7. Pflegende Angehörige sollten Informationen zu ihren gesetzlichen Ansprüchen und Entlassungsangeboten erhalten.
8. Das Verhältnis von Angeboten, die sich spezifisch auf die häusliche Pflege bzw. auf die Reha-begründende Diagnose beziehen, sollte individuell angemessen sein.

Organisation der Leistungen

9. Pflegende Angehörige und ihre Bedürfnisse sollten während der Maßnahme im Mittelpunkt stehen.
10. Die Gruppe der pflegenden Angehörigen sollte – wann immer es möglich ist – zusammenbleiben.
11. Die Therapien sollten einen individuell angemessen Umfang haben.
12. Die Therapieplanung sollte verlässlich und sinnvoll gestaltet werden.
13. Das medizinisch-therapeutisch Angebot sollte professionell umgesetzt werden.
14. Es sollte dem pflegenden Angehörigen freigestellt sein, welche der Angebote für pflegende Angehörige sie besuchen.
15. Es sollte möglich sein, individuelle Wünsche bzgl. der Therapieplanung zu äußern.
16. Es sollte möglich sein, psychotherapeutische und sozialdienstliche Einzelgespräche auf Wunsch zu erhalten.
17. Bei der Durchführung von Gruppengesprächen und -therapien sollte darauf geachtet werden, dass sich immer mehrere pflegende Angehörige in einer Gruppe befinden. Die Gruppe muss nicht zwingend völlig homogen sein.
18. In Gruppensitzungen sollte seitens der Leitung darauf geachtet werden, dass alle Teilnehmenden zu Wort kommen können.
19. Bei der Durchführung von Informationsangeboten sollte der individuelle Wissensstand berücksichtigt werden.
20. Die Klinik sollte Interesse an kontinuierlicher Verbesserung haben und die Sicht der Nutzer*innen bei Anpassungen einfließen lassen.

Personal

21. Das Personal sollte aufrichtiges Verständnis für die Situation pflegender Angehöriger haben und den Angehörigen auf Augenhöhe begegnen.
22. Die Mitarbeitenden sollten sich mit der Situation pflegender Angehöriger gut auskennen und den Angehörigen kompetente Unterstützung bieten.
23. Die Klinik sollte über eine gute und zuverlässige Personalsituation verfügen.
24. Die Mitarbeitenden in der Klinik sollten freundlich und engagiert sein.

Gestaltung des Aufenthaltes außerhalb der Therapien

25. Die Rehabilitation sollte in einer Gruppe pflegender Angehöriger absolviert werden können. Die Gruppe sollte eine „ausbalancierte Heterogenität“ mit ausreichend „Gleichgesinnten“ aufweisen, damit die Beteiligten gut voneinander profitieren können.
26. Die Gruppe der pflegenden Angehörigen sollte nach Möglichkeit schon direkt zu Beginn der Maßnahme zusammengeführt werden.
27. Bei der Zusammensetzung der Gruppe sollte auf ein passendes Geschlechterverhältnis geachtet werden, sodass sich mindestens vereinzelt auch Männer in einer Gruppe befinden.

28. Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige sollten stationär erfolgen, um einen Kontextwechsel zu ermöglichen.
29. Pflegende Angehörige sollten während der Maßnahme Verantwortung abgeben und sich selbst einmal versorgen lassen dürfen.
30. Die individuell benötigte Zeit des Ankommens sollte bei der Entscheidung für oder gegen eine Verlängerung berücksichtigt werden.
31. In der Klinik oder im Ort sollten Freizeitangebote für die Rehabilitand*innen zur Verfügung stehen.

Nachhaltigkeit der Maßnahme

32. Die Umsetzungsmöglichkeiten des Gelernten im Alltag (außerhalb der Blase „Stationäre Rehabilitation“) sollten konstante Berücksichtigung in den Therapien finden, immer wieder angesprochen werden und auch den Bezug zur Pflegesituation aufweisen.
33. Die Klinik sollte die Organisation von professionellen Nachsorgeangeboten (in diesem Fall T-RENA) für die Rehabilitand*innen übernehmen.
34. Am Ende der Maßnahme sollten Empfehlungen für weiterführende Therapien ausgesprochen werden.

ANHANG 7: T0- UND T1-FRAGEBÖGEN MODELLPROJEKT KONZEPTENTWICKLUNG "BEGLEITANGEBOTE FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE BEGLEITPERSONEN WÄHREND EINER STATIO-NÄREN VORSORGE-/REHABILITATIONSMAßNAHME EINES PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN"

Schriftliche Befragung zu Begleitangeboten



Sehr geehrte pflegende Angehörige,
sehr geehrter pflegender Angehöriger,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen.

Bei dieser Befragung interessiert es uns, wie es Ihnen und Ihrem pflegebedürftigen Familienmitglied geht und wie Sie Ihre Beziehung wahrnehmen. Wenn Sie mehrere Personen pflegen, beziehen Sie sich bitte beim Beantworten der Fragen auf die Person, mit der Sie zur Reha reisen. Alle Ihre Angaben bleiben anonym. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und hat keinerlei Auswirkungen auf Ihren Reha-Aufenthalt.

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten Briefumschlag, kleben Sie ihn zu und bringen Sie diesen am Anreisetag mit und geben ihn im Aufnahmegespräch ab, wenn Sie teilnehmen möchten.

Wenn Sie an einer zweiten Befragung 4 Wochen nach Ihrer Reha teilnehmen möchten, geben Sie im Aufnahmegespräch bitte Ihr mündliches Einverständnis hierzu.

Für diesen ersten Fragebogen benötigen Sie ca. 20-30 Minuten Zeit. Bitte lassen Sie keine Frage aus, auch wenn Ihnen die Antwort schwerfallen sollte.

Wie ausfüllen?	stimmt <u>ge-</u> <u>nau</u>	stimmt <u>über-</u> <u>wiegend</u>	stimmt <u>ein</u> <u>wenig</u>	stimmt <u>nicht</u>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Anmerkung vorab:

- In diesem Fragebogen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.
- Zudem werden die Begriffe „der pflegende Angehörige“ sowie „der pflegebedürftige Angehörige“ benutzt. Es versteht sich, dass unter dem jeweiligen Begriff auch das jeweils andere Geschlecht mit verstanden wird.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Vorhaben wurde von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. begutachtet und am 25. März 2021 für ethisch unbedenklich erklärt.

Fragen zu Ihrer Pflegesituation

1. Seit wie vielen Jahren übernehmen Sie die häusliche Pflege?

_____ Jahre

2. Erhalten Sie bei der Pflege und Betreuung Ihres Angehörigen noch weitere Unterstützung?

nein, die Betreuung übernehme ich im Wesentlichen allein

ja, ich erhalte z. B. durch andere Familienmitglieder oder Freunde, einen Pflegedienst, eine Tagespflege, Nachbarn, etc. zusätzlich noch Unterstützung

3. In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Angehörigen? Sie sind ...

(Ehe-) Part-
ner/in

Tochter/Sohn

Mutter/
Vater

Schwieger-
tochter/ -
sohn

Sonstiges

4. Leben Sie in einem gemeinsamen Haushalt?

ja nein

Fragen zu Ihrem Angehörigen

5. Welchen Pflegegrad hat Ihr Angehöriger?

Pflegegrad 0 Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

6. Was ist der Grund für die Pflegebedürftigkeit Ihres Angehörigen?

7. Wie alt ist Ihr pflegebedürftiger Angehöriger? _____ Jahre

8. Welches Geschlecht hat Ihr Angehöriger?

weiblich männlich

9. Einschätzung der Pflegesituation				
	stimmt genau	stimmt über- wiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Im Hinblick auf die Pflege meines Angehörigen kenne ich mich gut aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fällt es leicht, Hilfe durch andere Personen bei der Betreuung meines Angehörigen anzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Angehöriger akzeptiert die Betreuung durch eine andere Person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Herausforderungen im Pflegealltag fühle ich mich gewachsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meinem Angehörigen und mir gelingt es, trotz der Belastungen Positives im Alltag bewusst wahrzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir unternehmen regelmäßig etwas Schönes miteinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühle wie Ärger oder Verletzungen, die im Pflegealltag entstehen, können wir gut ausräumen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der veränderten Beziehung durch die Pflegebedürftigkeit komme ich gut zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der veränderten Beziehung durch die Pflegebedürftigkeit kommt mein Angehöriger gut zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Dieser Abschnitt enthält Erfahrungen, die pflegende Angehörige im Pflegealltag erleben können. Geben Sie bitte zu jeder Aussage an, in welchem Ausmaß diese auf Sie zutrifft. Entspricht keine der Antwortmöglichkeiten genau Ihrer Einschätzung, dann wählen Sie die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	trifft zu	trifft eher zu	teils/teils	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Egal wie viel Mühe ich mir gebe, es wirkt sich nicht positiv auf meinen Angehörigen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass mein Angehöriger sich so verhält, um seinen Willen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass mir mein Angehöriger durch sein Verhalten das Leben schwer machen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir nicht sicher, wie weit die Versorgung meines Angehörigen durch mich gehen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass mein Angehöriger durch sein Verhalten versucht, mich zu manipulieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schuldgefühle wegen der Art und Weise, wie ich mit meinem Angehörigen umgehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Betreuung meines Angehörigen macht mich unruhig oder niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass mein Angehöriger Forderungen stellt, die meines Erachtens über das hinausgehen, was er tatsächlich braucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass ich in der Vergangenheit nicht so viel für meinen Angehörigen getan habe, wie ich gekonnt oder gesollt hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. In den nächsten Fragen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Die Fragen ermöglichen es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. *Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?* Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
mittelschwere Tätigkeiten , z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den *vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den *vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. Hause (z. B., weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	über- haupt nicht	ein biss- chen	mäßig	ziem- lich	sehr
Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> ...						
	immer	meis- tens	ziemlich oft	manch- mal	selten	nie
...ruhig und ge- lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...voller Ener- gie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meis- tens	manch- mal	selten	nie
Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Sie haben sich für eine <u>gemeinsame</u> Reha entschieden – was hat Sie motiviert? Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen.				
	stimmt genau	stimmt über- wie- gend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Jederzeit Kontakt zu meinem Angehörigen aufnehmen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Möglichkeit, eine schöne Zeit mit meinem Angehörigen zu verbringen, die im Alltag oft zu kurz kommt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Möglichkeit, gemeinsam Tipps für die Pflegesituation zu lernen/praktisches Wissen für zu Hause mitnehmen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Möglichkeit der zeitgleichen Versorgung meines Angehörigen, da eine Reha sonst nicht möglich gewesen wäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: <hr/> <hr/>				
Wäre es für Sie in Frage gekommen, alleine zur Reha zu fahren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Fragen zu Ihrer Person				
13. Wie alt sind Sie? _____ Jahre				
14. Welches Geschlecht haben Sie? <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich				
15. Welchen Familienstand haben Sie? <input type="checkbox"/> verheiratet/zusammenlebend <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet				
16. Haben Sie neben der Betreuung Ihres Angehörigen noch andere Aufgaben? (Mehrfachantworten sind möglich)				
<input type="checkbox"/> Ja, ich bin berufstätig mit ca. _____ Stunden pro Woche				
<input type="checkbox"/> Ja, ich betreue noch meine eigenen Kinder				
<input type="checkbox"/> Ja, ich pflege noch (eine) weitere Person/en				
<input type="checkbox"/> Ja, Sonstiges, nämlich: _____				
<input type="checkbox"/> Nein, keine weiteren Aufgaben				

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten Briefumschlag und geben Sie ihn am Anreisetag beim Aufnahmegespräch ab.

Schriftliche Befragung zu Begleitangeboten



Sehr geehrte pflegende Angehörige,
sehr geehrter pflegender Angehöriger,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen.

Wir haben Sie bereits vor Ihrer Reha befragt. Heute, ca. 4 Wochen danach, interessieren uns Ihre Erfahrungen mit der Reha und wie es Ihnen und Ihrem pflegebedürftigen Familienmitglied jetzt geht. Wenn Sie mehrere Personen pflegen, beziehen Sie sich bitte beim Beantworten der Fragen auf die Person, mit der Sie in der Reha waren. Alle Ihre Angaben bleiben anonym. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen mit dem frankierten Rückumschlag zurück an die Fachhochschule Bielefeld, wenn Sie teilnehmen möchten. Damit die Befragung wirklich anonym bleibt, ergänzen Sie bitte keine Absender-Angaben.

Für den zweiten Fragebogen benötigen Sie ca. 25-35 Minuten Zeit. Bitte lassen Sie keine Frage aus, auch wenn Ihnen die Antwort schwerfallen sollte.

Wie ausfüllen?	stimmt <u>genau</u>	stimmt <u>überwiegend</u>	stimmt <u>ein wenig</u>	stimmt <u>nicht</u>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Anmerkung vorab:

- In diesem Fragebogen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.
- Zudem werden die Begriffe „der pflegende Angehörige“ sowie „der pflegebedürftige Angehörige“ benutzt. Es versteht sich, dass unter dem jeweiligen Begriff auch das jeweils andere Geschlecht mit verstanden wird.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragen zu Ihrer Pflegesituation

1. Seit wie vielen Jahren übernehmen Sie die häusliche Pflege?

_____ Jahre

2. Erhalten Sie bei der Pflege und Betreuung Ihres Angehörigen noch weitere Unterstützung?

nein, die Betreuung übernehme ich im Wesentlichen allein

ja, ich erhalte z. B. durch andere Familienmitglieder oder Freunde, einen Pflegedienst, eine Tagespflege, Nachbarn, etc. zusätzlich noch Unterstützung

3. In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Angehörigen? Sie sind ...

(Ehe-) Part-
ner/in

Tochter/
Sohn

Mutter/
Vater

Schwieger-
tochter/ -sohn

Sonstiges

4. Leben Sie in einem gemeinsamen Haushalt?

ja nein

Fragen zu Ihrem Angehörigen

5. Welchen Pflegegrad hat Ihr Angehöriger?

Pflegegrad Pflegegrad Pflegegrad Pflegegrad Pflegegrad Pflegegrad
0 1 2 3 4 5

6. Was ist der Grund für die Pflegebedürftigkeit Ihres Angehörigen?

7. Wie alt ist Ihr pflegebedürftiger Angehöriger?

_____ Jahre

8. Welches Geschlecht hat Ihr Angehöriger?

weiblich männlich

9. Einschätzung der Pflegesituation				
	stimmt genau	stimmt über- wiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Im Hinblick auf die Pflege meines Angehörigen kenne ich mich gut aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fällt es leicht, Hilfe durch andere Personen bei der Betreuung meines Angehörigen anzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Angehöriger akzeptiert die Betreuung durch eine andere Person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Herausforderungen im Pflegealltag fühle ich mich gewachsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meinem Angehörigen und mir gelingt es, trotz der Belastungen Positives im Alltag bewusst wahrzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir unternehmen regelmäßig etwas Schönes miteinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühle wie Ärger oder Verletzungen, die im Pflegealltag entstehen, können wir gut ausräumen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der veränderten Beziehung durch die Pflegebedürftigkeit komme ich gut zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der veränderten Beziehung durch die Pflegebedürftigkeit kommt mein Angehöriger gut zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Dieser Abschnitt enthält Erfahrungen, die pflegende Angehörige im Pflegealltag erleben können. Geben Sie bitte zu jeder Aussage an, in welchem Ausmaß diese auf Sie zutrifft. Entspricht keine der Antwortmöglichkeiten genau Ihrer Einschätzung, dann wählen Sie die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	trifft zu	trifft eher zu	teils/teils	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Egal wie viel Mühe ich mir gebe, es wirkt sich nicht positiv auf meinen Angehörigen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass mein Angehöriger sich so verhält, um seinen Willen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass mir mein Angehöriger durch sein Verhalten das Leben schwer machen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir nicht sicher, wie weit die Versorgung meines Angehörigen durch mich gehen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass mein Angehöriger durch sein Verhalten versucht, mich zu manipulieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schuldgefühle wegen der Art und Weise, wie ich mit meinem Angehörigen umgehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Betreuung meines Angehörigen macht mich unruhig oder niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass mein Angehöriger Forderungen stellt, die meines Erachtens über das hinausgehen, was er tatsächlich braucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass ich in der Vergangenheit nicht so viel für meinen Angehörigen getan habe, wie ich gekonnt oder gesollt hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. In den nächsten Fragen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Die Fragen ermöglichen es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. *Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?* Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
mittelschwere Tätigkeiten , z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den *vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den *vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. Hause (z. B., weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	über- haupt nicht	ein biss- chen	mäßig	ziem- lich	sehr
Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> ...						
	immer	meis- tens	ziemlich oft	manch- mal	selten	nie
...ruhig und ge- lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...voller Ener- gie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meis- tens	manch- mal	selten	nie
Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Ihrem Reha-Aufenthalt
12. Wie viele Tage dauerte Ihre Reha? _____ Tage
13. Waren noch andere Pflegepaare zur gleichen Zeit vor Ort? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Wie war Ihr Angehöriger während Ihres Aufenthaltes untergebracht? <input type="checkbox"/> in derselben Einrichtung <input type="checkbox"/> in einer Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____
15. Hat Ihr Angehöriger bereits vor Ihrem Reha-Aufenthalt eine Tages- oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

16. Vorbereitung auf die Reha	Inwiefern treffen folgende Aussagen zu?			Wie wichtig war Ihnen das?	
<i>Bitte setzen Sie hier zwei Kreuze, ein Kreuz im blauen, ein Kreuz im grauen Feld.</i>	Trifft zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht	Wichtig	Nicht wichtig
Als Vorbereitung auf meine Reha hatte ich noch vor der Anreise ein (telefonisches) Gespräch mit der Pflegeeinrichtung und der Rehaklinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In diesem Gespräch konnten alle mir wichtigen Fragen zur Reha geklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In diesem Gespräch konnten alle mir wichtigen Fragen zum Aufenthalt meines Angehörigen in der Pflegeeinrichtung geklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch die Rehaklinik und Pflegeeinrichtung vor der Anreise?					
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> weniger zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden					
Haben Sie darüber hinaus Wünsche, wie Sie vor Ihrer Anreise unterstützt werden möchten?					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____					

17. Begleitangebote...					
...sind alle Anwendungen, Betreuung oder andere Angebote, die Ihr Angehöriger alleine in der Pflegeeinrichtung erhält.					
Bitte setzen Sie hier zwei Kreuze, ein Kreuz im blauen, ein Kreuz im grauen Feld.	Inwiefern treffen folgende Aussagen zu?			Wie wichtig war Ihnen das?	
	Trifft zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht	Wichtig	Nicht wichtig
Während des Aufenthaltes hatte mein Angehöriger einen festen Ansprechpartner vor Ort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Aufenthalt wurde gemeinsam mit meinem Angehörigen geplant, entsprechend seinen Möglichkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angebote (z. B. zur Bewegung) waren auf die Fähigkeiten meines Angehörigen abgestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde über die Angebote meines Angehörigen unterrichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte das Gefühl, dass mein Angehöriger in der Pflegeeinrichtung gut aufgehoben ist und sich wohl fühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Angebote, die Ihr Angehöriger in der Pflegeeinrichtung in Anspruch genommen hat?					
	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht	
Meine Erwartungen an das Begleitangebot wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Erwartungen meines Angehörigen wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn Ihre Erwartungen oder die Ihres Angehörigen nicht erfüllt wurden, woran lag das?					

Welche Angebote haben Ihrem Angehörigen besonders gut gefallen?					

Haben Sie Wünsche/Verbesserungen zu den Begleitangeboten?

nein

ja, und zwar: _____

18. Gemeinsam genutzte Angebote

Berücksichtigung Ihrer individuellen Situation und Ihrer Wünsche

Bitte setzen Sie hier zwei Kreuze, ein Kreuz im blauen, ein Kreuz im grauen Feld.

Inwiefern treffen folgende Aussagen zu?

Trifft zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht
-----------	-----------------	------------

Wie wichtig war Ihnen das?

Wichtig	Nicht wichtig
---------	---------------

Die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung und der Rehaklinik waren über unsere Pflegesituation, unsere gemeinsamen Erwartungen und Ziele für den Aufenthalt informiert.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Bei der Planung gemeinsamer und getrennter Angebote wurden meine Wünsche berücksichtigt.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Die Wünsche meines Angehörigen wurden bei der Planung gemeinsamer und getrennter Angebote ebenfalls berücksichtigt.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wie zufrieden sind Sie mit der Berücksichtigung Ihrer individuellen Situation und Ihrer Wünsche?

sehr zufrieden

zufrieden

weniger zufrieden

unzufrieden

Wenn Sie nicht zufrieden waren, was hätten Sie sich gewünscht?

Haben Sie während Ihrer Reha gemeinsame Angebote in Anspruch genommen?

Ja → Bitte weiter mit Frage 19 „Organisation gemeinsam genutzter Angebote“ auf der Folgeseite.

Nein → Bitte weiter mit Frage 20 auf Seite 11

Wie oft haben Sie ein gemeinsames Angebot mit Ihrem Pflegebedürftigen genutzt? _____ Anzahl					
19. Organisation gemeinsam genutzter Angebote Bitte setzen Sie hier zwei Kreuze, ein Kreuz im blauen, ein Kreuz im grauen Feld.	Inwiefern treffen folgende Aussagen zu?			Wie wichtig war Ihnen das?	
	Trifft zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht	Wichtig	Nicht wichtig
Aus Sicht meines Angehörigen und mir waren die Angebote gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir hatten die Möglichkeit, uns auch mit anderen „Pflegepaaren“ auszutauschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Atmosphäre war angenehm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir hatten immer einen Ansprechpartner vor Ort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn wir zu einem Angebot gebracht werden mussten, war dies gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Angebote, die Sie gemeinsam mit Ihrem Angehörigen genutzt haben?					
	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht	
Meine Erwartungen an die gemeinsamen Angebote wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Erwartungen meines Angehörigen wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das Verhältnis von gemeinsamen Angeboten und getrennten Angeboten habe ich als passend empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das Verhältnis von gemeinsamen und getrennten Angeboten hat mein Angehöriger als passend empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn Ihre Erwartungen oder die Ihres Angehörigen nicht erfüllt wurden, woran lag das? _____					

Wenn Sie oder Ihr Angehöriger das Verhältnis gemeinsamer und getrennter Angebote unpassend fanden, was war der Grund? _____

Haben Sie Wünsche/Verbesserungen zu den gemeinsamen Angeboten?

- nein
- ja, und zwar: _____

20. Wenn Sie keine gemeinsamen Angebote in Anspruch genommen haben, lag das daran, dass...

- ... es keine gemeinsamen Angebote gab.
- ... die Organisation und der zeitliche Ablauf nicht passend waren.
- ... das Angebot aufgrund des Gesundheitszustandes meines Angehörigen nicht genutzt werden konnte.
- ... wir keine gemeinsamen Angebote in Anspruch nehmen wollten.
- Sonstiges, nämlich: _____

21. Bewertung des Aufenthaltes

Wie hilfreich bewerten Sie Ihren Reha-Aufenthalt für Ihre Situation zu Hause?

Bewerten Sie bitte die nachfolgenden Aussagen für sich und Ihren pflegebedürftigen Angehörigen gemeinsam.

Der mehrwöchige Reha-Aufenthalt ...

	stimmt genau	stimmt überwie- gend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
... hat geholfen, dass mein Angehöriger im Alltag weniger Hilfe benötigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat unserer Beziehung gutgetan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat unser Wohlbefinden im Pflegealltag verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges, und zwar: _____

Würden Sie das Angebot weiterempfehlen?

ja

nein, weil: _____

Würden Sie die Art der Unterbringung Ihres Angehörigen erneut nutzen (in derselben Einrichtung wie Sie, in einer Pflegeeinrichtung etc.)?

ja

nein, weil: _____

Was würden Sie sich zukünftig noch wünschen?

Fragen zu Ihrer Person

22. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

23. Welches Geschlecht haben Sie? weiblich männlich

24. Welchen Familienstand haben Sie?

verheiratet/zusammenlebend ledig geschieden verwitwet

25. Haben Sie neben der Betreuung Ihres Angehörigen noch andere Aufgaben?
(Mehrfachantworten sind möglich)

Ja, ich bin berufstätig mit ca. _____ Stunden pro Woche

Ja, ich betreue noch meine eigenen Kinder

Ja, ich pflege noch (eine) weitere Person/en

Ja, Sonstiges, nämlich: _____

Nein, keine weiteren Aufgaben

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigelegten vorfrankierten Briefumschlag und schicken diesen per Post an uns zurück.

Bitte ergänzen Sie keine Absender-Angaben.

ANHANG 8: INTERVIEW-LEITFÄDEN (PFLEGENDE ANGEHÖRIGE/PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSONEN)

MODELLPROJEKT KONZEPTENTWICKLUNG "BEGLEITANGEBOTE FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE BEGLEITPERSONEN WÄHREND EINER STATIO-NÄREN VORSORGE-/REHABILITATIONSMABNAHME EINES PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN"

Leitfaden PuRpA 3: Interviews mit pflegenden Angehörigen

Begrüßung und Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich heute zu einem Gespräch mit mir bereiterklärt haben. In der nächsten halben Stunde stehen Sie mit Ihren Erleben, Erfahrungen und Ansichten, die Sie während Ihres Aufenthaltes in der Reha-Vorsorgeklinik gemacht haben im Mittelpunkt. Das Interview wird voraussichtlich eine halbe Stunde dauern. Selbstverständlich haben Sie die Freiheit zu entscheiden, ob und wie Sie auf einzelne Fragen antworten mögen. Auch können Sie das Interview jederzeit unterbrechen oder beenden.

Wenn Sie einverstanden sind, würde ich das Gespräch gern auf Band aufzeichnen. Das Interview wird später abgeschrieben, anonymisiert und dann ausgewertet. Die Aussagen werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt. Das heißt, Ihr Name wird nicht genannt.

Ihre Aussagen werden dazu verwendet das Konzept für die Begleitangebote, die vom Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. entwickelt wurden, zu verbessern. Hierzu werden eventuell anonymisierte Zitate aus den Interviews genutzt.

Gestatten Sie mir zunächst ein paar Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrem pflegebedürftigen Angehörigen. Das ist für unser Vorhaben immer eine ganz wichtige Information.

(Alter, Geschlecht, Familienstand, Kinder/Alter der Kinder, berufliche Tätigkeit/Arbeitszeit pro Woche, Dauer der pflegenden Tätigkeit/durchschnittlicher Zeitaufwand pro Tag, Gesundheitszustand/Erkrankung, Verhältnis zum pB/gemeinsamer/getrennter Haushalt)

(Pflegebedürftige Person: Familienzugehörigkeit, Alter, Geschlecht, Familienstand, Dauer der Pflegebedürftigkeit, Pflegegrad, Gesundheitszustand/Erkrankung, bisherige Nutzung von Entlastungsangeboten/KZP)

→ Start der Audioaufnahme

Erfahrungen mit dem Aufenthalt in der Vorsorge oder Rehaeinrichtung

Leitfrage/Erzählimpuls: Zu Beginn des Gesprächs bitte ich Sie, sich an Ihren Aufenthalt in der Vorsorge oder Rehaeinrichtung zurückzuerinnern. Bitte erzählen Sie doch einmal von Ihrem Aufenthalt.

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Aufenthalt/Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Wie lange hat der Aufenthalt gedauert? • Wie waren Sie untergebracht (gemeinsam oder getrennt)? 	
Vorbereitung auf den Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung	<ul style="list-style-type: none"> • Wie haben Sie die Vorbereitung auf den Aufenthalt erlebt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wurden Sie vor Antritt über Ihren Aufenthalt informiert (Telefon oder andere Gespräche)? Waren Sie damit zufrieden?
Subjektives Erleben des Aufenthaltes/Wahrnehmen und Befinden	<ul style="list-style-type: none"> • Wie haben Sie den Aufenthalt wahrgenommen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie haben Sie sich dort gefühlt? • Wie war es für Sie in dieser neuen Situation? • Wie haben Sie sich dort aufgehoben gefühlt? • Wie haben Sie die Betreuung und Begleitung vor Ort empfunden? • (Wie haben Sie den Betreuungsaufwand für Ihren Angehörigen empfunden? Wie haben Sie sich die Planung an den Wochenenden gewünscht?)
Gemeinsame Angebote		
Durchgeführte Angebote/Maßnahmen/individuelles Gesundheitsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie gemeinsame Angebote mit Ihrer/Ihrem Angehörigen wahrgenommen? Welche waren das? • Wenn Sie keine gemeinsamen Angebote genutzt haben, woran lag das? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Themen wurden behandelt? Waren die Ziele für Sie immer deutlich? Wie war das für Sie als „Pflegepaar“? • Was hat Ihnen besonders gut gefallen? Was nicht so? • Konnten Sie sich mit anderen Pflegepaaren austauschen? Waren noch andere Pflegepaare zur gleichen Zeit vor Ort? • Woran lag das, wenn Ihnen ein Angebot nicht gefallen hat? Was war das Problem?
Organisation und Ansprechpartner/Vertrauensaufbau	<ul style="list-style-type: none"> • Wie haben Sie diese Angebote empfunden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie waren sie organisiert? • Wussten Sie immer, an wen Sie sich bei Fragen und Problemen wenden konnten? • Was war gut? Was nicht?

Partizipation/angemessenes Verhältnis von Nähe und Distanz	<ul style="list-style-type: none"> • Wurden Ihre Wünsche bei der Planung berücksichtigt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn nicht auf Ihre Wünsche eingegangen wurde, woran lag das? • Empfanden Sie das Verhältnis von gemeinsamen und getrennten Angeboten als passend? Hatten Sie ausreichend Zeit für sich?
Persönliche Bewertung (Qualitätsaspekt, subjektiver Nutzen)	<ul style="list-style-type: none"> • Wie bewerten Sie die gemeinsamen Aktivitäten im Rückblick? 	<ul style="list-style-type: none"> • Konnten Sie für sich etwas mitnehmen? Was hat sich geändert? Würden sie sich rückblickend anders entscheiden?
Begleitangebot		
Durchgeführte Angebote/Maßnahmen/individuelles Gesundheitsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Wie war der Aufenthalt für Ihren Angehörigen gestaltet? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ging es Ihrem Angehörigen in der Pflegeeinrichtung, welchen Eindruck hatten Sie? • Welche Aktivitäten wurden Ihrem Angehörigen angeboten? Wurden seine/ihre persönlichen Möglichkeiten in den Angeboten berücksichtigt? • Waren die Mitarbeitenden der Pflege-Einrichtung über Ihre persönliche Pflegesituation ausreichend informiert?
Organisation und Ansprechpartner/Vertrauensaufbau	<ul style="list-style-type: none"> • Wie haben Sie die Organisation des Aufenthaltes empfunden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Gab es einen festen Ansprechpartner für Ihren Angehörigen vor Ort? Konnten auch Sie sich an diesen Ansprechpartner wenden? • Was war gut? Was nicht?
Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> • Hatten Sie den Eindruck, dass auf die Wünsche Ihres Angehörigen eingegangen wurde? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn nicht auf Seine/Ihre Wünsche eingegangen wurde, woran lag das?
Persönliche Bewertung (Qualitätsaspekt, subjektiver Nutzen)	<ul style="list-style-type: none"> • Wie bewerten Sie die Betreuung und die Angebote in der Pflegeeinrichtung im Rückblick? 	<ul style="list-style-type: none"> • Würden Sie die Unterbringung erneut nutzen? Was hat sich geändert?

Zugang - Gründe für eine gemeinsame Kur

Leitfrage/Erzählimpuls: Kommen wir nun zu Ihren persönlichen Gründen. Warum haben Sie sich für einen gemeinsamen Aufenthalt entschieden?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Zugang	<ul style="list-style-type: none"> • Wie haben Sie von dem Angebot einer gemeinsamen Reha erfahren? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wo haben Sie die Information erhalten? Wie ist es dazu gekommen?
Motivation, Vorteile, Bedenken, Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat Ihre Bereitschaft zur Teilnahme gefördert? Was waren Ihre Ziele • Welche Vorteile haben Sie (vielleicht) auch für sich gesehen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat Ihnen an dieser Möglichkeit gefallen? Was war Ihr Ansporn? Was war für Ihre Entscheidung ausschlaggebend? • Was haben Sie (vielleicht) zunächst als positiv bei dieser Möglichkeit wahrgenommen? Welche Bedenken hatten Sie vielleicht vorher? • Wie leicht oder schwer ist Ihnen die Entscheidung gefallen, dieses Angebot mit Ihrem pflegenden Angehörigen anzunehmen?

subjektiver Nutzen/Auswirkung auf die häusliche Situation

Leitfrage/Erzählimpuls: Kommen wir nun zu heute. Sie sind wieder zu Hause. Was haben Sie für sich und den wiederkehrenden Pflegealltag zu Hause mitgenommen?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Veränderungen (Wissen, Mobilität/Selbstständigkeit, Handlungen, Beziehung, Interaktion, Wohlbefinden etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist das heute, hat der Aufenthalt noch irgendeine Nachwirkung für Sie? • Was haben Sie dort für zu Hause gelernt oder erfahren? Was davon ist für Ihren Alltag wichtig? • Welche Veränderungen nehmen Sie (vielleicht) auch bei Ihrer/Ihrem Angehörigen wahr? 	<ul style="list-style-type: none"> • Was war nachher (vielleicht) anders als vorher? Wie sind Sie zurückgekehrt? • Welche Veränderungen haben Sie bei sich oder Ihrer/Ihrem Angehörigen wahrgenommen (Mobilität, Interaktion, gegenseitige Wahrnehmung, gemeinsame Aktivitäten Freizeit)? • Was hat sich (vielleicht) in dem Miteinander und in Ihrer Beziehung zueinander verändert? • Wie würden Sie diese Veränderungen beschreiben? • Welche Handlungen oder Tätigkeiten (gemeinsame Aktivitäten Freizeit) haben sich verändert?

Hinweise auf eine Weiterentwicklung

Leitfrage/Erzählimpuls: Kommen wir nun zu Ihren Wünschen! Welchen Rat würden Sie geben? Was müsste man noch bedenken?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Persönliche Wünsche und Bedürfnisse (Unterbringung / Passgenauigkeit, Angebotsvorschläge/ Freizeitgestaltung, personelle Betreuung, Strukturen etc.)	<ul style="list-style-type: none">• Was müsste Ihrer Ansicht nach in der Zukunft noch bedacht werden?• Würden Sie die Maßnahme anderen weiterempfehlen?	<ul style="list-style-type: none">• Was hat Ihnen gefehlt?

Interviewabschluss:

Nun sind wir am Ende des Interviews angelangt. Gibt es noch Themen, die Sie gern noch ansprechen möchten, über die wir bisher noch nicht gesprochen haben?

Vielen Dank für das Interview.

Begrüßung und Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich heute zu einem Gespräch mit mir bereiterklärt haben. In der nächsten halben Stunde stehen Sie mit Ihrem Erleben, Erfahrungen und Ansichten, die Sie während Ihres Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung gemacht haben im Mittelpunkt. Das Interview wird voraussichtlich eine halbe Stunde dauern. Selbstverständlich haben Sie die Freiheit zu entscheiden, ob und wie Sie auf einzelne Fragen antworten mögen. Auch können Sie das Interview jederzeit unterbrechen oder beenden.

Wenn Sie einverstanden sind, würde ich das Gespräch gern auf Band aufzeichnen. Das Interview wird später abgeschrieben, anonymisiert und dann ausgewertet. Die Aussagen werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt. Das heißt, Ihr Name wird nicht genannt.

Ihre Aussagen werden dazu verwendet das Konzept für die Begleitangebote, die vom Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. entwickelt wurden, zu verbessern. Hierzu werden eventuell anonymisierte Zitate aus den Interviews genutzt.

Gestatten Sie mir zunächst ein paar Fragen zu Ihrer Person. Das ist für unser Vorhaben immer eine ganz wichtige Information. (Alter, Geschlecht, Familienstand, Dauer der Pflegebedürftigkeit, Pflegegrad, Gesundheitszustand/Erkrankung, pflegende Person/Personen, Verhältnis zum pA/gemeinsamer/getrennter Haushalt, bisherige Nutzung von Entlastungsangeboten/KZP)

→ Start der Audioaufnahme

Erfahrungen mit dem Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung

Leitfrage/Erzählimpuls: Zu Beginn des Gesprächs bitte ich Sie, sich an den Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung zurückzuerinnern. Bitte erzählen Sie doch einmal von Ihrem Aufenthalt.

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Aufenthalt/Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none">• Wie lange hat der Aufenthalt gedauert?• Wie waren Sie untergebracht (gemeinsam oder getrennt)?	
Vorbereitung auf den Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung	<ul style="list-style-type: none">• Wie haben Sie die Vorbereitung auf den Aufenthalt erlebt?	<ul style="list-style-type: none">• Wie wurden Sie vor Antritt über Ihren Aufenthalt informiert (Telefon oder andere Gespräche)? Waren Sie damit zufrieden?
Subjektives Erleben des Aufenthaltes/Wahrnehmen und Befinden	<ul style="list-style-type: none">• Wie haben Sie den Aufenthalt wahrgenommen?	<ul style="list-style-type: none">• Wie haben Sie sich dort gefühlt?• Wie war es für Sie in dieser neuen Situation?• Wie haben Sie sich dort aufgehoben gefühlt?

Begleitangebot		
Durchgeführte Angebote/Maßnahmen/individuelles Gesundheitsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> Wie war Ihr Aufenthalt gestaltet? 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Aktivitäten wurden Ihnen angeboten/haben Sie gemacht (Mobilitätsförderung, ADL/aktivierende Pflege, kognitives/kommunikatives Training)? Wurden Ihre persönlichen Möglichkeiten in den Angeboten berücksichtigt? Waren die Mitarbeitenden der Reha- und Pflege-Einrichtung über ihre persönliche Pflegesituation ausreichend informiert? Was hat Ihnen ganz konkret gefallen? Was nicht so? Woran lag das, wenn Ihnen ein Angebot nicht gefallen hat? Was war das Problem?
Organisation und Ansprechpartner/Vertrauensaufbau	<ul style="list-style-type: none"> Wie haben Sie die Organisation des Aufenthaltes empfunden? 	<ul style="list-style-type: none"> Gab es einen festen Ansprechpartner vor Ort? Was war gut? Was nicht?
Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> Wurde auf Ihre Wünsche eingegangen? 	<ul style="list-style-type: none"> Wenn nicht auf Ihre Wünsche eingegangen wurde woran lag das?
Persönliche Bewertung (Qualitätsaspekt, subjektiver Nutzen)	<ul style="list-style-type: none"> Wie bewerten Sie die Betreuung und die Angebote in der Pflegeeinrichtung im Rückblick? 	<ul style="list-style-type: none"> Konnten Sie sich etwas mitnehmen? Was hat sich geändert?
Gemeinsame Angebote		
Durchgeführte Angebote/Maßnahmen/individuelles Gesundheitsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie gemeinsame Angebote mit Ihrer/Ihrem pflegenden Angehörigen wahrgenommen? Welche waren das? Wenn Sie keine gemeinsamen Angebote genutzt haben, woran lag das? 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Themen wurden behandelt? Waren die Ziele für Sie immer deutlich? Was hat Ihnen besonders gut gefallen? Was nicht so? Konnten Sie sich mit anderen Pflegepaaren austauschen? Waren noch andere Pflegepaare zur gleichen Zeit vor Ort? Woran lag das, wenn Ihnen ein Angebot nicht gefallen hat? Was war das Problem?
Organisation und Ansprechpartner/Vertrauensaufbau	<ul style="list-style-type: none"> Wie haben Sie diese Angebote empfunden? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie waren sie organisiert? Wussten Sie immer, an wen Sie sich bei Fragen und Problemen wenden konnten?

		<ul style="list-style-type: none"> • Was war gut? Was nicht?
Partizipation/angemessenes Verhältnis von Nähe und Distanz	<ul style="list-style-type: none"> • Wurden Ihre Wünsche bei der Planung berücksichtigt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn nicht auf Ihre Wünsche eingegangen wurde woran lag das? • Empfanden Sie das Verhältnis von gemeinsamen und getrennten Angeboten als passend?
Persönliche Bewertung (Qualitätsaspekt, subjektiver Nutzen)	<ul style="list-style-type: none"> • Wie bewerten Sie die gemeinsamen Aktivitäten im Rückblick? 	<ul style="list-style-type: none"> • Konnten Sie für sich etwas mitnehmen? Was hat sich geändert? Würden sie sich rückblickend anders entscheiden?

Zugang- Gründe für eine gemeinsame Kur

Leitfrage/Erzählimpuls: Kommen wir nun zu Ihren persönlichen Gründen. Warum haben Sie sich für einen gemeinsamen Aufenthalt entschieden?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Zugang	<ul style="list-style-type: none"> • Wie haben Sie von dem Angebot einer gemeinsamen Reha erfahren? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wo haben Sie die Information erhalten? Wie ist es dazu gekommen?
Motivation, Vorteile, Bedenken, Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat Ihre Bereitschaft zur Teilnahme gefördert? • Welche Vorteile haben Sie (vielleicht) auch für sich gesehen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat Ihnen an dieser Möglichkeit gefallen? Was war ihr Ansporn? Was war für Ihre Entscheidung ausschlaggebend? • Was haben Sie (vielleicht) zunächst als positiv bei dieser Möglichkeit wahrgenommen? Welche Bedenken hatten Sie vielleicht vorher?

subjektiver Nutzen/Auswirkung auf die häusliche Situation

Leitfrage/Erzählimpuls: Kommen wir nun zu heute. Sie sind wieder zu Hause. Was haben Sie für sich und den wiederkehrenden Pflegealltag zu Hause mitgenommen?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Veränderungen (Wissen, Mobilität/Selbstständigkeit, Handlungen,	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist das heute, hat der Aufenthalt noch irgendeine Nachwirkung für Sie? 	<ul style="list-style-type: none"> • Was war nachher (vielleicht) anders als vorher? Wie sind Sie zurückgekehrt? • Welche Veränderungen haben Sie bei sich oder Ihrer/Ihrem Angehörigen wahrgenommen (Mobilität,

Beziehung, Interaktion, Wohlbefinden etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Was haben Sie dort für zu Hause gelernt oder erfahren? Was davon ist für Ihren Alltag wichtig? • Welche Veränderungen nehmen Sie (vielleicht) auch bei Ihrer/Ihrem Angehörigen wahr? 	<p>Interaktion, gegenseitige Wahrnehmung, gemeinsame Aktivitäten/Freizeit)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was hat sich (vielleicht) in dem Miteinander und in Ihrer Beziehung zueinander verändert? • Wie würden Sie diese Veränderungen beschreiben? • Welche Handlungen oder Tätigkeiten haben sich verändert (gemeinsame Aktivitäten/Freizeit)?
---	---	--

Hinweise auf eine Weiterentwicklung

Leitfrage/Erzählimpuls: Kommen wir nun zu Ihren Wünschen! Welchen Rat würden Sie geben? Was müsste man noch bedenken?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Persönliche Wünsche und Bedürfnisse (Unterbringung/Passgenauigkeit, Angebotsvorschläge/ Freizeitgestaltung, personelle Betreuung, Strukturen etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Was müsste Ihrer Ansicht nach in der Zukunft noch bedacht werden? • Würden Sie die Maßnahme anderen weiterempfehlen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat Ihnen gefehlt?

Interviewabschluss:

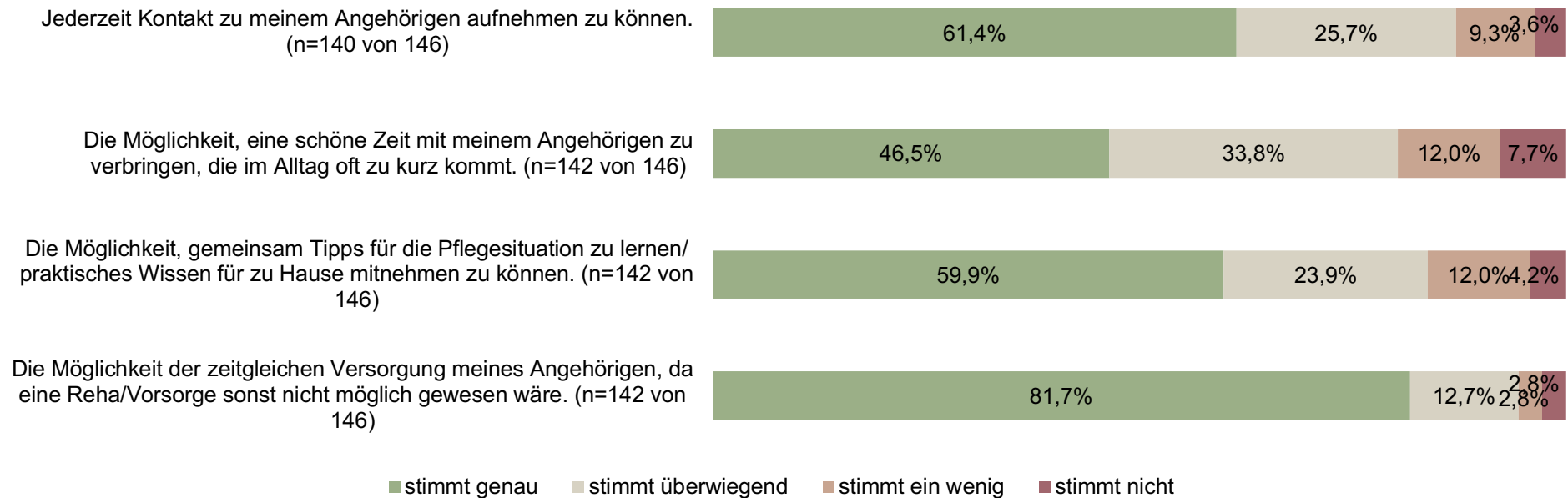
Nun sind wir am Ende des Interviews angelangt. Gibt es noch Themen, die Sie gern noch ansprechen möchten, über die wir bisher noch nicht gesprochen haben?

Vielen Dank für das Interview.

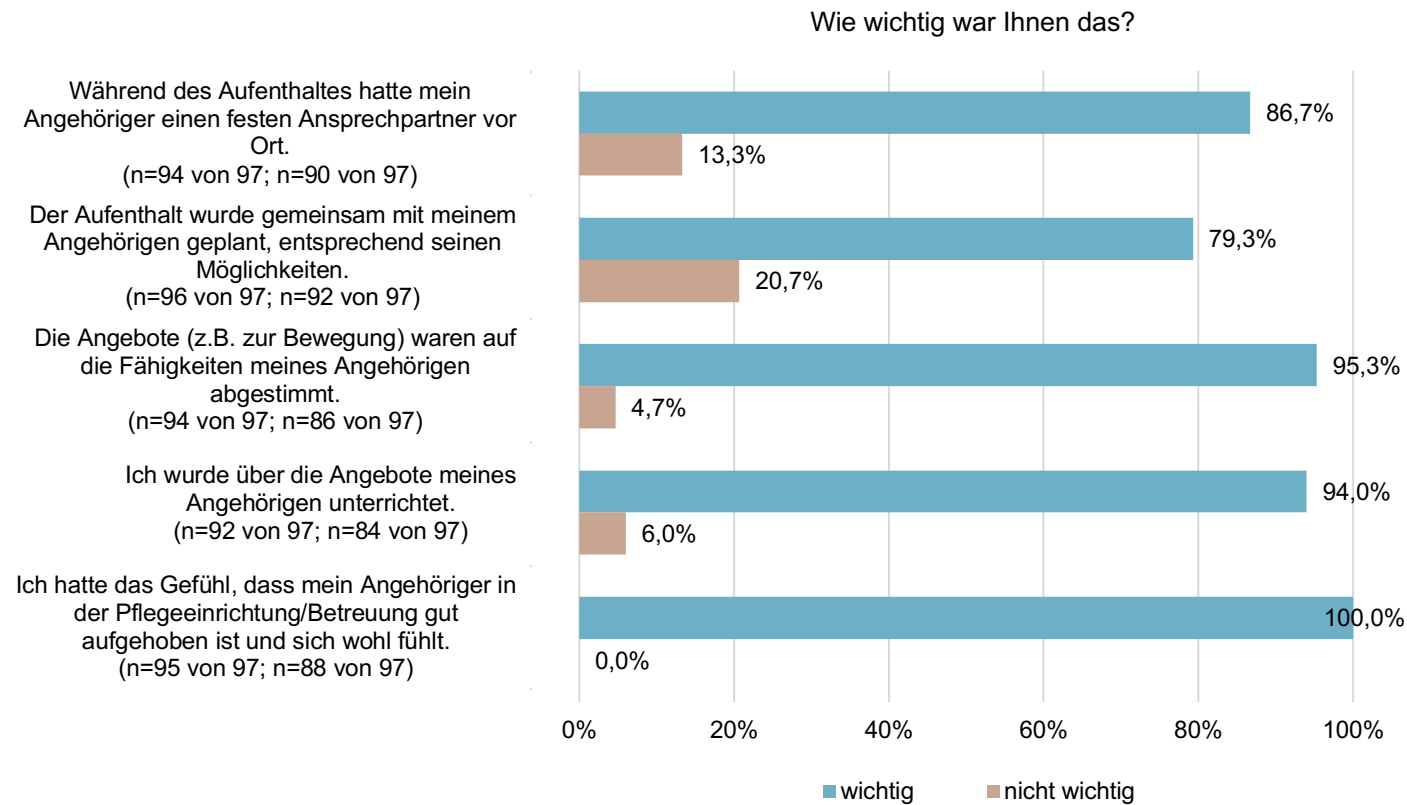
ANHANG 9: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK

GRÜNDE FÜR EINE GEMEINSAME REISE

Gründe für eine gemeinsame Reha/Vorsorge



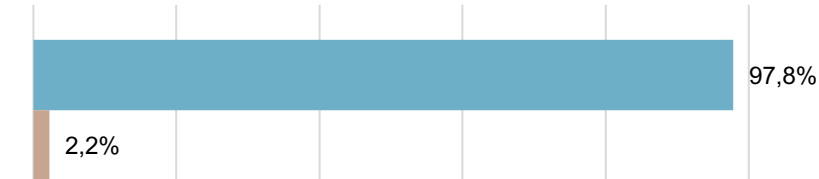
ANHANG 10: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK BEGLEITANGEBOT



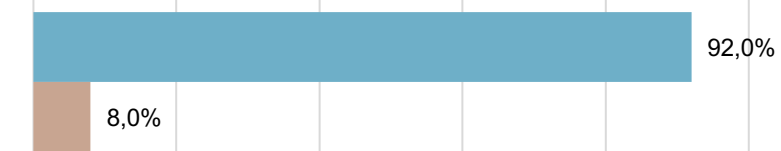
ANHANG 11: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK GEMEINSAM GENUTZTE ANGEBOTE

Wie wichtig war Ihnen das?

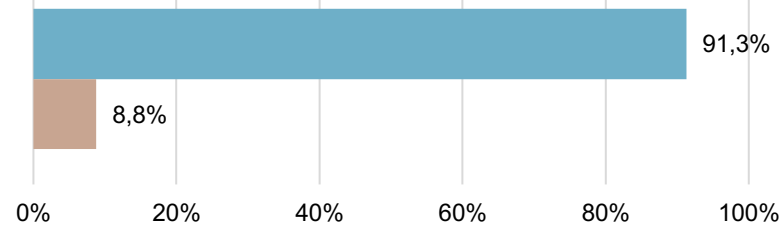
Die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung und der Rehaklinik oder Vorsorgeklinik waren über unsere Pflegesituation, unsere gemeinsamen Erwartungen und Ziele für den Aufenthalt informiert.
(n=95 von 97; n=92 von 97)



Bei der Planung gemeinsamer und getrennter Angebote wurden meine Wünsche berücksichtigt.
(n=91 von 97; n=87 von 97)

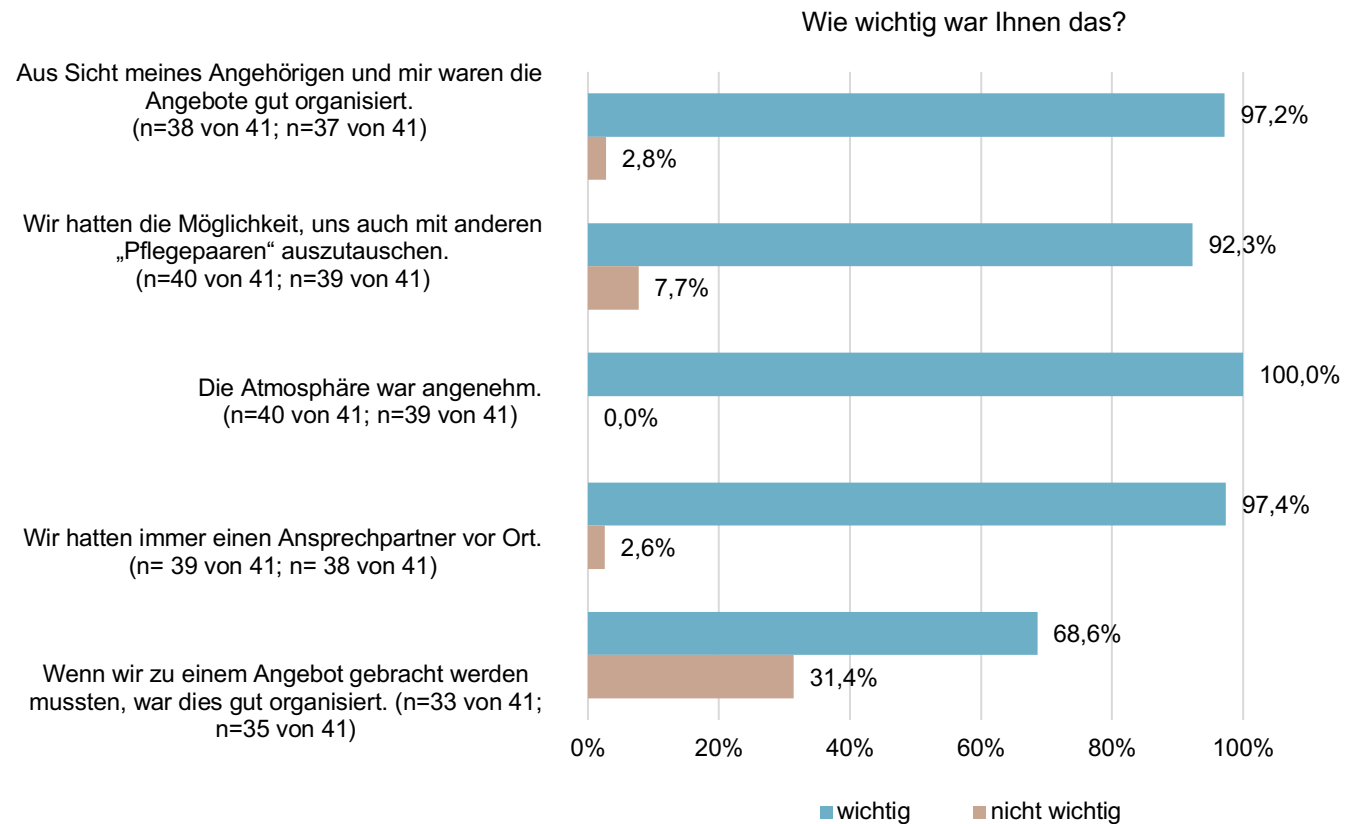


Die Wünsche meines Angehörigen wurden bei der Planung gemeinsamer und getrennter Angebote ebenfalls berücksichtigt.
(n=90 von 97; n=80 von 97)



■ wichtig ■ nicht wichtig

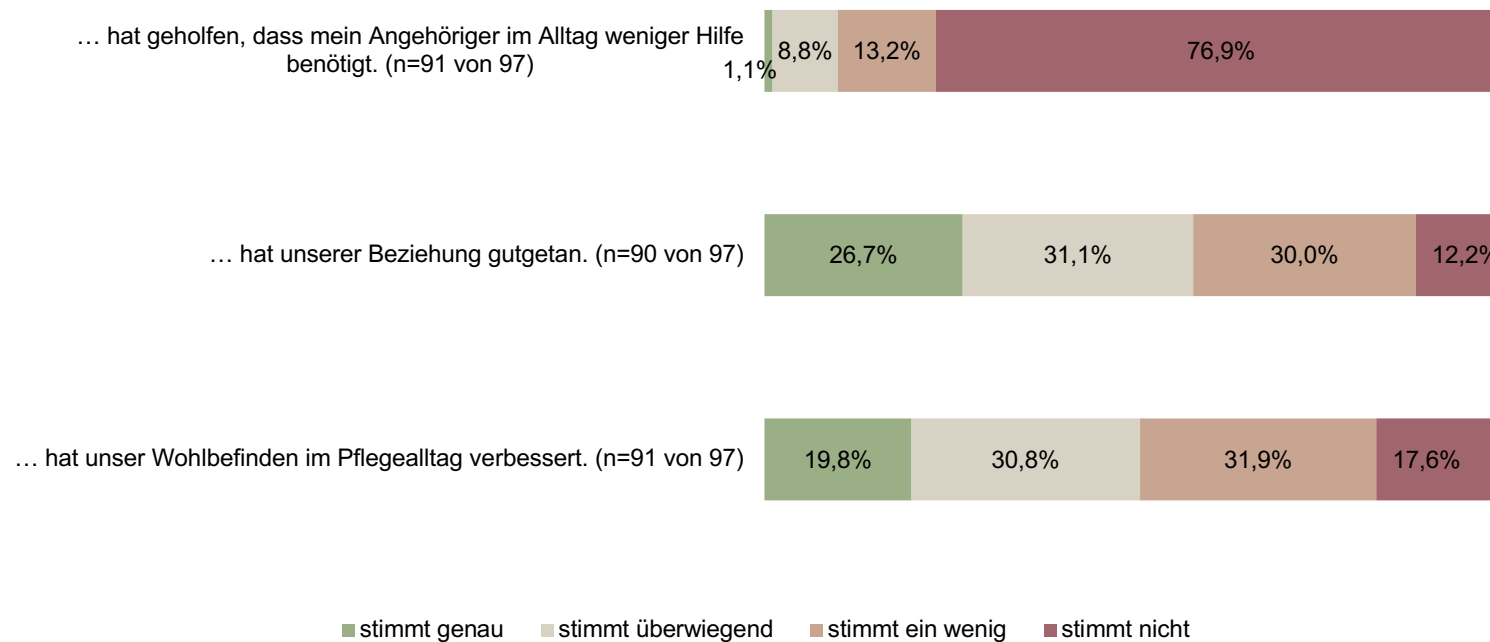
ANHANG 12: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK ORGANISATION GEMEINSAM GENUTZTER ANGEBOTE



ANHANG 13: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK BEWERTUNG DES AUFENTHALTES

Wie hilfreich bewerten Sie Ihren Aufenthalt für Ihre Situation zu Hause?

Der mehrwöchige Aufenthalt ...



ANHANG 14: ÜBERSICHT GELINGENSBEDINGUNGEN "BEGLEITANGEBOTE FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE BE- GLEITPERSONEN WÄHREND EINER STATIO-NÄREN VORSORGE-/REHABILITATIONSMAßNAHME EINES PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN"

Zugang

1. Tandem Angebote sollten vermehrt beworben werden und es sollte gezielt auf die verschiedenen Unterbringungsformen hingewiesen werden.
2. Es sollten mehr Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen Angebote für Tandems mit der Möglichkeit einer gemeinsamen und einer getrennten Unterbringung vorhalten.
3. Bei der Beantragung einer Maßnahme sollten pflegende Angehörige unterstützt werden. Daher ist es empfehlenswert, Multiplikator*innen (Krankenkassen, Pflegekassen etc.) einzubeziehen und pflegende Angehörige an (Kur-)Beratungsstellen zu verweisen.
4. Als Vorbereitung auf den Aufenthalt sollten Vorsorge-/Rehabilitationskliniken sowie Pflegeeinrichtung das Tandem nach Bedarf unterstützen und vorab bspw. alle offenen Fragen zum Aufenthalt, zur Antragstellung und zur Anreise klären sowie Bedarfe/Wünsche erfragen und berücksichtigen. Die Mitarbeitenden sollten sich daher mit dem Angebot gut auskennen und das Tandem freundlich und engagiert beraten sowie auf individuelle Bedarfe eingehen.
5. Es sollte eine individuelle Zeit für das Ankommen des Tandems in der Einrichtung berücksichtigt und das Tandem sollte hierbei unterstützt werden.

Begleitangebot

6. Es sollte ein umfangreiches und vielseitiges Angebot aus den unterschiedlichen Konzept-Modulen vorgehalten werden.
 - a. Beschäftigungs- und mobilitätsfördernde Angebote sollten mehrmals täglich und therapeutische Angebote mit einer geringeren Häufigkeit durchgeführt werden.
 - b. Die Organisation und Durchführung von Heilmitteln sollte möglichst im Rahmen des Begleitangebots oder durch Therapeut*innen der Reha/Vorsorge erfolgen.
7. Angebote sollten an den individuellen Fähigkeiten, Krankheitsbildern und -stadien sowie an den Interessen der pflegebedürftigen Personen ausgerichtet sein, damit sie gefördert und Einschränkungen berücksichtigt werden können.
 - a. Gruppenangebote sollten, insbesondere bei pflegebedürftigen Personen mit Demenz, in möglichst kleinen Gruppen durchgeführt werden.
 - b. Es sollten auch Einzelangebote aus dem Bereich Beschäftigung und Mobilitätsförderung vorgehalten werden, die noch stärker individuelle Interessen und Fähigkeiten berücksichtigen.
8. Das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person sollte im Mittelpunkt stehen.
 - a. Der Vertrauensaufbau sollte besonders bei pflegebedürftigen Personen, die keine „Vorerfahrung“ mit Betreuungsangeboten oder eine andere Muttersprache haben sowie bei einer getrennten Unterbringung, besonders berücksichtigt werden.

- b. Bei Bedarf sollte der/die pflegende Angehörige einbezogen werden.
- 9. Die Kommunikation zu den Mitarbeitenden des Begleitangebotes sollte zuverlässig erfolgen.
 - a. Eine Ansprechperson sollte pflegenden Angehörigen bekannt sein.
 - b. Mitarbeitende der Pflegeeinrichtung sollten pflegenden Angehörigen proaktiv, regelmäßig und transparent über bspw. Inhalte des Begleitangebotes, Aktivitäten ihrer Angehörigen, Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person, Unterstützungsmöglichkeiten bei der Pflege etc. informieren.
 - c. Die Privatsphäre des Tandems sollte bei den Gesprächen berücksichtigt werden.
- 10. Die Mitarbeitenden des Begleitangebotes sollten im Umgang mit pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Personen freundlich und engagiert sein auf individuelle Bedürfnisse pflegebedürftiger Personen eingehen und sich gut mit der Situation des Tandems auskennen, über Fachwissen und Erfahrungen verfügen, um Pflegepersonen kompetent zu unterstützen.
- 11. In die Maßnahmenplanung sollten pflegebedürftige Personen partizipativ einbezogen werden. Hierfür ist ein „intensives Nachfragen“ durch die Mitarbeitenden des Begleitangebotes sowie ausreichend Zeit für die Gespräche notwendig.
- 12. Absprachen zur Versorgung und gemeinsam besprochene Ziele sollten zuverlässig eingehalten bzw. umgesetzt werden.
- 13. Die körperliche Pflege, die medizinische Versorgung sowie eine Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln der pflegebedürftigen Personen sollte für pflegende Angehörige ersichtlich und zuverlässig erfolgen.
- 14. Es sollte eine ausreichende Anzahl an Pflegekräften und Räumen in dem Begleitangebot vorgehalten werden.
- 15. Bei der Organisation der Tagespflege sollte eine gewisse Flexibilität möglich sein, sodass individuelle Wünsche des Tandems berücksichtigt werden können (flexible Nutzung/Nicht-Nutzung, flexible Bring- und Abholzeiten, „Essenswünsche“).
- 16. Die Kosten des Begleitangebotes sollten angemessen sein und den erbrachten (Pflege-)Leistungen entsprechen.
- 17. Die Finanzierbarkeit des Angebotes sollte ohne Einschränkung der zu Hause in Anspruch genommenen Unterstützungsleistungen gesichert sein.

Tandem-Angebote

- 18. Im Freizeitbereich/in Angeboten aus dem Modul „Rekreation“ wünschen sich die Befragten, insbesondere bei einer gemeinsamen Unterbringung, ein umfangreiches Angebot, das zu unterschiedlichen Tageszeiten, nachmittags, abends oder an den Wochenenden, flexibel in Anspruch genommen werden kann.
 - a. Die Angebote sollten unterschiedliche Interessen berücksichtigen, für pflegebedürftige Personen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen geeignet und gut organisiert sein.
- 19. Aus den Modulen „Information, Beratung, Anleitung und Schulung“ sowie „Deutung, Klärung und Bewältigung“ sollten Angebote entsprechend dem individuellen Bedarf bzw. den geäußerten Wünschen angeboten werden.
- 20. Einrichtungen sollten pflegende Angehörige über Angebote sowie Voraussetzungen der Teilnahme umfassend informieren und den Zugang zu Informationen erleichtern.
- 21. Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen sollten für pflegende Angehörige regelmäßig freie Zeiten im Behandlungs-/Therapieplan für Tandem-Angebote einplanen/berücksichtigen.
- 22. Es sollte eine ausreichende Anzahl an Personal zur Verfügung stehen, damit Tandem-Angebote durchgeführt werden können. Das Personal sollte dem Tandem freundlich und wertschätzend gegenüberstehen, für Fragen ansprechbar sein und

über die Pflegesituation und gemeinsame Erwartungen und Ziele an den Aufenthalt informiert sein.

23. Das Tandem sollte vor dem Aufenthalt genau über den mit der Unterbringungsform verbundenen Pflege-/Betreuungsaufwand und das Konzept (gemeinsame/getrennte Angebote) aufgeklärt werden.
24. Bei der Planung von gemeinsamen und getrennten Angeboten sollten die Wünsche des Tandems berücksichtigt werden.

Kontextfaktoren

25. Die strukturellen Voraussetzungen der Einrichtungen sollten hinsichtlich Unterbringung, Verpflegung und Umgebung verschiedene Standards erfüllen.
 - a. Die Einrichtung sollte barrierefrei sein.
 - b. Es sollte freies WLAN auf den Zimmern verfügbar sein.
 - c. Die Nutzung eines Schwimmbades und einer Sauna sollte möglich sein.
 - d. Der Essensraum sollte so konzipiert sein, dass eine ruhige Atmosphäre während der Mahlzeiten besteht.
 - e. Bei der Zimmervergabe sollten individuelle Bedürfnisse des Tandems durch die Pflegebeziehung, körperliche Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Person o. Ä. berücksichtigt werden.
 - f. Bei der Verpflegung sollten individuelle Bedarfe (vegetarisches Essen, ausreichend Mengen, abwechslungsreiches Essen) berücksichtigt werden. Getränke (Wasser, Kaffee) und evtl. kleine Essensangebote sollten neben den Hauptmahlzeiten ohne zusätzliche Kosten für das Tandem angeboten werden.
 - g. Bei einer getrennten Unterbringung sollte ein zuverlässiger Transfer durch die Einrichtung bereitgestellt und zu Beginn darüber informiert werden.
26. Es sollten immer mehrere Pflege-Tandems oder mindestens andere pflegende Angehörige zeitgleich vor Ort sein, die zur selben Zeit anreisen.
27. Die Versorgung (Essensversorgung/Tagesplanung) sowie die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Personen sollten während des Aufenthaltes überwiegend durch die Einrichtungen übernommen werden, damit pflegende Angehörige Verantwortung abgeben und sich erholen bzw. sich auf sich selbst konzentrieren können.
28. Der Zeitraum bis zur Beantragung einer weiteren Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme sollte nach dem individuellen Bedarf pflegender Angehöriger festgelegt werden. Über die Möglichkeiten sollte im Rahmen des Aufenthaltes informiert werden.

Nachsorge

29. Durch die Einrichtung sollte bereits während des Aufenthaltes der Übergang in die eigene Häuslichkeit mitgedacht und in den Angeboten berücksichtigt werden. Zudem sollte bei Bedarf eine Nachsorge in Form von Unterstützungsangeboten (Betreuung der pflegebedürftigen Person, Case Management für pflegende Angehörige etc.) oder Therapien für pflegende Angehörige, pflegebedürftige Personen oder das Tandem angebahnt werden.

ANHANG 15: T0- UND T1-FRAGEBÖGEN MODELLPROJEKT „CASE MANAGEMENT FÜR PFLE- GENDE ANGEHÖRIGE“

Schriftliche Befragung

Sehr geehrte pflegende Angehörige,
sehr geehrter pflegender Angehöriger,



vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen. Der Fragebogen wurde für eine Befragung im Rahmen des Verbundvorhabens „PuRpA: Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ von der Fachhochschule Bielefeld erstellt. Bei dieser Befragung interessiert uns, wie es Ihnen gesundheitlich geht und welche Auswirkungen die Pflegesituation auf Ihr Leben hat. Wenn Sie mehrere Personen pflegen, beziehen Sie sich beim Beantworten bitte auf die Person, die Sie am längsten pflegen. Alle Ihre Angaben bleiben anonym. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und hat keinerlei Auswirkungen auf die Unterstützung durch Ihren/Ihre Case Manager*in.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen mit dem frankierten Rückumschlag an die Fachhochschule Bielefeld, wenn Sie teilnehmen möchten. Damit die Befragung wirklich anonym bleibt, ergänzen Sie bitte keine Absender-Angaben.

Wenn Sie an einer zweiten Befragung 4 Wochen nach Ihrer Unterstützungsmaßnahme teilnehmen möchten, geben Sie im Abschlussgespräch mit Ihrem/Ihrer Case Manager*in bitte Ihr mündliches Einverständnis hierzu.

Für diesen ersten Fragebogen benötigen Sie ca. 10-15 Minuten Zeit. Bitte lassen Sie keine Frage aus, auch wenn Ihnen die Antwort schwerfallen sollte.

Wie ausfüllen?	stimmt <u>ge-</u> <u>nau</u>	stimmt <u>über-</u> <u>wiegend</u>	stimmt <u>ein</u> <u>wenig</u>	stimmt <u>nicht</u>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Anmerkungen vorab:

- In diesem Fragebogen wird die Begriffe „Case Management“ sowie „Case Manager*in“ verwendet. Hiermit ist die „Unterstützung“ sowie „der/die Berater*in“ gemeint, mit dem/der Sie im Austausch über Ihre Pflegesituation sind.
- Zudem wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.
- Im Fragebogen wird nur die männliche Form verwendet. Es versteht sich, dass auch das jeweils andere Geschlecht mit gemeint wird.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragen zur Unterstützung

1. Warum nehmen Sie die Leistungen des Case Managers in Anspruch?

- als Unterstützung für Ihren Pflegealltag
- als Unterstützung nach Ihrer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme

2. Haben Sie sich schon Gedanken darüber gemacht, in welchen Bereichen Sie sich Unterstützung von Ihrem Case Manager wünschen?

Ja, ich wünsche mir:

Nein, habe ich noch nicht.

Fragen zu Ihrer Pflegesituation

3. Seit wie vielen Jahren übernehmen Sie die häusliche Pflege?

_____ Jahr(en)

4. Erhalten Sie bei der Pflege Ihres Angehörigen noch weitere Unterstützung?

ja, nämlich:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Unter- stützung	Tagespflege	Ambulanter Pflegedienst	Familien- oder Bekannt- kreis	Sonstiges _____ _____ _____

nein, die Betreuung übernehme ich im Wesentlichen allein

5. In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Angehörigen? Sie sind ...

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Ehe-) Part- ner/in	Tochter/ Sohn	Mutter/ Vater	Schwieger- tochter/ -sohn	Sonstiges

6. Leben Sie in einem gemeinsamen Haushalt mit Ihrem Angehörigen?

ja nein

7. Auswirkungen der Pflege

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.

Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!

	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codierung:

F	B	M	P	2					
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

8. Beurteilung Ihres Wohlbefindens

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen ...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Soziale Unterstützung

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts („trifft genau zu“) würde beispielsweise bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz in der zweiten Spalte von links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
Ich finde ohne Weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkungen so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft genau zu
Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Ihrem Angehörigen

10. Welchen Pflegegrad hat Ihr Angehöriger?

Pflegegrad 0 Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

11. Was sind die medizinischen Gründe für die Pflegebedürftigkeit Ihres Angehörigen?

12. Wie alt ist Ihr pflegebedürftiger Angehöriger? _____ Jahre

13. Welches Geschlecht hat Ihr Angehöriger?

weiblich männlich

Fragen zu Ihrer Person

14. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

15. Welches Geschlecht haben Sie? weiblich männlich

16. Welchen Familienstand haben Sie?

verheiratet/zusammenlebend ledig geschieden verwitwet

17. Haben Sie neben der Betreuung Ihres Angehörigen noch andere Aufgaben? (*Mehrfachantworten sind möglich*)

- Ja, ich bin berufstätig mit ca. _____ Stunden pro Woche
- Ja, ich betreue noch meine eigenen Kinder
- Ja, ich pflege noch (eine) weitere Person/en
- Ja, Sonstiges, nämlich: _____
- Nein

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten vorfrankierten Briefumschlag und schicken diesen per Post an uns zurück. Bitte ergänzen Sie keine Absender-Angaben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Schriftliche Befragung zum Case Management



Sehr geehrte pflegende Angehörige,
sehr geehrter pflegender Angehöriger,

vielen Dank, dass Sie sich erneut die Zeit nehmen, einen Fragebogen auszufüllen.

Wir haben Sie bereits zu Beginn Ihrer Beratung und Unterstützung durch eine/n Case Manager*in mittels eines Fragebogens befragt. Heute interessieren uns Ihre Erfahrungen, die Sie mit dem Case Management gemacht haben, und wie es Ihnen aktuell gesundheitlich geht.

Alle Ihre Angaben bleiben anonym. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen mit dem frankierten Rückumschlag an die Fachhochschule Bielefeld, wenn Sie teilnehmen möchten. Damit die Befragung wirklich anonym bleibt, ergänzen Sie bitte keine Absender-Angaben.

Für diesen Fragebogen benötigen Sie ca. 15-20 Minuten Zeit.

Wie ausfüllen?	stimmt <u>genau</u>	stimmt <u>über- wiegend</u>	stimmt <u>ein- wenig</u>	stimmt <u>nicht</u>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Anmerkungen vorab:

- Im Fragebogen wird nur die männliche Form verwendet. Es versteht sich, dass auch das jeweils andere Geschlecht mit gemeint ist.
- In diesem Fragebogen werden die Begriffe „Case Management“ sowie „Case Manager“ verwendet. Hiermit sind die „Beratung und Unterstützung“ sowie „der Berater“ gemeint, mit dem/der Sie im Austausch über Ihre Pflegesituation sind.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

17. Auswirkungen der Pflege

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.

Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!

	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Beurteilung Ihres Wohlbefindens

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen ...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Soziale Unterstützung

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts („trifft genau zu“) würde beispielsweise bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz in der zweiten Spalte von links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
Ich finde ohne Weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkungen so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft genau zu
Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Rahmenbedingungen des Case Managements

Wie viele Wochen dauerte Ihr Case Management circa (vom ersten bis zum letzten Termin)? _____Wochen

Wie viele Termine hatten Sie insgesamt? _____Termine

Wie viele davon fanden **persönlich** (entweder in der Häuslichkeit oder im Beratungsbüro) statt? _____Termine

Wie empfanden Sie die **Anzahl der Besuche/Termine**, um Ihre persönliche Problemsituation zu besprechen und Lösungen zu finden?

Zu wenig Ausreichend Zu viel Weiß nicht

Wie war der **zeitliche Umfang** der Termine für Sie?

Zu wenig Zeit Ausreichend Zu viel Zeit Weiß nicht

War es notwendig, für einzelne oder alle Termine **eine Betreuung für Ihre/Ihren Angehörigen zu organisieren?**

Nein Ja Für wie viele Termine notwendig? _____

Wenn ja, konnten Sie die Organisation dieser Termine gut bewältigen?

Ja Nein Weiß nicht

War es einfach, am Case Management teilzunehmen?

Ja Nein Weiß nicht

Wie sind Sie auf das Case Management aufmerksam geworden?

22. Umsetzung des Case Managements					
Bitte setzen Sie hier <u>zwei</u> Kreuze, ein Kreuz im grauen, ein Kreuz im rosa Feld. Beachten Sie außerdem, dass im Folgenden in den rosa Feldern erfragt wird, wie wichtig Ihnen der jeweilige Aspekt war.	<i>Inwiefern treffen diese Aussagen zu?</i>			<i>Wie wichtig war/ist Ihnen das?</i>	
	trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht	wichtig	nicht wichtig
Der Case Manager...					
... hatte ausreichend Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich verständlich ausgedrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gab mir das Gefühl, mit ihm/ihr über wichtige Dinge sprechen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mich auf Augenhöhe in den Beratungs- und Unterstützungsprozess mit eingebunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kannte sich gut mit den Problemen und Herausforderungen pflegender Angehöriger aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist auf meine Fragen und Bedürfnisse eingegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat meine bisherigen Erfahrungen/Kompetenzen berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat meine persönlichen Lebensumstände berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... berücksichtigte mein soziales Umfeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mir geholfen, Ziele zu formulieren, die ich erreichen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Wirkung des Case Managements					
Bitte setzen Sie hier <u>zwei</u> Kreuze, ein Kreuz im grauen, ein Kreuz im rosa Feld. Beachten Sie außerdem, dass im Folgenden in den rosa Feldern erfragt wird, wie wichtig Ihnen der jeweilige Aspekt war. Die Teilnahme am Case Management hat mir geholfen...	Inwiefern treffen diese Aussagen zu?			Wie wichtig war/ist Ihnen das?	
	trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht	wichtig	nicht wichtig
... auf meine eigenen Bedürfnisse zu achten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich zwischendurch im Pflegealltag aktiv zu entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meinen Blick auf die positiven Dinge in meinem Leben zu lenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wieder bzw. mehr meinen eigenen Interessen nachzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Menschen zu benennen, die ich um Unterstützung bitten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... passende Entlastungs- und Unterstützungsangebote zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... regelmäßig etwas für meine Gesundheit zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mein Wohlbefinden zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... geeignete Hilfestellungen zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mein Wissen zu erweitern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Abschließende Bewertung des Case Managements

Wie gut sind die Inhalte des Case Managements in Ihren Alltag übertragbar?

Übertragbar

Eher übertragbar

Eher nicht übertragbar

Nicht übertragbar

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Beratung und Unterstützung durch Ihren Case Manager?

Zufrieden

Eher zufrieden

Eher unzufrieden

Unzufrieden

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

Was hätten Sie sich anders oder zusätzlich gewünscht?

Würden Sie das Case Management weiterempfehlen?

Ja

Nein, weil: _____

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigegeführten vorfrankierten Briefumschlag und schicken diesen per Post an uns zurück. Bitte ergänzen Sie keine Absender-Angaben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

ANHANG 16: INTERVIEW-LEITFADEN (CASE MANAGER*INNEN FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE)

Leitfadentwurf PuRpA 2: Interviews mit Case Manager*innen

Begrüßung und Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich heute Zeit für ein Gespräch mit mir zu Ihren Erfahrungen als Case Manager*in für pflegende Angehörige (CMpA), nehmen. Das Interview wird voraussichtlich etwa eine halbe Stunde dauern.

Selbstverständlich haben Sie die Freiheit zu entscheiden, ob und wie Sie auf einzelne Fragen antworten möchten. Sie können das Interview auch jederzeit unterbrechen oder beenden. Ich werde mich im Gespräch etwas zurückhalten und nur die Fragen stellen. Die Teilnahme ist freiwillig.

Wenn Sie einverstanden sind, würde ich das Gespräch gern auf Band aufzeichnen. Das Interview wird später abgeschrieben, anonymisiert und dann ausgewertet. Die Aussagen werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt. Das heißt Kontextfaktoren wie ihr Name, ihr Arbeitsort oder andere Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden gelöscht. Sie können Ihr Einverständnis auch im Nachhinein noch zurückziehen. Dann werden die erhobenen Daten wieder gelöscht. Die Tonaufnahme wird ausschließlich auf einem geschützten Laufwerk der Fachhochschule bis zum Abschluss der Auswertung gespeichert und nach der Auswertung vollständig gelöscht. Zugang zu der Verschriftlichung haben nur die Mitarbeiter*innen der Fachhochschule.

Ihre Aussagen helfen uns, das Rahmenkonzept zum Case Management für pflegende Angehörige zu verbessern, welches von der AW Kur und Erholung entwickelt wurde. Hierzu werden eventuell anonymisierte Zitate aus dem Interview genutzt.

Haben Sie zu diesen Dingen noch Fragen? [...] Wenn Sie einverstanden sind, starte ich nun die Aufnahme.

→ Start der Audioaufnahme

Validierung der Schulung

*Leitfrage/Erzählimpuls: Vor Beginn der Erprobungsphase haben Sie an einer Schulung zu Case Manager*innen für pflegende Angehörige teilgenommen. In wie fern hat Sie die Schulung auf die Durchführung des Case Managements vorbereitet?*

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> Wie haben Sie die Teilnahme an der Schulung Case Management für pflegende Angehörige erlebt? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie zufrieden sind Sie mit der Schulung? Was hat Ihnen gefehlt/hätten Sie sich anders gewünscht, um sich besser für die Umsetzung des CMpA vorbereitet zu fühlen?
CM-Vorerfahrung	<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie schon einmal an einer Case Management-Weiterbildung teilgenommen? 	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja; Welchen Zusatznutzen hatte die Schulung mit spezieller Ausrichtung für pflegende Angehörige?
Schulungsinhalte	<ul style="list-style-type: none"> Welche Schulungsinhalte waren für die Durchführung des CMpA für Sie besonders nützlich? <p>Pflichtinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wie sicher haben Sie sich in der Umsetzung der Pflichtinstrumente im CMpA gefühlt? 	<ul style="list-style-type: none"> Waren die Schulungsinhalte Ihrer Meinung nach übertragbar auf die Praxis/das CMpA? Gab es auch Inhalte, die Sie im Case Management nicht einbringen konnten? Wenn ja, warum? Glauben Sie, aus diesen nicht umgesetzten Inhalten dennoch einen persönlichen Nutzen für Ihre weitere berufliche Zukunft ziehen zu können? Gibt es Inhalte, die Ihnen für die Umsetzung des CMpA gefehlt haben? Wenn ja, welche? Wie gut hat Sie die Schulung auf die Anwendung der Pflichtinstrumente vorbereitet?
Schulungsmethoden	<ul style="list-style-type: none"> In den Schulungen wurden verschiedene Methoden zur Vermittlung der Inhalte genutzt. Wie hat Ihnen die Auswahl der Methoden gefallen? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie angebracht fanden Sie die gewählten Methoden für die Vermittlung der Inhalte? Welche anderen Methoden hätten Sie besser gefunden? Welche Methoden haben Ihnen am besten gefallen?
Durchführung/Organisation	<ul style="list-style-type: none"> Wie haben Sie die Organisation der Schulung empfunden? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie passend fanden Sie die eingeplante Zeit für die Vermittlung der Schulungsinhalte? Einige Schulungstermine fanden in Präsenz statt, andere, v.a. pandemiebedingt, digital. Wie haben Ihnen die Formate für die CMpA Schulung jeweils gefallen? Fanden Sie sie geeignet für die Vermittlung..?
Aufbau	<ul style="list-style-type: none"> Die Schulung war aufgeteilt in Basis-Module, Fresh-Up-Termine und Wahlmodule. Wie fanden Sie diesen Aufbau/die Aufteilung? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie haben Sie die zeitlichen Abstände und Zeitpunkte der einzelnen Schulungstermine empfunden?

Wahlmodule	<ul style="list-style-type: none"> An welchem Wahlmodul (Familienmoderation oder beim Pflegen gesund bleiben) haben Sie teilgenommen? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie hat Ihnen das Wahlmodul gefallen? Was konnten Sie aus dem Wahlmodul fürs Case Management mitnehmen?
Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> Würden Sie Kolleg*innen die Teilnahme an der Schulung weiterempfehlen? Wieso, bzw. wieso nicht? 	

Validierung des CMpA-Konzeptes

Leitfrage/Erzählimpuls: Wir kommen nun zu Ihren Erfahrungen mit der Umsetzung des Case Management für pflegende Angehörige. Bitte erzählen Sie doch einmal wie es Ihnen damit ergangen ist.

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Fälle	Anzahl Fälle Wie viele pflegende Angehörige haben das CMpA bei Ihnen angefangen (Intake)? Wie viele pflegende Angehörige haben das CMpA bei Ihnen abgeschlossen (Evaluation)? Zugang Wie verlief der Zugang zu ihren Fällen?	Anzahl Fälle Welche Rückmeldungen haben Sie von den pflegenden Angehörigen bei/zum Abbruch des CMpA erhalten? Zugang Konnten Sie Unterschiede bei verschiedenen Zugängen erkennen? Welche Zugänge haben Ihrer Meinung nach gut funktioniert? Welche weiteren Zugänge könnten Sie sich als sinnvoll vorstellen?
Konzeptrahmen (Ablauf CMpA)	Adaption Wie genau haben Sie sich bei der Durchführung des CMpAs am Konzeptrahmen orientiert? Zeitlicher Umfang Wie passend haben Sie den vorgegebenen zeitlichen Umfang empfunden?	Adaption Welche individuellen Anpassungen haben Sie in Bezug auf den Konzeptrahmen gemacht? Zeitlicher Umfang Wie angemessen fanden Sie den zeitlichen Umfang für die einzelnen CMpA-Phasen? Wie gut konnte man im Rahmen der geplanten Zeit die im Konzept geplanten Inhalte einbringen?

	<p>Organisation</p> <p>Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, damit das CMpA gut in der Praxis durchgeführt werden kann? (Zeit, Unterstützung der Vorgesetzten, ...)</p>	<p>Wie beurteilen Sie den zeitlichen Umfang, um eine Beziehung mit den pA aufbauen zu können?</p>
Pflichtinstrumente	<p>Wie konnten Sie die Pflichtinstrumente (FARBE-Fragebogen/Liste angenehmer Erlebnisse/soziale Netzwerkkarte/Unterstützungsplanung) im CMpA einbinden?</p>	<p>Haben Sie immer alle Pflichtinstrumente genutzt? Wenn nicht, wieso?</p> <p>Würden Sie die Pflichtinstrumente weiterhin in einem möglichen CMpA anwenden?</p> <p>Wie angebracht fanden Sie die Pflichtinstrumente zur Anwendung im CMpA?</p> <p>Wie war ihr Eindruck dazu, wie die pflegenden Angehörigen die Instrumente angenommen haben?</p> <p>Gab es Ihrer Erfahrung nach Verständnishürden für die pflegenden Angehörigen in Bezug auf die Instrumente? Falls ja, beschreiben Sie bitte Ihre Erfahrungen.</p>
Optionale Instrumente	<p>Im Rahmen der Schulung zur CMpA haben Sie auch einige optionale Instrumente kennengelernt. Welche optionalen Instrumente haben Sie im CMpA angewendet?</p>	<p>Wie haben Ihnen die angewandten optionalen Instrumente gefallen?</p> <p>Wie haben Sie entscheiden, welche Instrumente Sie anwenden?</p> <p>Würden Sie diese Instrumente ins Konzept aufnehmen?"</p> <p>Würden zusätzlich zu den optionalen und Pflichtinstrumenten Instrumente angewendet? Wenn ja, welche? Würden Sie diese Instrumente ins Konzept aufnehmen?</p>
Rollenverständnis	<p>Wie klar ist Ihnen die Rollendefinition als CMpA?</p> <p>Was sehen Sie als Ihre Hauptaufgabe im CMpA?</p>	<p>Wie gut ist es Ihnen gelungen, sich zu Ihren anderen Tätigkeitsfeldern abzugrenzen?</p> <p>Falls es Ihnen schwer gefallen ist, wie hätten Sie sich ggf. weitere Unterstützung gewünscht?</p>

Qualitätskriterien	<p>Wie ist es Ihnen aus Ihrer Sicht gelungen, sich an den Qualitätskriterien fürs CMpA zu orientieren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Was war ggf. schwierig? • Wie beurteilen Sie die Angemessenheit der ausgewählten Qualitätskriterien fürs CMpA? • Gibt es aus Ihrer Sicht Qualitätskriterien, die sie nicht für angemessen halten für das CMpA? Wenn ja, warum? • Bräuchten Sie ggf. noch weitere Kompetenzen, um die Qualitätskriterien umsetzen zu können? • Was sollte diesbezüglich ggf. noch in die Schulung zum CMpA aufgenommen werden? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> 1. zugehende, niedrigschwellige Beratung und Unterstützung 2. Lebensweltorientierung 3. Adressaten-/Zielgruppenorientierung 4. Ressourcenorientierung 5. Lösungsorientierung </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> 6. systemische Beratungsperspektive 7. Empowerment 8. Netzwerkorientierung 9. Partizipation 10. Einbindung präventiver und gesundheitsförderlicher Elemente </td> </tr> </table> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. zugehende, niedrigschwellige Beratung und Unterstützung 2. Lebensweltorientierung 3. Adressaten-/Zielgruppenorientierung 4. Ressourcenorientierung 5. Lösungsorientierung 	<ol style="list-style-type: none"> 6. systemische Beratungsperspektive 7. Empowerment 8. Netzwerkorientierung 9. Partizipation 10. Einbindung präventiver und gesundheitsförderlicher Elemente
<ol style="list-style-type: none"> 1. zugehende, niedrigschwellige Beratung und Unterstützung 2. Lebensweltorientierung 3. Adressaten-/Zielgruppenorientierung 4. Ressourcenorientierung 5. Lösungsorientierung 	<ol style="list-style-type: none"> 6. systemische Beratungsperspektive 7. Empowerment 8. Netzwerkorientierung 9. Partizipation 10. Einbindung präventiver und gesundheitsförderlicher Elemente 			
Wirkungstendenzen	<p>Wie gut ist CMpA (mit Ablauf, Inhalten etc.) ihrer Meinung/Erfahrung nach geeignet, um die Ziele der pAs zu erreichen? (Wieso?)</p> <p>Wie würden Sie die „Wirkung“ des CMpAs für die pAs einschätzen? (Stärkung des Wohlbefindens, der sozialen Unterstützung und der psychischen Gesundheit)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Welche positiven/negativen Auswirkungen haben Sie bei den pA bemerkt, die Sie dem CMpA zuschreiben würden? 		
Allgemein	<p>Würden Sie das Case Management für pflegende Angehörige gerne weiter anbieten?</p>	<p>Welche Faktoren erleichtern oder vereinfachen die Durchführung des CMpAs?</p>		
Abschlussfrage	<p>Haben Sie Verbesserungsvorschläge?</p>	<p>Welche Änderungen würden Sie für das Konzept Case Management für pflegende Angehörige vorschlagen?</p>		

→ Ende der Audioaufnahme

ANHANG 17: INTERVIEW-LEITFADEN (PFLEGENDE ANGEHÖRIGE)

Leitfaden PuRpA 2: Interviews mit pflegenden Angehörigen

Begrüßung und Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich heute Zeit für ein Gespräch mit mir zu Ihrer Teilnahme am Case Management für pflegende Angehörige (CMpA), nehmen. Im Mittelpunkt stehen Ihr Erleben, Ihre Erfahrungen und Ihre Ansichten in Bezug auf das Case Management für pflegende Angehörige, an dem Sie teilgenommen haben. Das Interview wird voraussichtlich eine halbe Stunde dauern. Selbstverständlich haben Sie die Freiheit zu entscheiden, ob und wie Sie auf einzelne Fragen antworten möchten. Sie können das Interview auch jederzeit unterbrechen oder beenden. Ich werde mich im Gespräch etwas zurückhalten und nur die Fragen stellen. Die Teilnahme ist freiwillig.

Wenn Sie einverstanden sind, würde ich das Gespräch gern auf Band aufzeichnen. Das Interview wird später abgeschrieben, anonymisiert und dann ausgewertet. Die Aussagen werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt. Das heißt, Ihr Name wird nicht genannt und alle Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden gelöscht. Sie können Ihr Einverständnis auch im Nachhinein noch zurückziehen. Dann werden die erhobenen Daten wieder gelöscht. Die Tonaufnahme wird ausschließlich auf einem geschützten Laufwerk der Fachhochschule bis zum Abschluss der Auswertung gespeichert und nach der Auswertung vollständig gelöscht. Zugang zu der Verschriftlichung haben nur die Mitarbeiter*innen der Fachhochschule – also auch nicht der/die Case Manager*in, der/die Sie in den letzten Wochen begleitet und unterstützt hat.

Ihre Aussagen helfen uns, das Rahmenkonzept zum Case Management für pflegende Angehörige zu verbessern, welches von der AW Kur und Erholung entwickelt wurde. Hierzu werden eventuell anonymisierte Zitate aus dem Interview genutzt.

Nach dem Interview, wenn das Tonband wieder aus ist, würde ich gerne noch ein paar Dinge zu Ihnen und Ihrem Angehörigen fragen, z. B. Ihr Alter, den Pflegegrad Ihres Angehörigen und wie lange Sie schon pflegen. Das sind für uns immer ganz wichtige Informationen.

(Alter, Geschlecht, Familienstand, Kinder/Alter der Kinder, berufliche Tätigkeit/Arbeitszeit pro Woche, Dauer der pflegenden Tätigkeit/durchschnittlicher Zeitaufwand pro Tag, Gesundheitszustand/Erkrankung, Verhältnis zum pB/gemeinsamer/getrennter Haushalt)

(Pflegebedürftige Person: Familienzugehörigkeit, Alter, Geschlecht, Familienstand, Dauer der Pflegebedürftigkeit, Pflegegrad, Gesundheitszustand/Erkrankung, bisherige Nutzung von Entlastungsangeboten/KZP)

Haben Sie zu diesen Dingen noch Fragen? [...] Wenn Sie einverstanden sind, starte ich nun die Aufnahme.

→ Start der Audioaufnahme

Zugang – Motivation und Organisation

Leitfrage/Erzählimpuls: Zu Beginn des Gesprächs bitte ich Sie, sich an Ihre Teilnahme am Case Management zurückzuerinnern. Warum haben Sie sich für die Teilnahme am Case Management entschieden?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Zugang	<ul style="list-style-type: none"> Wie sind Sie auf das Case Management aufmerksam geworden? Wie haben Sie die Anmeldung zum Case Management erlebt? 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Informationen genau haben Sie erhalten? Wie haben Sie die Kontaktaufnahme empfunden? War es leicht oder eher schwierig?
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> Wie war das Case Management organisiert? Waren sie damit zufrieden? 	<ul style="list-style-type: none"> Was hat Ihnen besonders gut gefallen? Was könnten wir besser machen?
Motivation, Vorteile, Bedenken, Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> Was hat Ihre Bereitschaft zur Teilnahme gefördert? Welche Vorteile haben Sie (vielleicht) für sich gesehen? Was haben Sie sich von dem Angebot versprochen? 	<ul style="list-style-type: none"> Was hat Ihnen an dieser Möglichkeit/diesem Angebot gefallen? Was war Ihr Ansporn? Was war für Ihre Entscheidung ausschlaggebend? Was haben Sie (vielleicht) zunächst als positiv bei dieser Möglichkeit/diesem Angebot wahrgenommen? Welche Bedenken hatten Sie vielleicht vorher? Was genau haben Sie gehofft, könnten Sie durch die Teilnahme erreichen? Wie leicht oder schwer ist Ihnen die Entscheidung gefallen, dieses Angebot anzunehmen?
<ul style="list-style-type: none"> Kontextfaktoren 	<ul style="list-style-type: none"> Wo haben die Termine stattgefunden? Wie haben Sie den Umfang der Maßnahme empfunden? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie viele Termine fanden bei Ihnen zu Hause statt? Wo die anderen Termine? Wie viele Termine haben Sie insgesamt wahrgenommen? War der Umfang für Sie passend?
<ul style="list-style-type: none"> Betreuungsbedarf des/der Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> Falls notwendig; wie wurde ihr Angehöriger während der Termine betreut? 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Unterstützung hätten Sie sich ggf. bzgl. der Betreuungsorganisation Ihres Angehörigen gewünscht?

Erfahrungen mit dem Case Management

Leitfrage/Erzählimpuls: Wir kommen nun zu Ihren Erfahrungen mit dem Case Management für pflegende Angehörige. Bitte erzählen Sie doch einmal wie es Ihnen damit ergangen ist.

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Subjektives Erleben	Wie haben Sie ihr Case Management wahrgenommen? Wie haben Sie die Begleitung durch den/die CMpA empfunden?	Wie gut haben Sie sich bei Ihrem/ Ihrer Case Manager*in aufgehoben gefühlt? Wie haben Sie die Unterstützung erlebt? Welche Themen spielten eine Rolle?
Partizipation	Wie wurden Ihre Wünsche mit in den Unterstützungsprozess einbezogen? Wie erfolgte die Bestimmung dessen was Sie persönlich erreichen wollten (wie wurden Ihre Ziele festgelegt)? Waren die Ziele für Sie immer deutlich?	Wie genau wurde vorgegangen? Wenn nicht auf Ihre Wünsche eingegangen wurde, woran lag das Ihrer Meinung nach? Was hätten Sie ggf. gebraucht, um klare Ziele zu erkennen (und zu formulieren)?
Lebensweltorientierung und soziale Unterstützung	Wie hat der/die CMpA Ihre Lebensumstände berücksichtigt? Wie sehr ist der/die CMpA auf ihr soziales Umfeld eingegangen? Wie hat der/die CMpA Ihr Umfeld mit einbezogen in die Beratung?	Wie hat der/die CMpA z. B. berücksichtigt, ob sie noch berufstätig sind, eigene gesundheitliche Probleme haben oder weitere Verantwortungen übernehmen? Wie wurden Personen in Ihrem Leben, durch die Sie Unterstützung erfahren, einbezogen?

**Persönliche Bewertung
(Qualitätsaspekt, subjektiver Nutzen)**

In der Beratung kamen verschiedene Materialien zum Einsatz. Welche davon sind Ihnen noch in Erinnerung?

Welche Maßnahmen/Übungen, die der/die Case Manager*in mit Ihnen durchgeführt hat, sind Ihnen in Erinnerung geblieben?

Wie haben Sie diese Angebote empfunden?

Wie hilfreich haben Sie diese Materialien empfunden? Gab es Materialien, die für Sie besonders nützlich waren?

Konnten Sie für sich etwas mitnehmen? Was hat sich dadurch geändert?

Was hat Ihnen besonders gut gefallen? Was nicht so?

Woran lag das, wenn Ihnen eine Maßnahme nicht gefallen hat? Was war das Problem?

"Checkliste"

- FARBE
- soziale Netzwerkkarte
- Liste angenehmer Erlebnisse
- Unterstützungsplanung

subjektiver Nutzen/Auswirkung auf das Wohlbefinden

Leitfrage/Erzählimpuls: Was haben Sie aus der Case Management-Beratung für sich mitgenommen?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Veränderungen (Wissen, Handlungsfähigkeit, Stressbewältigung, Wohlbefinden, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Hat das Case Management noch irgendeine Nachwirkung für Sie? • Was haben Sie gelernt oder erfahren? Was davon ist für Ihren Alltag wichtig? • Haben Sie Ihre gesetzten Ziele erreicht? 	<ul style="list-style-type: none"> • Was war nachher (vielleicht) anders als vorher? (Auszeiten, Freizeitaktivitäten, Hilfe annehmen...) • Wie würden Sie die Auswirkungen dieser Veränderungen beschreiben? • Haben Sie ggf. Ihre Ziele im Laufe der Beratung angepasst? Was genau haben Sie erreicht? Wie wertvoll ist es für Sie diese Ziele erreicht zu haben? • Wenn Ziele nicht erreicht wurden, was war der/die Gründe?
Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Veränderungen in Bezug auf Ihr Wohlbefinden? Falls ja, welche? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie genau hat sich Ihr Wohlbefinden verändert? • Wie hat sich z. B. Ihre Stimmung verändert? • Wodurch wurde ihr Wohlbefinden verändert (z. B. Auszeiten organisieren, Dinge nur für sich tun o.ä.?)

[Nachsorgebaustein]

Leitfrage/Erzählimpuls: Sie haben vor ihrer Teilnahme am Case Management an einer Rehabilitations- oder Vorsorgeintervention teilgenommen. Wie haben Sie sich durchs Case Management in Ihren Therapiezielen/der Nachsorge unterstützt gefühlt? [nur fragen, wenn schon bekannt ist, dass Reha-/Vorsorgemaßnahme durchgeführt wurde]

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Nachsorgebaustein	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde ihre vorherige Rehabilitations- oder Vorsorge-Maßnahme im Case Management berücksichtigt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie haben Sie diese Berücksichtigung empfunden?

Hinweise auf eine Weiterentwicklung

Leitfrage/Erzählimpuls: Welchen Rat für Verbesserungen würden Sie geben? Was müsste man noch bedenken?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Persönliche Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Was müsste Ihrer Ansicht nach in der Zukunft noch bedacht werden? • Würden sie sich rückblickend in Bezug auf das CM anders entscheiden? • Würden Sie die Maßnahme anderen weiterempfehlen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Was sollten wir unbedingt so lassen? • Was genau sollten wir ggf. anders machen?

→ Ende der Audioaufnahme

Soziodemografische Daten (Vorlage folgt)

- ➔ (Alter, Geschlecht, Familienstand, Kinder/Alter der Kinder, berufliche Tätigkeit/Arbeitszeit pro Woche, Dauer der pflegenden Tätigkeit/durchschnittlicher Zeitaufwand pro Tag, Gesundheitszustand/Erkrankung, Verhältnis zum pB/gemeinsamer/getrennter Haushalt)
- ➔ (Pflegebedürftige Person: Familienzugehörigkeit, Alter, Geschlecht, Familienstand, Dauer der Pflegebedürftigkeit, Pflegegrad, Gesundheitszustand/Erkrankung, bisherige Nutzung von Entlastungsangeboten/KZP)

Interviewabschluss:

Nun sind wir am Ende des Interviews angelangt. Gibt es noch Themen, die Sie gern noch ansprechen möchten, über die wir bisher noch nicht gesprochen haben?

Vielen Dank für das Interview (Hinweis auf das Dankeschön).

ANHANG 18: GELINGENSBEDINGUNGEN (CASE MANAGER*INNEN-PERSPEKTIVE)

<p><i>Aufwand/Rahmenbedingungen</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die folgenden Ressourcen müssen zur Verfügung stehen, um das CMpA inkl. Vor- und Nachbereitungen gut umsetzen zu können: <ol style="list-style-type: none"> a. Zeit b. Flexibilität c. übersichtliche Methodensammlung (z. B. Dokumentenmappe o.ä.) d. designierter Raum e. Finanzierung 2. Die Dokumentation sollte so niedrigschwellig und minimal wie möglich gestaltet sein, aber Raum für individuelle Bemerkungen lassen. 3. Es muss möglich sein, neben seinen Alltagstätigkeiten ausreichend Routine und Erfahrung im CMpA zu sammeln – andernfalls wird es als sinnvoller angesehen, CMpA hauptamtlich, ohne Nebentätigkeit (bezogen auf Alltagstätigkeit, nicht Nebenjobs), durchzuführen oder bei Personen mit einer (Alltags-)Rolle, die viele Berührungspunkte mit dem CMpA hat. 4. Die Sammlung an Instrumenten und Materialien sollten möglichst übersichtlich aufbereitet sein, um die Auswahl effizient zu gestalten.
<p><i>Qualitätskriterien</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Die 10 Qualitätskriterien des Konzeptes sind integraler Bestandteil des CMpA und sollten bedarfsgerecht bei der Umsetzung berücksichtigt bzw. angewandt werden. 6. Im Hinblick auf die Qualitätskriterien ist wichtig, als CMpA bereit zu sein, sich kontinuierlich fortzubilden und seine Kompetenzen und Kenntnisse nutzer*innenorientiert zu erweitern. 7. Zusätzlich zur Weiterbildung wird das Gelingen der Umsetzung der Qualitätskriterien mit der Möglichkeit sich austauschen zu können in Verbindung gebracht. 8. Die Berücksichtigung des Qualitätskriteriums „Empowerment“ kann je nach ursprünglicher Beratungspraxis herausfordernd sein und erfordert daher ggf. Umdenken.

<p><i>Pflichtinstrumente</i></p>	<p>9. Übung und Routine im Umgang mit den Instrumenten ist wichtig für den sicheren Einsatz in den Beratungs- und Unterstützungssituationen.</p> <p>10. Der Einsatz der Pflichtinstrumente kann im CmpA dabei helfen, die Termine zu strukturieren und Ziele festzulegen.</p> <p>11. Der Einsatz der Pflichtinstrumente sollte nicht verpflichtend sein, sondern individuell eingeschätzt werden.</p>
<p><i>optionale Instrumente</i></p>	<p>12. Die Auswahl oder Entscheidung, ob und welche optionalen Instrumente zum Einsatz kommen, sollte individuell abgewägt werden.</p> <p>13. Zusätzlich zu bekannten Methoden kann es sinnvoll sein, ggf. lokale Angebote für Interventionen anzubieten oder einzubeziehen.</p> <p>14. Je nach Bedarf und vorherigen Erfahrungen der pA, ist es teilweise nicht sinnvoll, weitere Entspannungsübungen zu vermitteln. Stattdessen sollte fokussiert werden, wie bereits Erlerntes nachhaltig im Alltag eingebunden werden kann.</p> <p>15. Die optionalen Instrumente können vielfältige Möglichkeiten bieten, individuell auf die Belastungssituation der pA eingehen zu können.</p>
<p><i>Ablauf- und Phasenplan</i></p>	<p>16. Der Ablauf- und Phasenplan kann im CmpA als stützender Leitfaden gewinnbringend sein. Individuelle Anpassungen müssen jedoch nutzer*innenorientiert individuell möglich sein.</p> <p>17. Der zeitliche Rahmen der einzelnen Termine sollte ebenfalls nutzer*innenorientiert angepasst werden können, allerdings sollten zu lange Termine (max. 2 Stunden) nicht überschritten werden. Zeitliche Einschränkungen, z. B. durch Folgetermine, sollten vorab mit den pA kommuniziert werden.</p> <p>18. Es wird empfohlen, nicht für jeden Termin neue Ziele zu setzen, sondern ein übergreifendes Ziel zu formulieren, auf welches in den Terminen hingearbeitet werden kann und welches auch als Indikator für die Beendigung des CmpA-Prozess dient.</p> <p>19. Die zeitlichen Abstände zwischen den Phasen bzw. Terminen sollten nicht terminiert, sondern individuell planbar sein.</p>

<p><i>Rollendefinition/CM-Funktionen</i></p>	<p>20. CMpA kann v.a. dann gelingen, wenn pA holistisch betreut bzw. CM-Funktionen in Gänze eingebunden werden, indem neben der entlastenden Beratung im Sinne der sozialen Unterstützerrolle situationsbedingt auch die Rollen Advocate, Gate-Keeper und Broker eingenommen werden.</p>
<p><i>Vor- und Nachsorge</i></p>	<p>21. Die CMpA benötigen ausreichende Kenntnisse und Kompetenzen im Bereich der Vor- und Nachsorge um die CMpA-Fälle in diesem Bereich erfolgreich koordinieren und steuern zu können.</p> <p>22. Um Versorgungsabbrüche zu vermeiden und Fälle identifizieren zu können, für die eine Unterstützung im Bereich der Vor- und Nachsorge notwendig ist, muss die sektorenübergreifende Arbeit der CMpAs besonders an den Nahtstellen zu Vor- und Nachsorgestrukturen optimiert werden.</p> <p>23. Durch gezielte Kommunikation mit den Vor- und Nachsorgestrukturen oder mit den pA, muss explizit geklärt werden, welche Themen aus der Vor- oder Nachsorge unterstützend durchs CMpA im Alltag gefestigt werden sollen.</p>
<p><i>Weitere Gelingensbedingungen</i></p>	<p>24. Praxiserfahrung und Routine in der Umsetzung des CMpA kann für Sicherheit und ein erfolgreicherer CMpA beitragen.</p> <p>25. Regelmäßige Supervision oder interkollegiale Austauschmöglichkeiten sind Möglichkeiten für die CMpA mehr Sicherheit in der Umsetzung zu gewinnen.</p> <p>26. Um viele pA unterstützen zu können, ist Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkarbeit von große Bedeutung.</p> <p>27. Bereits zu Beginn des CMpA-Prozesses sollte den pA kommuniziert oder vermittelt werden, dass der Blickwinkel auf ihnen und ihren Bedarfen liegen wird.</p> <p>28. Die konkrete inhaltliche Ausrichtung des Blickwinkels oder der Einstellung sollte dabei nutzer*innenorientiert festgelegt werden.</p> <p>29. CMpA sollte nicht nur eine kurzfristige Unterstützung, sondern eine längerfristige nachhaltige Begleitung sein.</p>