

Anhang 3:

Bericht aus Lehre und Forschung Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige – Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer*in- nenorientierter Versorgungskonzepte



BERICHT AUS LEHRE UND FORSCHUNG

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

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

Dezember 2023

Berichte aus Lehre und Forschung

Nr. 55

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

Herausgeber

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

Projektförderung



Copyright

Hochschule Bielefeld, Dezember 2023

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

ISSN 1433-4461



ZUSAMMENFASSUNG

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

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

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

Der vorliegende Bericht skizziert das Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung der drei Modellprojekte hinsichtlich der Konzeptentwicklung, die sich vor allem auf Scoping Reviews und Fokusgruppen stützte. Schwerpunktmäßig 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	15
2.1 Pflegende Angehörige	15
2.2 Pflegebedürftige	16
2.3 Belastungen pflegender Angehöriger	17
2.4 Literatur	19
3. Methodischer Überbau	21
3.1 Medical Research Council Guidance – MRC-Modell	22
3.2 Nutzer*innenorientierung	23
3.3 Konzeptentwicklung und Validierung I	24
3.4 Konzepterprobung und Validierung II	26
3.4.1 Fragebogenerhebungen	26
3.4.2 Leitfadengestützte Interviews	27
3.4.3 Ergänzende Schritte zur Validierung	29
3.5 Literatur	30
4. Modellprojekt: „Konzeptentwicklung Stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“	32
4.1 Projektbeschreibung	32
4.2 Zielsetzung und Fragestellung	32
4.3 Konzeptentwicklung	34
4.4 Konzeptvalidierung	45
4.4.1 Methodisches Vorgehen	45
4.4.2 Ergebnisse	50
4.4.2.1 Stichprobenbeschreibung	50
4.4.2.2 Zugang	54
4.4.2.3 Gestaltung des Aufenthaltes	61
4.4.2.4 Therapeutisches Angebot	66
4.4.2.5 Nachhaltigkeit und subjektiver Nutzen	81
4.4.2.6 Abschließende Bewertung	97
4.5 Diskussion	99
4.6 Fazit	104
4.7 Literatur	106

5.	Modellprojekt: „Konzeptentwicklung Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen“	108
5.1	Projektbeschreibung	108
5.2	Zielsetzung und Fragestellung	109
5.3	Konzeptentwicklung	111
5.4	Konzeptvalidierung	120
5.4.1	Methodisches Vorgehen	120
5.4.2	Ergebnisse	124
5.4.2.1	Stichprobenbeschreibung	124
5.4.2.2	Zugang zu Begleitangeboten (Gelingensbedingungen)	127
5.4.2.3	Gelingensbedingungen für ein nutzer*innenorientiertes Begleitangebot	132
5.4.2.4	Gelingensbedingungen für nutzer*innenorientierte Tandem- bzw. Interaktionsangebote	144
5.4.2.5	Gelingensbedingungen der Kontextfaktoren	153
5.4.2.6	Subjektive Bewertung und Nutzen eines gemeinsamen Aufenthaltes	155
5.5	Diskussion	163
5.6	Fazit	169
5.7	Literatur	170
6.	Modellprojekt: „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“	173
6.1	Projektbeschreibung	173
6.2	Zielsetzung und Fragestellung	174
6.3	Konzeptentwicklung	175
6.3.1	Scoping Review	175
6.3.2	Fokusgruppen	181
6.4	Validierung	182
6.4.1	Methodik	182
6.4.2	Ergebnisse	184
6.4.2.1	Stichprobenbeschreibung	184
6.4.2.2	Zugang	187
6.4.2.3	Organisation	187
6.4.2.4	Durchführung	188
6.4.2.5	Bewertung	195
6.4.2.6	Herausforderungen bei der Umsetzung (CMpA-Interviews)	202
6.4.2.7	Gelingensbedingungen	203
6.5	Diskussion	205
6.6	Fazit	210
6.7	Literatur	211
7.	Konsequenzen für eine nutzer*innenorientierte Gestaltung von Unterstützungsangeboten	214
8.	Implikationen	218
	Anhang	220

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Suchstrategie: Modellprojekt Stationäre Vorsorge und Rehabilitation	35
Tab. 2: Bedarfe pflegender Angehöriger hinsichtlich stationärer Vorsorge und Rehabilitation	38
Tab. 3: Spektrum kooperierender Vorsorge- und Rehabilitationskliniken.....	45
Tab. 4: Interpretation des HPS-k-Summenwertes (DEGAM, 2014, S. 89)	48
Tab. 5: Datenaufbereitung: Bereinigte Stichproben.....	49
Tab. 6: Stichprobenbeschreibung: Fragebogenerhebung zum Zeitpunkt t0	51
Tab. 7: Stichprobenbeschreibung: Qualitative Interviews nach der stationären Maßnahme	52
Tab. 8: Selbstwirksamkeit, Belastungen und Lebensqualität pflegender Angehöriger.....	82
Tab. 9: Suchbegriffe/Literaturrecherche Datenbank PubMed	111
Tab. 10: Zusammenfassung der Bedarfe und Gelingensbedingungen pflegebedürftiger Personen und pflegender Angehöriger hinsichtlich eines Begleitangebots mit Interventionen zur Verbesserung der Beziehung/Interaktion	116
Tab. 11: Soziodemografische Beschreibung der t0-Stichprobe	125
Tab. 12: Stichprobenbeschreibung der Interviewteilnehmer*innen/pflegende Angehörige (n = 10)	126
Tab. 13: Stichprobenbeschreibung der Interviewteilnehmer*innen/pflegebedürftige Personen (n = 2)	127
Tab. 14: Ergebnisse des Assessments - Summenskalen zu den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Selbstversorgung.....	158
Tab. 15: Ergebnisse des SCQ (t0/t1)	159
Tab. 16: Ergebnisse des SF-12 (t0/t1)	162
Tab. 17: sekundäre Forschungsfragen der Interviews mit Case Manager*innen für pflegende Angehörige.....	175
Tab. 18: Beispiel Suchstrategie	176
Tab. 19: Soziodemografische Daten der Interviewteilnehmenden (n = 3)	185
Tab. 20: F-SozU Vorher-nachher Analyse auf Einzelfallbasis (n = 10 von 11)	199
Tab. 21: Alter und Geschlecht der befragten Gäste (n = 10 von 11)	201
Tab. 22: Gelingensbedingungen aus Nutzer*innenperspektive nach Kategorie	203

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart (Destatis, 2022).....	17
Abb. 2: Zeitlicher Ablauf: Wissenschaftliche Begleitung im Verbundvorhaben PuRpA.....	21
Abb. 3: Medical Research Council Guidance: Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (modifiziert nach Craig et al., 2008).....	23
Abb. 4: Schematischer Ablauf der Fragebogenerhebung.....	27
Abb. 5: Schritte der Fokussierten Interviewanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2020).....	28
Abb. 6: Flussdiagramm zur Studienauswahl nach Tricco et al., 2018.....	36
Abb. 7: Bewertungsskala der CSES-8.....	47
Abb. 8: Schaubild Kategorien von Gelingensbedingungen.....	50
Abb. 9: Wie wichtig war Ihnen das?: Informationen zu Unterbringungsmöglichkeiten der pflegebedürftigen Person.....	58
Abb. 10: Gelingensbedingungen: Zugang zu stationärer Vorsorge und Rehabilitation.....	60
Abb. 11: Wie wichtig war Ihnen das?: Zeitgleiche Anwesenheit anderer pflegender Angehöriger und Möglichkeiten, miteinander ins Gespräch zu kommen.....	62
Abb. 12: Gelingensbedingungen: Gestaltung des Aufenthaltes.....	65
Abb. 13: Wie wichtig war Ihnen das?: Erlernen von Selbstfürsorge, Möglichkeit, über Ängste und Sorgen zu sprechen, und Einzelgespräche mit Psycholog*innen.....	67
Abb. 14: Wie wichtig war Ihnen das?: Sozialberatung mit spezifischen Themen und Erläuterungen zu Unterstützung im Alltag.....	69
Abb. 15: Wie wichtig war Ihnen das?: Beispiele aus dem Alltag pflegender Angehöriger und Wissensvermittlung mit praktischen Beispielen und Übungen.....	71
Abb. 16: Wie wichtig war Ihnen das?: Kompetenz/Wissen der Mitarbeitenden hinsichtlich der Situation pflegender Angehöriger.....	78
Abb. 17: Gelingensbedingungen: therapeutisches Angebot.....	80
Abb. 18: Wie wichtig war Ihnen das?: Vorbereitung auf die Zeit nach der Maßnahme.....	82
Abb. 19: CSES-8: Einschätzung der Zuversichtlichkeit.....	83
Abb. 20: HPS-k: Belastungen durch die häusliche Pflege.....	84
Abb. 21: SF-12: Gesundheitsbezogene Lebensqualität pflegender Angehöriger in der Vorsorge...85	
Abb. 22: SF-12: Gesundheitsbezogene Lebensqualität pflegender Angehöriger in der Rehabilitation.....	85
Abb. 23: Komponenten subjektiven Nutzens stationärer Angebote.....	87
Abb. 24: Subjektiver Nutzen: Wahrnehmung eigener Bedürfnisse.....	88
Abb. 25: Subjektiver Nutzen: Unternehmen von Dingen, die Freude bereiten.....	88
Abb. 26: Subjektiver Nutzen: Bewegung im Alltag.....	90
Abb. 27: Subjektiver Nutzen: Anwendung von Entspannungstechniken.....	92

Abb. 28: Subjektiver Nutzen: Gelassenheit im Umgang mit der pflegebedürftigen Person.....	92
Abb. 29: Subjektiver Nutzen: Pflegen sozialer Kontakte	93
Abb. 30: Subjektiver Nutzen: Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen.....	94
Abb. 31: Subjektiver Nutzen: Aktive Suche nach Lösungen.....	94
Abb. 32: Gelingensbedingungen: Nachhaltigkeit und subjektiver Nutzen.....	97
Abb. 33: Abschließende Bewertung: Zufriedenheit mit dem Aufenthalt	98
Abb. 34: Flussdiagramm nach Elm et al. 2019	113
Abb. 35: Vorbereitung auf die Reha/Vorsorge: Wichtigkeit	130
Abb. 36: Gelingensbedingungen: Zugang zu Begleitangeboten.....	131
Abb. 37: Gelingensbedingungen: Angebote des Begleitangebotes.....	134
Abb. 38: Gelingensbedingungen: Betreuung/Versorgung im Rahmen des Begleitangebotes.....	139
Abb. 39: Gelingensbedingungen: Rahmenbedingungen des Begleitangebotes	142
Abb. 40: Gelingensbedingungen Begleitangebot	143
Abb. 41: Gründe gegen die Inanspruchnahme	144
Abb. 42: Gelingensbedingungen: Tandem-Angebote	148
Abb. 43: Gelingensbedingungen: Rahmenbedingungen der Tandem– bzw. Interaktionsangebote	149
Abb. 44: Gemeinsam genutzte Angebote	150
Abb. 45: Gelingensbedingungen: Verhältnis von Nähe und Distanz.....	151
Abb. 46: Gelingensbedingungen Tandem- bzw. Interaktionsangebote	152
Abb. 47: Gelingensbedingungen: Kontextfaktoren	155
Abb. 48: Bewertung Begleitangebot.....	155
Abb. 49: Selbstentwickelte Fragen nach Kaluza (2015)	160
Abb. 50: Gelingensbedingungen: Kontextfaktoren	163
Abb. 51: Übersicht zum Verlauf des Modellprojekts (eig. Darstellung).....	174
Abb. 52: Flussdiagramm zur Studienauswahl (eig. Abb. nach Tricco et al., 2018).....	177
Abb. 53: Themen des CMpA und wahrgenommene Veränderungen durch das CMpA (n = 11 von 11)	191
Abb. 54: t1-Freitextantworten – Was hat Ihnen besonders gut gefallen? (n = 11 von 11).....	197
Abb. 55: Wahrgenommene Wirkungstendenzen (n = 11 von 11).....	199
Abb. 56: Diagramm Alltagsübertragbarkeit t1 (n = 11 von 11)	200
Abb. 57: Übergeordnetes, mehrdimensionales Modell: Nutzer*innenorientierte Entlastung pflegender Angehöriger	215

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. Pflegende 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). Pflegende Angehörige in Deutschland weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf als Personen, die nicht pflegen (Rothgang & Müller, 2018). Dies zeigte sich z. B. in Bezug auf psychische Leiden. Rothgang & Müller (2018) gehen davon aus, dass bei pflegenden Angehörigen, die die Hauptpflege übernehmen, ein erhöhtes Depressionsrisiko besteht. Die Gesundheit der Pflegenden hat allerdings einen entscheidenden Einfluss darauf, ob die häusliche Pflege aufrechterhalten und die pflegebedürftige Person auch zukünftig zu Hause versorgt werden kann (Wang et al., 2022).

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

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

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

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

Die Projekte hatten zum Ziel, praxis- und wissensbasierte Rahmenkonzepte

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

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

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

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

Literatur

Bohnet-Joschko, S. & Bidenko, K. (2022). Hochbelastete Gruppen pflegender Angehöriger – Ergebnisse einer Clusteranalyse. *Das Gesundheitswesen*, 84, 510–516. <https://doi.org/10.1055/a-1378-8897>

Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2019): The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 59(5), e629–e642.

Bundesministerium für Gesundheit (2011). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Von TNS Infratest Sozialforschung, München. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf

Bengel, J. & Mittag, O. (2020). Grundlagen und Selbstverständnis. In R. Buschmann-Steinhage & T. Widera (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Psychologie* (S. 15–30). Springer.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 337:a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V., [DEGAM]. (2018). *Pflegende Angehörige von Erwachsenen* (AWMF-Register-Nr. 053-006, DEGAM-Leitlinie Nr. 6). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-006l_S3_Pflegende-Angehoeerige-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_Gutachten_pflegende_Angehoeerige_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“, „Pflegeperson“, „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, S. 17). 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; Pinquart & 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., & Duko, 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.

Büker, 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 burden 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/Publikationen/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/Publikationen/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.org/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.

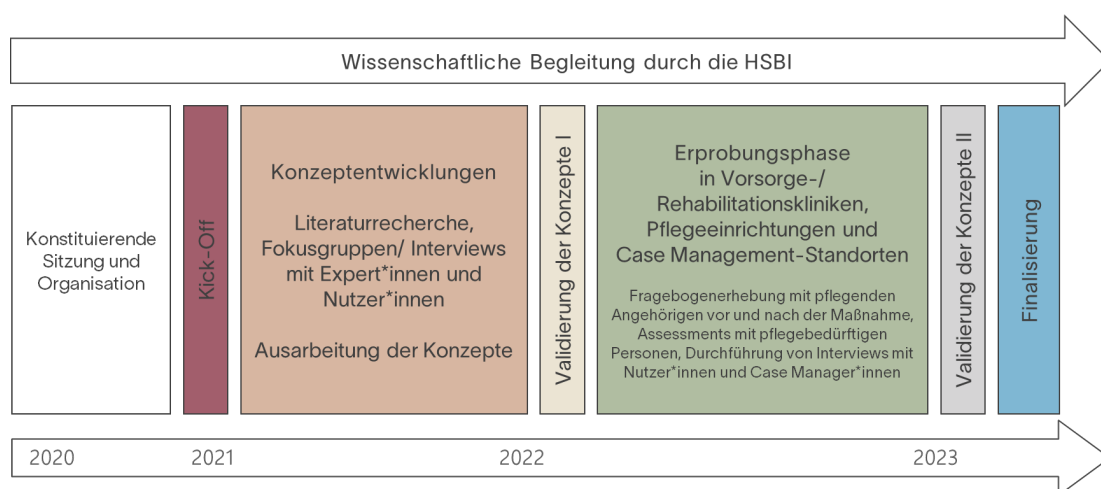


Abb. 2: Zeitlicher Ablauf: Wissenschaftliche Begleitung im Verbundvorhaben PuRpA

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. 23) – 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“.

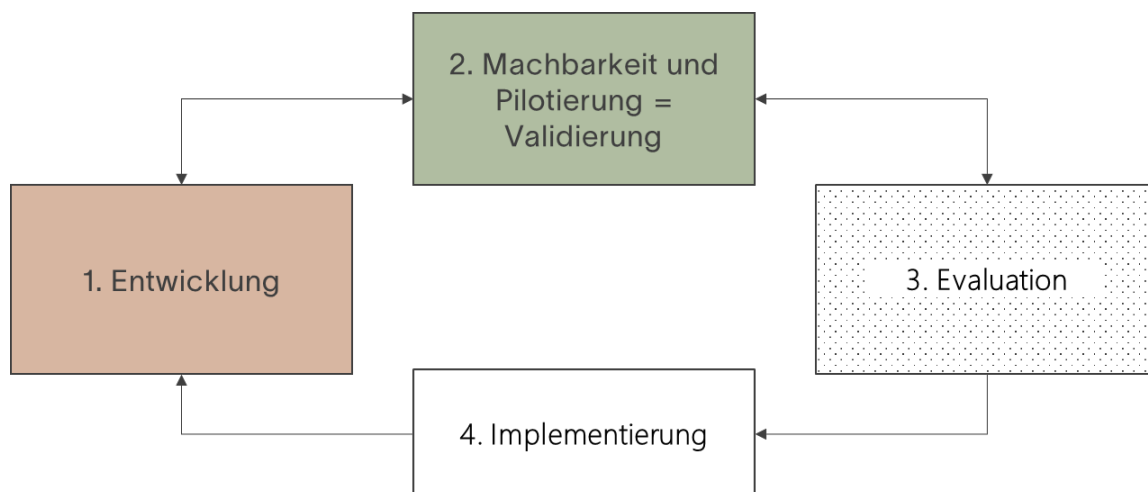


Abb. 3: Medical Research Council Guidance: Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (modifiziert nach Craig et al., 2008)

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]en, 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 zielgruppenge-rechte Konzepte zur Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige und ihre pflegebe-dürftigen 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 („Sam-meln“, „Prüfen“, „Sortieren“ und „Subsummieren“) nach Helfferich (2011) entwickelt. Aufgrund der pandemischen Lage fanden alle Gruppen in einem Online-Format statt, womit sowohl Herausfor-derungen in der technischen Umsetzung als auch bei der Rekrutierung der Teilnehmenden verbun-den waren. Im Anschluss wurden die Fokusgruppeninterviews transkribiert und mithilfe der Ana-lyse-Software MAXQDA ausgewertet. Die Auswertung erfolgte entlang der Fragestellung systema-tisch 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 jewei-ligen 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 Fokus-gruppeninterviews sowie fünf Transkripte von Einzelinterviews mit pflegenden Angehörigen als Er-satz 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.

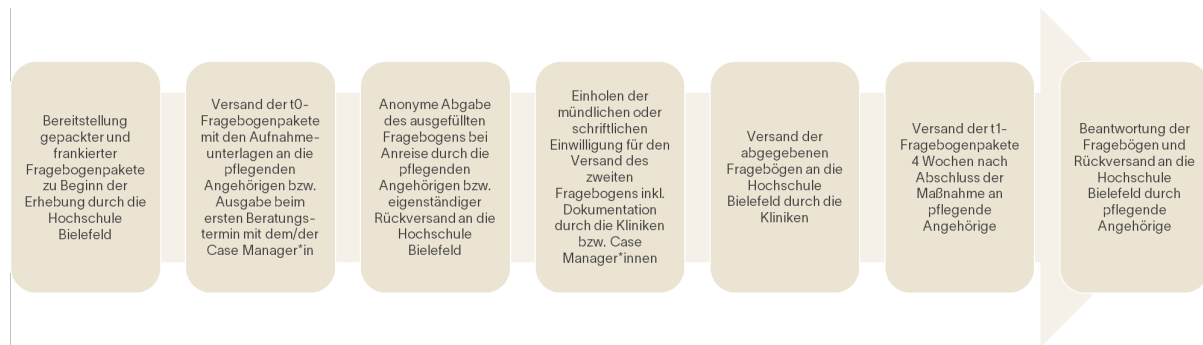


Abb. 4: Schematischer Ablauf der Fragebogenerhebung

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 Audioaufnahmegeräten 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.

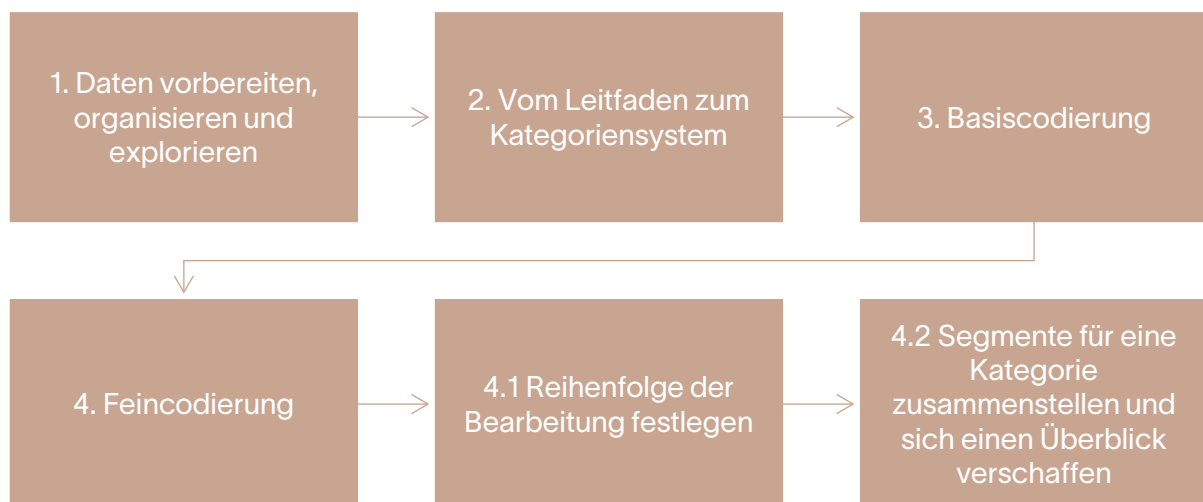


Abb. 5: Schritte der Fokussierten Interviewanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2020)

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., Mozygemba, S. Mümken, U. Krause, M. Zündel, M. Rehm, N. Höfling-Engels, D. Lüdecke & B. Qurban (Hrsg.), *Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* Huber.
- Helfferich, 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 burden: 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. *JBIM 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. *JBIM 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. *JBIM 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 Methodenwahl und Planung. *Das Gesundheitswesen*, 80, 864–870.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (4. erweiterte Auflage). Oldenbourg.
- Schreier, M., & Echtermhoff, G. (2010). Mixed-Methods-Designs. In W. Hussy, M. Schreier & G. Echtermhoff (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 (JBIM-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 1–7.

5. MODELLPROJEKT: „KONZEPTENTWICKLUNG BEGLEITANGEBOTE FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE BEGLEITPERSONEN WÄHREND EINER STATIO- NÄREN VORSORGE-/REHABILITATIONSMAß- NAHME 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).

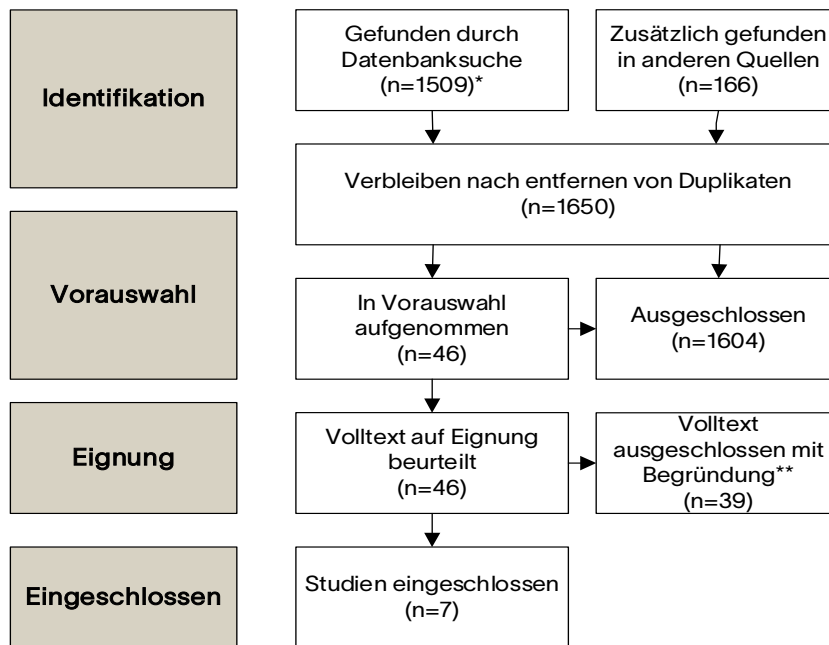
Als Population wurde die gesamte heterogene Gruppe der pflegebedürftigen Personen abgedeckt – Personen jeden Alters und Geschlechts, mit verschiedenen Schweregraden der Pflegebedürftigkeit und Arten der zugrunde liegenden Erkrankung/Behinderung. Mit pflegebedürftigen Begleitpersonen bzw. pflegebedürftigen 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).

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	„Pflegebedürftige**“ OR „Pflegebedürftige* 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“

Komponente	Suchbegriff	Synonym	Englische Übersetzung
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 ((Pflegebedürftig*[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. 113). 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 dementielle 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 Pflegende 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 personen-zentrierten Pflege (ausreichend hohe Personalstärke)	- 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	Informationen zur Versorgung und Einbezug in Entscheidungen
soziale Kontakte	- 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	- effektive Anwendungen/Angebote (Behandlungen und Therapien) zur Verbesserung des Gesundheitszustandes - Beschäftigungsangebote zum Zeitvertreib
individuell ausgerichtete Angebote mittels: - individuellem Gesundheitsmanagement - Gruppenbildung pflegebedürftiger Personen mit ähnlichen Erkrankungen, Einschränkungen und Krankheitsfortschritten - Auswahl an Angeboten aus verschiedenen „Angebots-Bausteinen“	- individuell zugeschnittene Beschäftigung, Betätigung und Therapie unter Berücksichtigung von: - Ergebnissen wiederholter Gesundheitsassessments - Bedürfnissen und Präferenzen der pflegebedürftigen Person
Festlegen messbarer Ziele	- Wahrnehmung subjektiver und objektiver Rehabilitationserfolge - Gefühl, die eigene Situation positiv beeinflussen zu können
Übergang in die Häuslichkeit/Nachsorge	koordinierte und schnittstellenübergreifende Pflege, die auch die der Maßnahmen anschließende häusliche Versorgung sicherstellt
Gelingensbedingung	Bedarfe pflegender Angehöriger
Erwerb von Kompetenzen	- 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)	• Unterstützung/Anleitung bei der Gestaltung der Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Häuslichkeit • Vertrauen in die Nutzung der Tagespflege • 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	• Förderung der Beziehungsqualität, von Gemeinschaftlichkeit und der Fähigkeit zur gemeinsamen Alltagsbewältigung
bedarfsgerechtes Gleichgewicht gemeinsamer und getrennter Angebote	• 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 Pfl egetandem 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 Netzerkennung 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 Einrichtungstandems:

Pflegeeinrichtung/Indikationsbereich	Klinik/Indikationsbereich
Kurzzeitpflege	Rehabilitationsklinik
alle Indikationsbereiche und Pflegegrade	Psychosomatik/verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation
gemeinsame Unterbringung in derselben Vorsorgeklinik mit integrierter Tagesbetreuung	Vorsorgeklinik für pflegende Angehörige

Demenz	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 Erinnerungs-schreiben 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 durchgeführtes 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). 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. 125).

Tab. 11: Soziodemografische Beschreibung der t0-Stichprobe

Begleitangebot (Pflegeeinrichtung: Kurzzeitpflege/Ta- gespflege)		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 Pflegetätig- 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

Soziodemografische Daten	Interviewte*r pflegende Angehörige
	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 Häuslichkeit 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. 130)

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

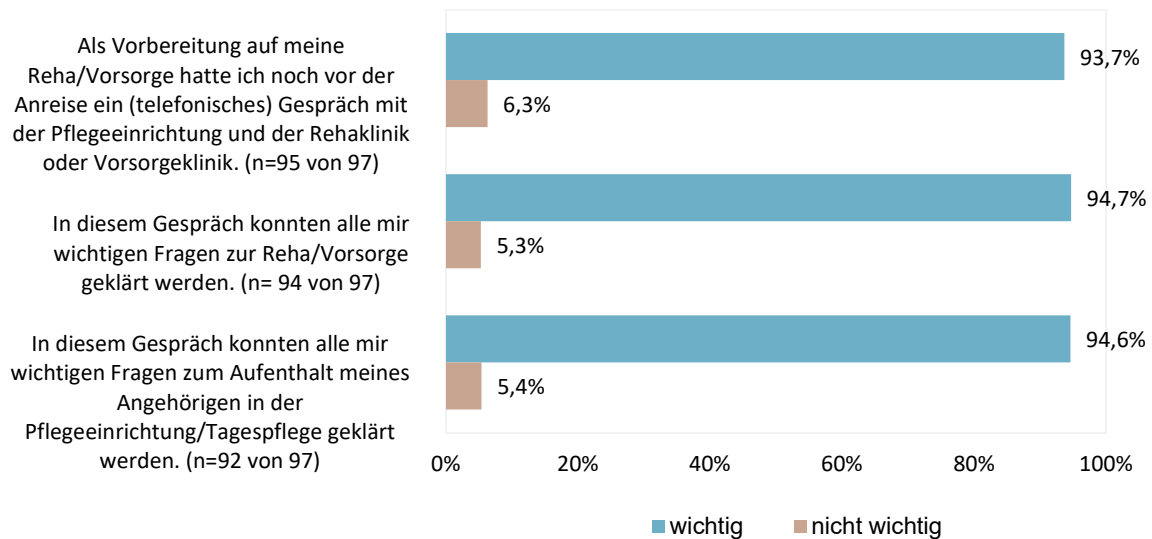


Abb. 35: Vorbereitung auf die Reha/Vorsorge: Wichtigkeit

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.

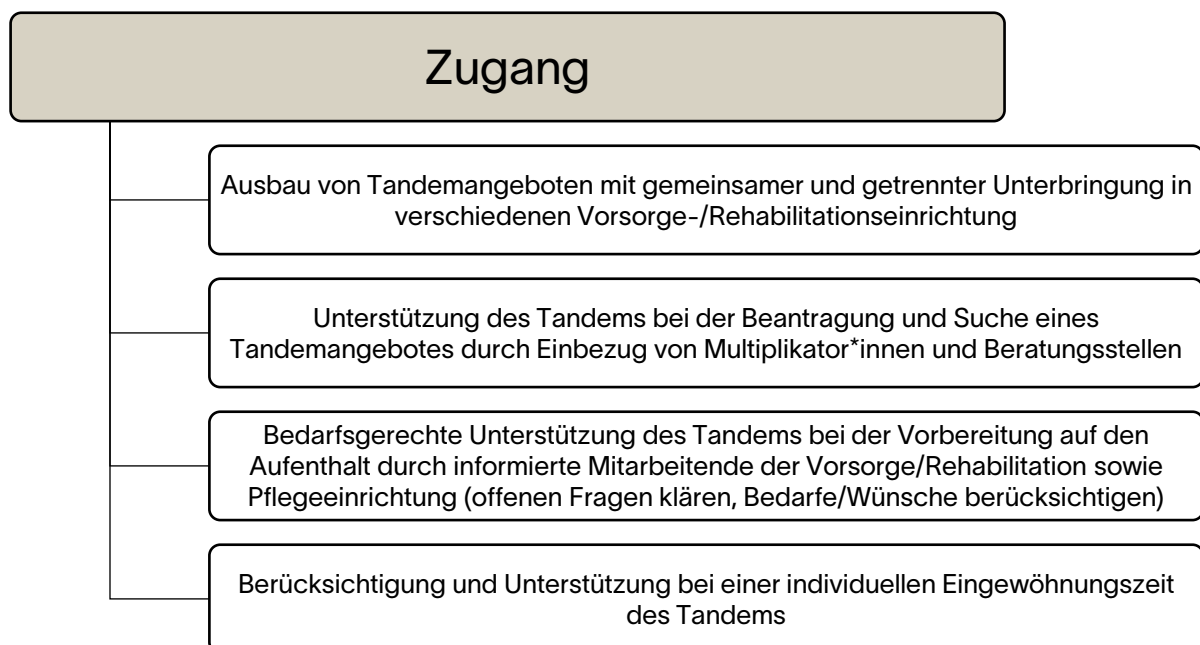


Abb. 36: Gelingensbedingungen: Zugang zu Begleitangeboten

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 individuellen 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.

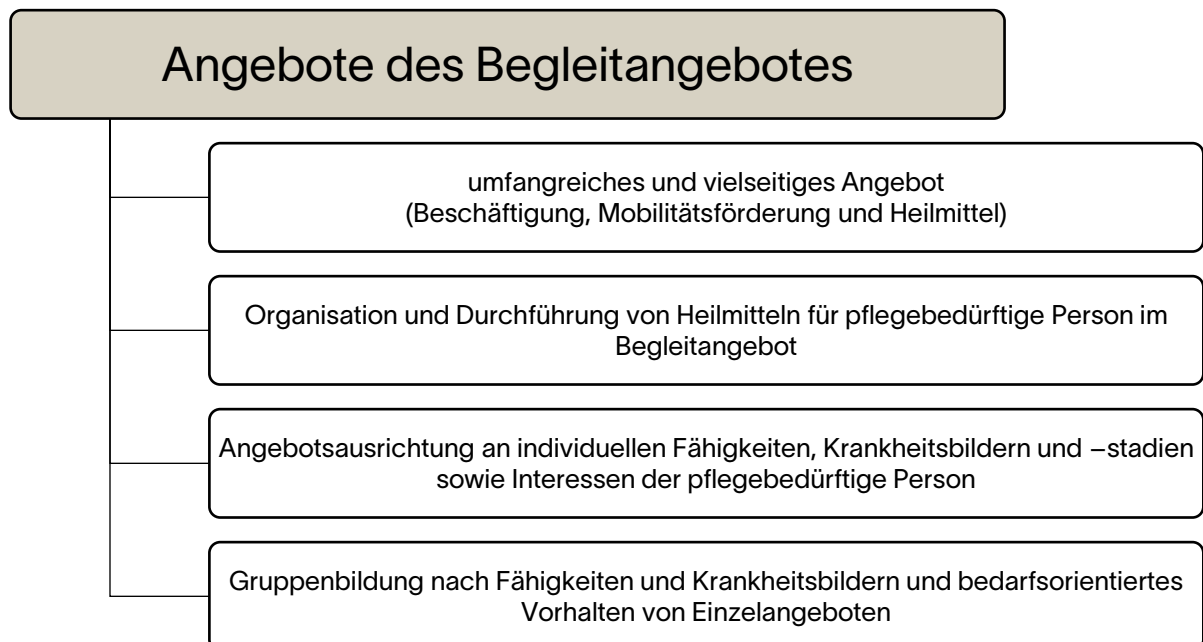


Abb. 37: Gelingensbedingungen: Angebote des Begleitangebotes

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 Aufenthalts 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 Versorgung/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. 139) dargestellt.

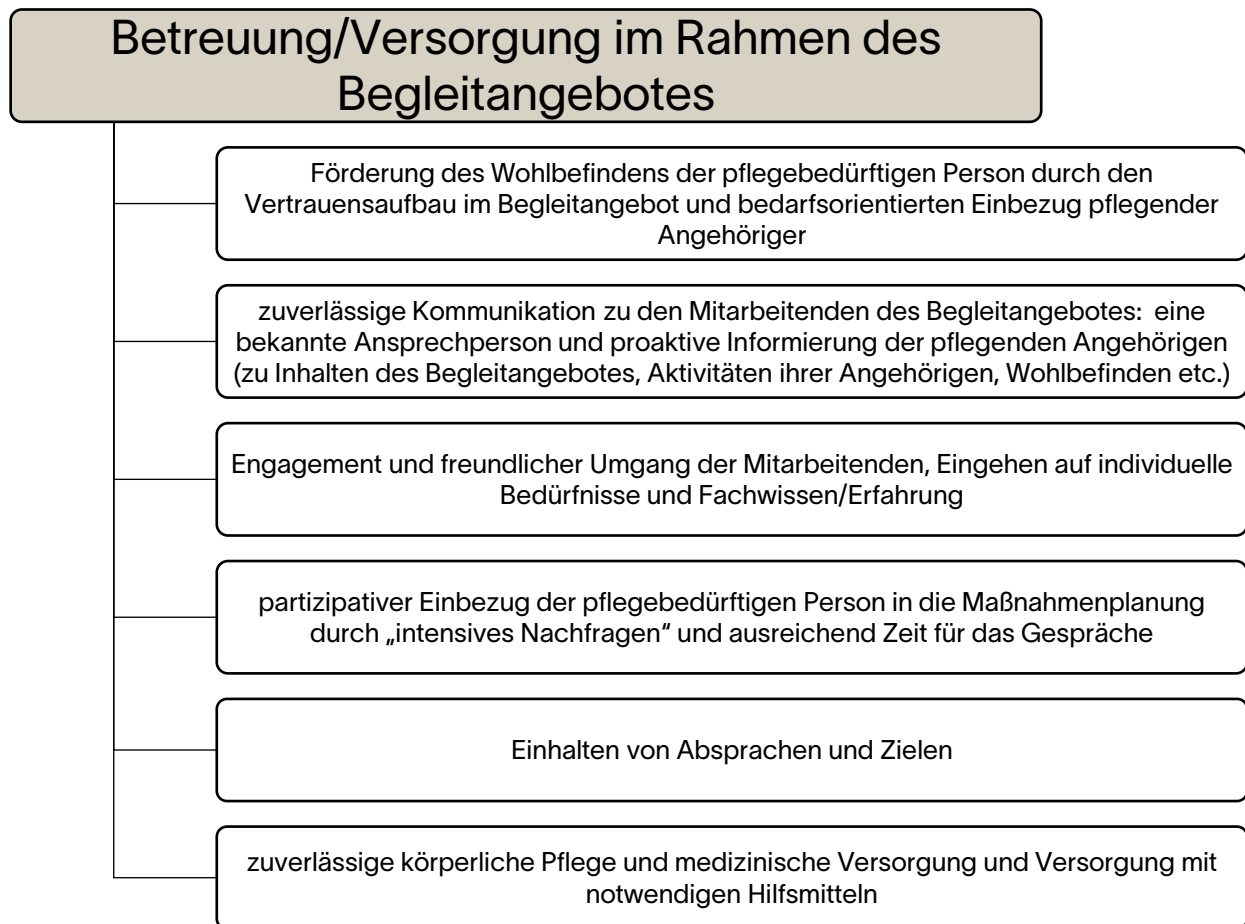


Abb. 38: Gelingensbedingungen: Betreuung/Versorgung im Rahmen des Begleitangebotes

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. 142) zeigt die beschriebenen Gelingensbedingungen der Rahmenbedingungen des Begleitangebotes. Im Anschluss sind die gesamten beschriebenen Gelingensbedingungen des Begleitangebotes in Abbildung 40 (S. 143) zusammengefasst dargestellt.

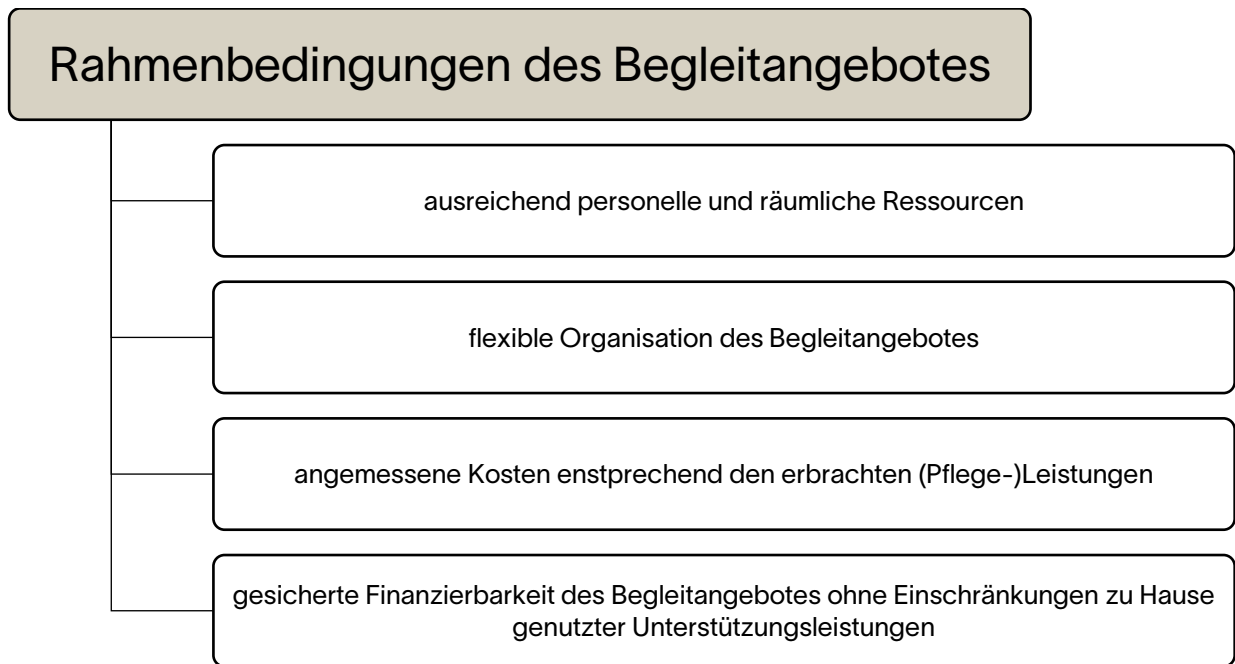


Abb. 39: Gelingensbedingungen: Rahmenbedingungen des Begleitangebotes

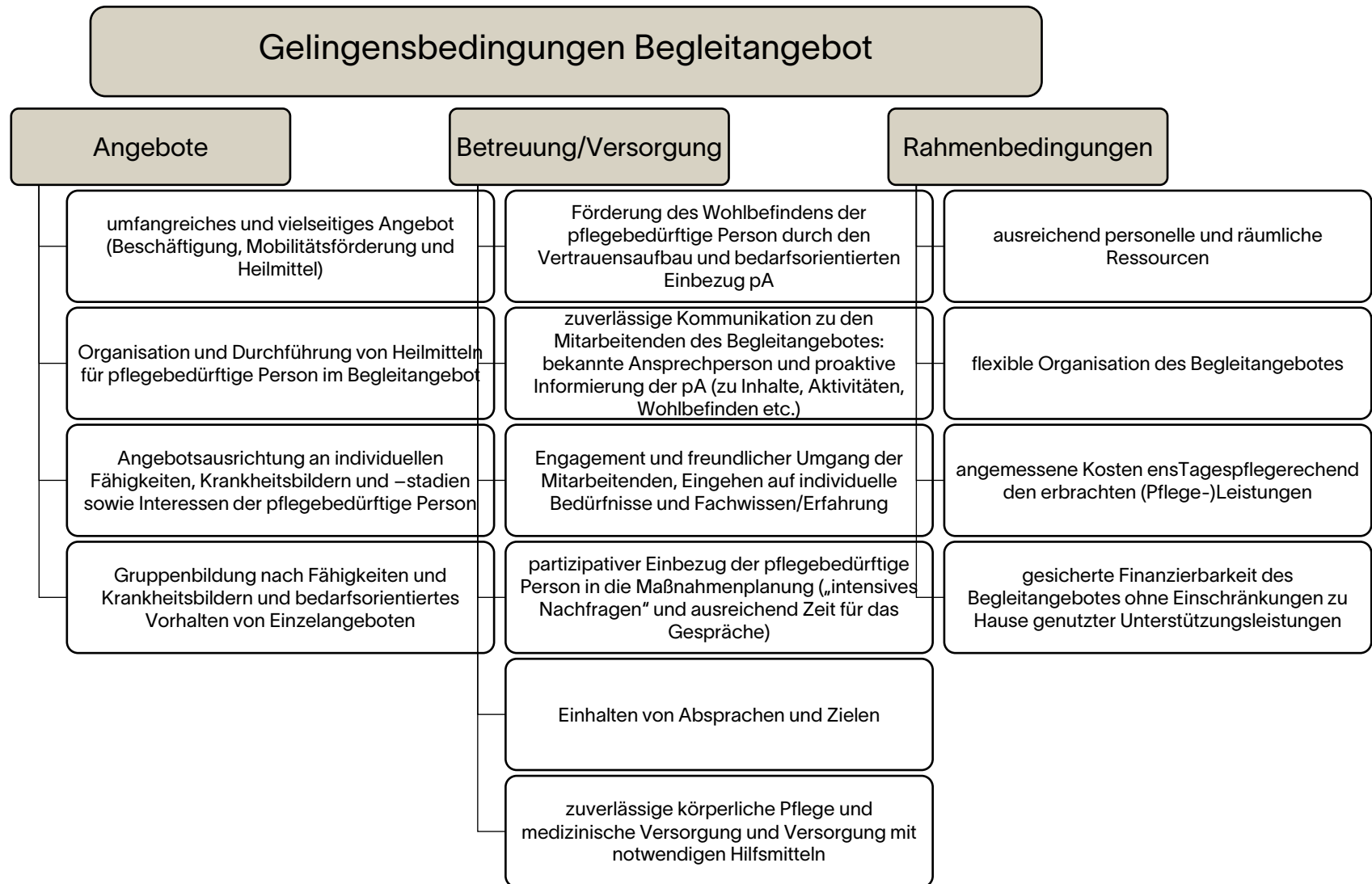


Abb. 40: Gelingensbedingungen Begleitangebot

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 Pflegegeldtandems 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).

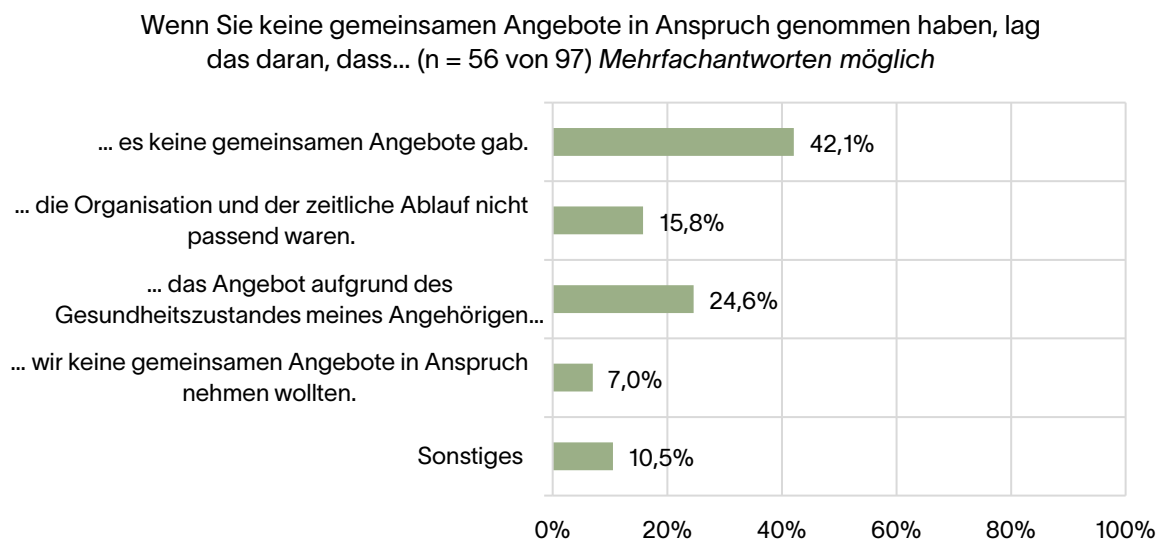


Abb. 41: Gründe gegen die Inanspruchnahme

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. 148).

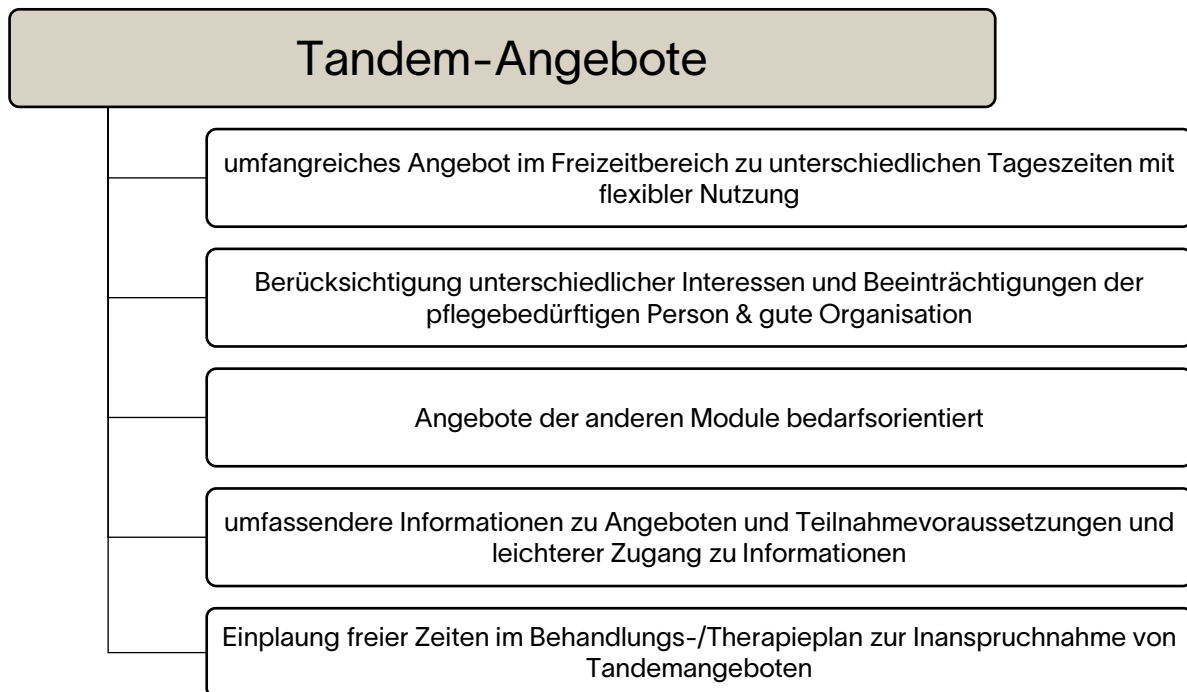


Abb. 42: Gelingensbedingungen: Tandem-Angebote

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.

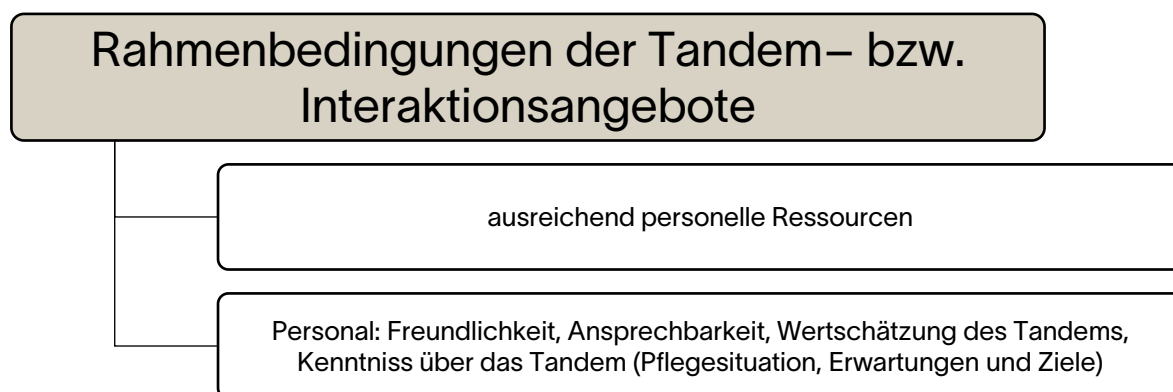


Abb. 43: Gelingensbedingungen: Rahmenbedingungen der Tandem- bzw. Interaktionsangebote

*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

gen 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)

Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Wie wichtig war Ihnen das?

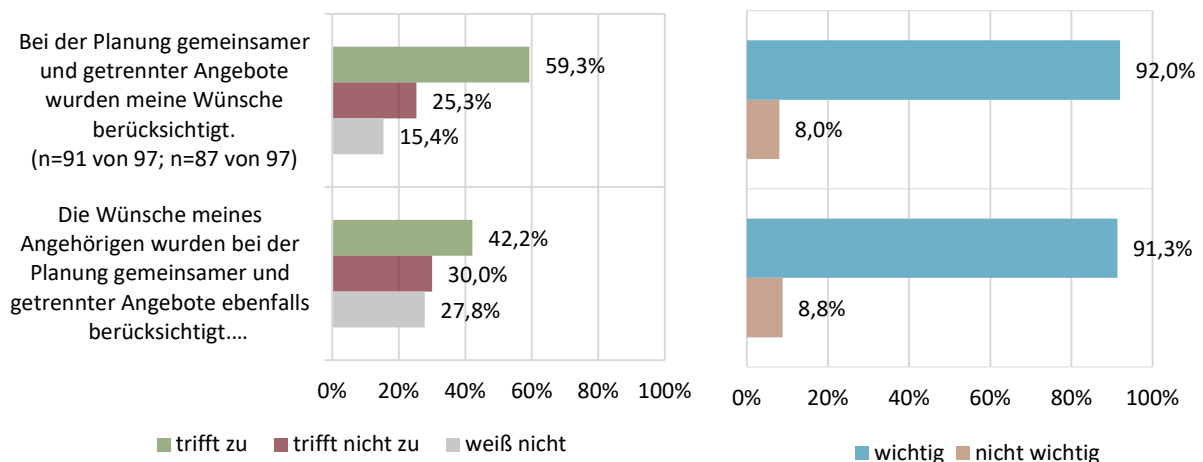


Abb. 44: Gemeinsam genutzte Angebote

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. 152) zusammengefasst dargestellt.

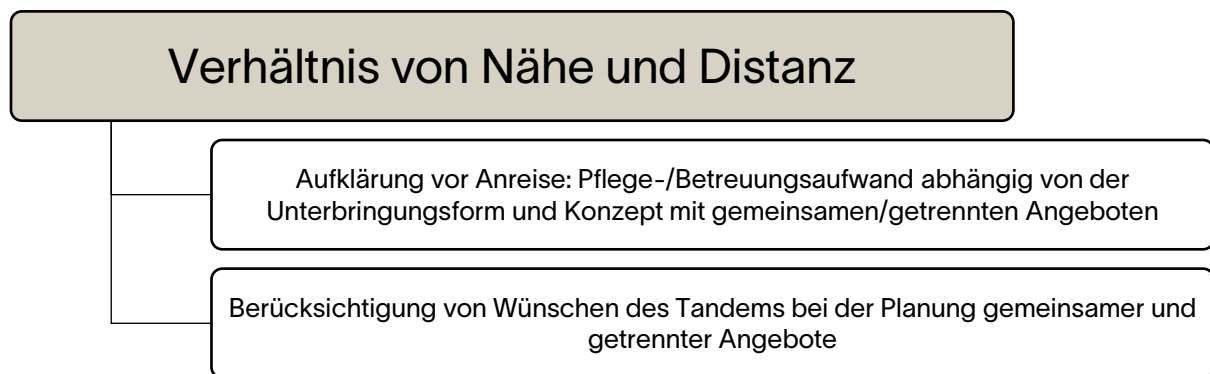


Abb. 45: Gelingensbedingungen: Verhältnis von Nähe und Distanz

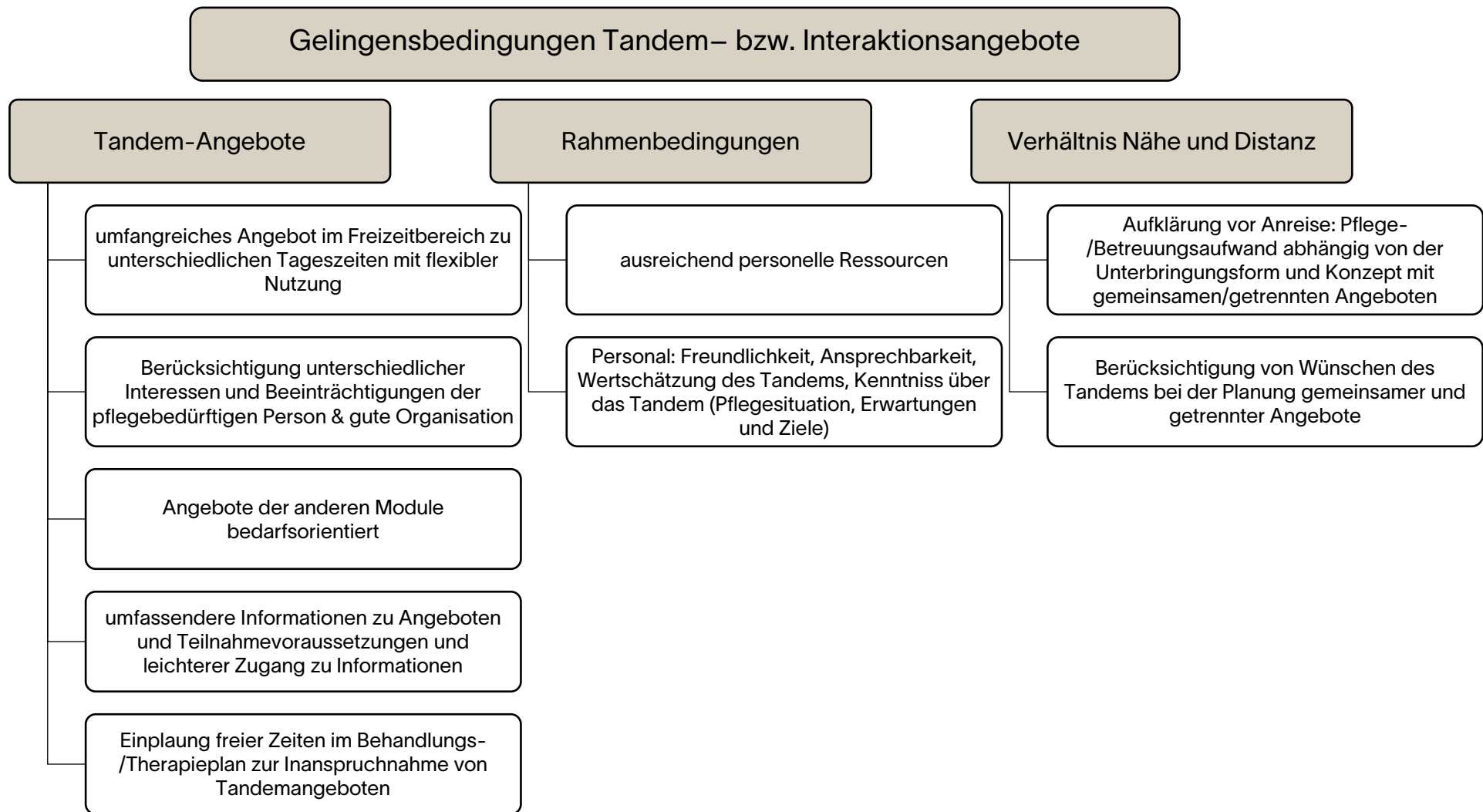


Abb. 46: Gelingensbedingungen Tandem- bzw. Interaktionsangebote

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 Pfle-

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. 155) zusammengefasst dargestellt.

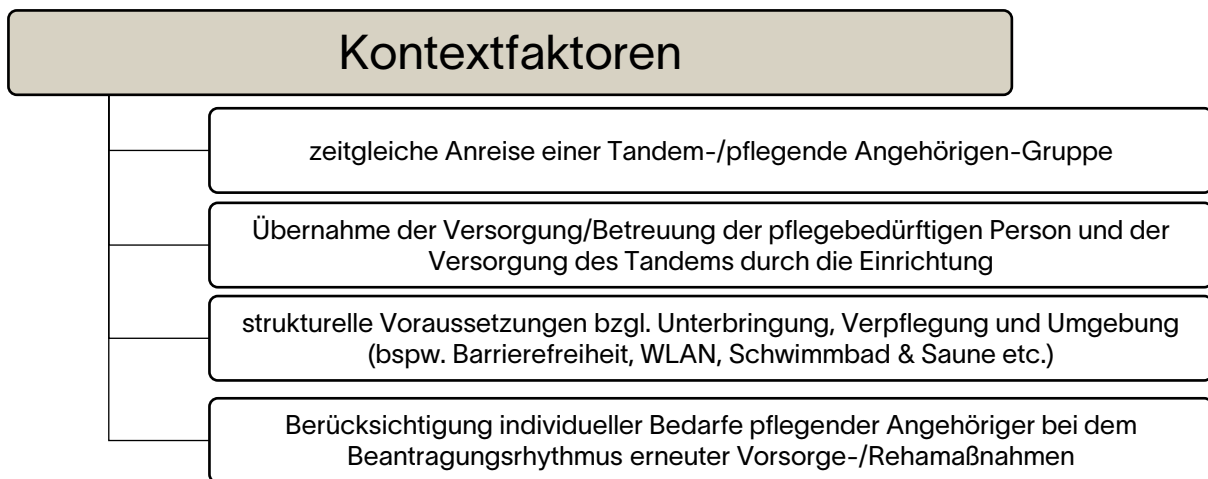


Abb. 47: Gelingensbedingungen: Kontextfaktoren

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).

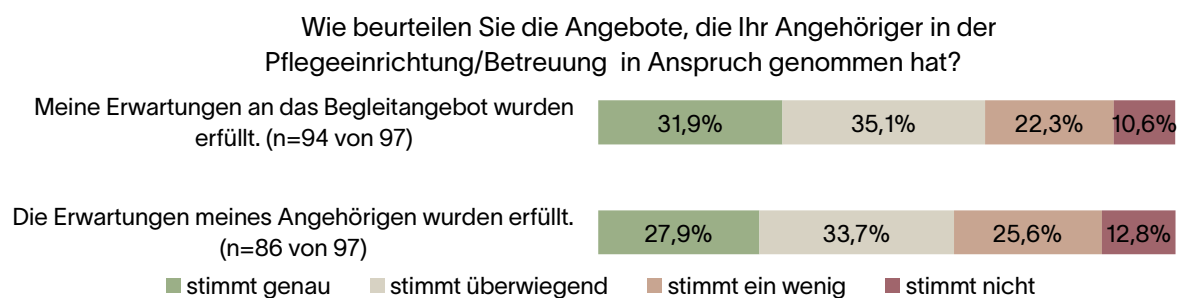


Abb. 48: Bewertung Begleitangebot

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 Schritttchen 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. 158). 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 ASS₀. 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 wohlfühlte, 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“.

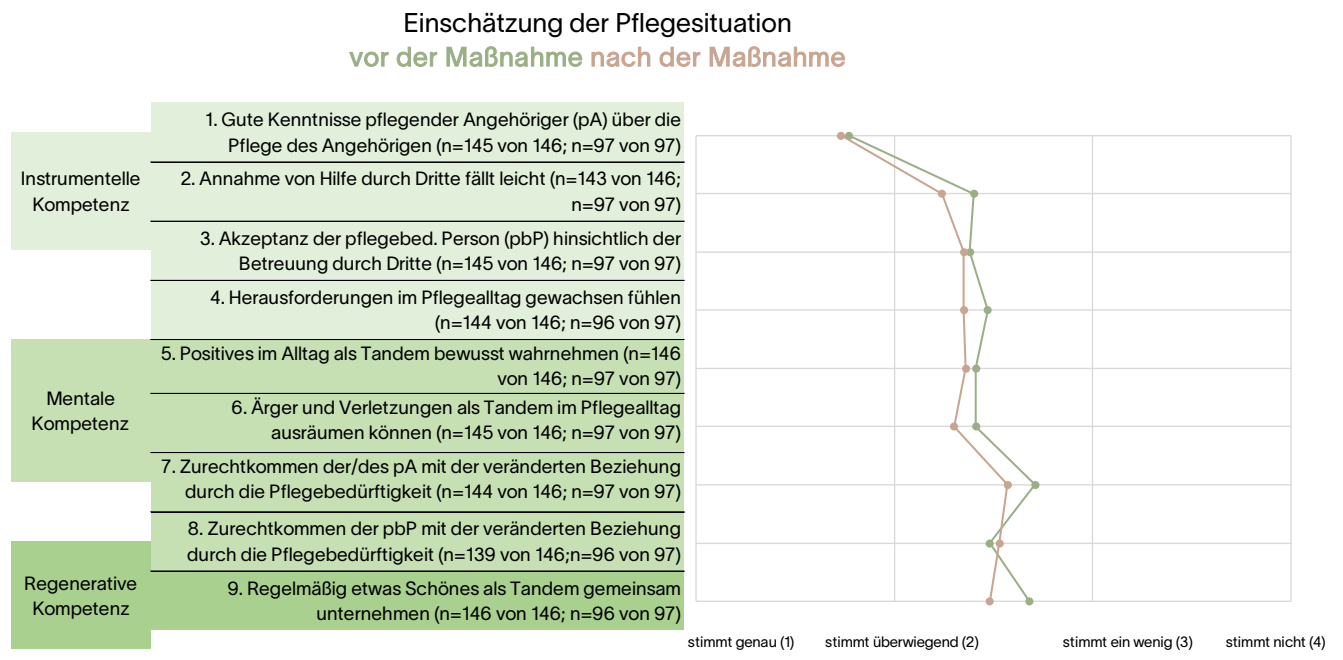


Abb. 49: Selbstentwickelte Fragen nach Kaluza (2015)

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: t ₀		Gesundheitsbezogene Lebensqualität/SF-12: t ₁	
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 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

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).

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).

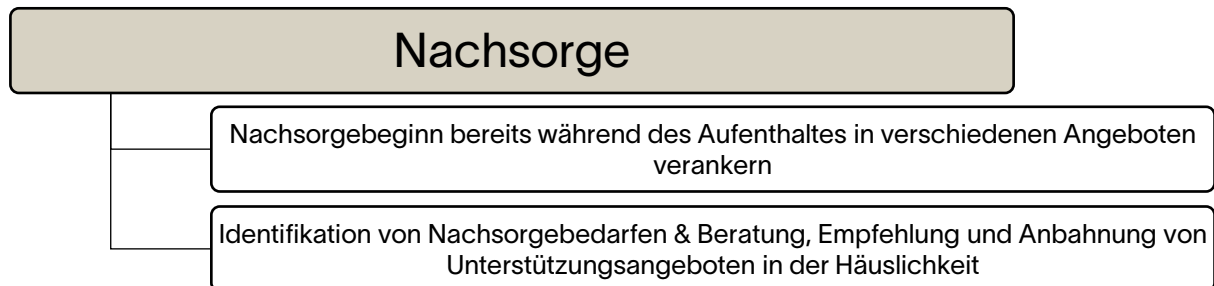


Abb. 50: Gelingensbedingungen: Kontextfaktoren

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, dass 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 erfor-

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). Büker 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 (Büker 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 Vorsorge/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 wider?“ (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*innen-orientierten 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, so- wie 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 be- kommt. Dass das so eine Art Mini-Reha ist. Halt auch für den Pflegling.“ (Fokus- gruppe_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 Be- einträchtigung 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 Gesund- heitsbezug als bedeutsam erachtet, wenngleich das Thema Gesundheitsförderung als Grund für eine Nutzung hier keine Rolle spielt (Büker et al., 2023). Die Ergebnisse der vorliegenden Unters- suchung deuten darauf hin, dass das Erleben förderlicher Anwendungen in der parallel stattfindenden Vorsorge/Rehabilitation und der Wunsch ebensolcher Förderung für die pflegebedürftigen Ange- hörigen das Anliegen nach einer Förderung der pflegebedürftigen Person ggf. noch einmal verstär- ken 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 Literatur- recherche entnommen werden kann, die Möglichkeit, ein gesundheitsförderliches Angebot vorzu- halten.

Die berichteten Erfahrungen dieser Untersuchung hängen besonders von der Personalstärke zum Zeitpunkt des Aufenthaltes und von dem Krankheitsbild/der Mitteilungsfähigkeit der pflegebedürf- tigen Person ab. Zudem ist für die Inanspruchnahme von Angeboten der Vorsorge/Rehabilitation die flexible Organisation des Begleitangebotes entscheidend, die sich auch in der Literaturrecher- che 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 Büker et al. (2023) als mögli- cher Grund gegen eine Inanspruchnahme von Tagespflege trotz Pflegeversicherungssystems in

Deutschland dargestellt. Mögliche Ursachen sind bspw., dass Gelder entsprechend dem Pflegegrad die Kosten nicht abdecken oder es schwierig ist, den Eigenanteil zu erbringen (Büker 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 Rekreatationsangebote) 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 Büker et al. als wichtig hervorgehoben (2023). Da ein Pflegetandem 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-/Be-

treuungsaufwand 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 bedarfsgerechten 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.whiterose.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. Stronczek, 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 burden 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-wAs-sets/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%20Angehoeerige/053-006I_DEGAM%20LL%20Pflegende%20Angehoe%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.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. *JBI 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.), *JBI 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>

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. Abbildung 57, S. 215). Das Modell verknüpft die jeweiligen 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.

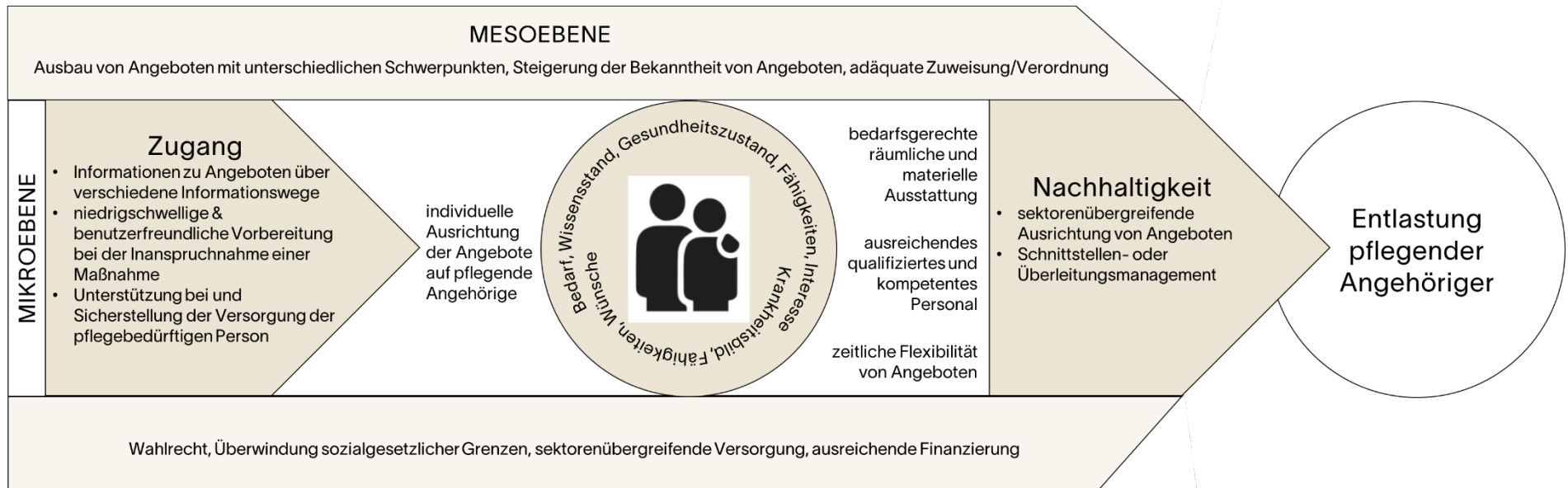


Abb. 57: Übergeordnetes, mehrdimensionales Modell: Nutzer*innenorientierte Entlastung pflegender Angehöriger

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 sozialgesetzliche 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-</u> <u>wiegend</u>	stimmt <u>ein</u> <u>wenig</u>	stimmt <u>nicht</u>
So kreuzen Sie richtig an:	☐	☒	☐	☐
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	☐	☐	☒	☒

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-wie- gend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	☐	☐	☐	☐
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	☐	☐	☐	☐
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	☐	☐	☐	☐
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	☐	☐	☐	☐
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	☐	☐	☐	☐
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	☐	☐	☐	☐
Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	☐	☐	☐	☐
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	☐	☐	☐	☐

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 zuver- sichtlich	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
☐	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐
mehrere Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐

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.	☐	☐
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	☐	☐

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.	☐	☐
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	☐	☐

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

☐

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?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

☐

Fragen zu Ihrer Person

12. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

13. Welches Geschlecht haben Sie? ☐ weiblich ☐ männlich

14. Welchen Familienstand haben Sie?

☐ verheiratet/zusammenlebend ☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet

15. 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

Fragen zu Ihrem Angehörigen

16. Welchen Pflegegrad hat Ihr Angehöriger?

☐☐☐☐☐☐☐

Pflege-
grad 0

Pflege-
grad 1

Pflege-
grad 2

Pflege-
grad 3

Pflege-
grad 4

Pflege-
grad 5

weiß nicht

17. Was sind die medizinischen Gründe für die Pflegebedürftigkeit?

18. Wie alt ist Ihr Angehöriger? _____ Jahre

19. Welches Geschlecht hat Ihr Angehöriger?

☐ weiblich ☐ männlich

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten 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- wiegend</u>	stimmt <u>ein wenig</u>	stimmt <u>nicht</u>
So kreuzen Sie richtig an:	☐	☒	☐	☐
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	☐	☐	☒	☒

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-wie- gend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	☐	☐	☐	☐
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	☐	☐	☐	☐
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	☐	☐	☐	☐
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	☐	☐	☐	☐
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	☐	☐	☐	☐
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	☐	☐	☐	☐
Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	☐	☐	☐	☐
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	☐	☐	☐	☐

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 zuver- sichtlich	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
☐	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐
mehrere Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐

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.	☐	☐
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	☐	☐

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.	☐	☐
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

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?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

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.	☐	☐	☐	☐	☐
In der ersten Woche des Aufenthaltes konnte ich Abstand von meinem normalen Alltag nehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
Das Thema „Pflege eines Angehörigen“ hatte in der Klinik einen hohen Stellenwert.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte das Gefühl, dass sich die Mitarbeitenden in der Klinik gut mit der Situation pflegender Angehöriger auskennen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn in Vorträgen, Schulungen (etc.) Beispiele gegeben wurden, waren es meistens Situationen aus dem Alltag pflegender Angehöriger.	☐	☐	☐	☐	☐
Neben mir waren auch noch andere pflegende Angehörige zeitgleich in der Klinik.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gab genug Möglichkeiten, um mit anderen pflegenden Angehörigen ins Gespräch zu kommen.	☐	☐	☐	☐	☐

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					
Bitte setzen Sie hier zwei Kreuze, ein Kreuz im blauen, ein Kreuz im grauen Feld.	Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?			Wie wichtig war Ihnen das?	
	ja	nein	weiß nicht	wichtig	nicht wichtig
In der Klinik wurde mir gezeigt, wie ich mich mehr um mich selbst kümmern kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Es wurde Wissen vermittelt, das mir hilft, den Pflegealltag zu bewältigen.	☐	☐	☐	☐	☐
Welche vermittelten Inhalte waren für Sie besonders hilfreich?					
Bei der Wissensvermittlung wurde mit vielen praktischen Beispielen und Übungen gearbeitet.	☐	☐	☐	☐	☐
In der Vorsorge/Rehabilitation gab es eine Sozialberatung mit spezifischen Themen für pflegende Angehörige.	☐	☐	☐	☐	☐
Es wurde erläutert, wie ich als pflegender Angehöriger Unterstützung im Alltag bekommen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Während meines Aufenthaltes habe ich Anregungen für meine Freizeitgestaltung erhalten.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte ausreichend Möglichkeit, in Einzelgesprächen über meine Ängste und Sorgen zu sprechen.	☐	☐	☐	☐	☐

	ja	nein	weiß nicht	wichtig	nicht wichtig
Mir wurden auch Einzelgespräche mit einem Psychologen angeboten.	☐	☐	☐	☐	☐
Auf die Zeit nach der stationären Maßnahme wurde ich in der Klinik gut vorbereitet.	☐	☐	☐	☐	☐
Was fanden Sie bei der Vorbereitung auf zu Hause besonders hilfreich?					
<i>Bitte beantworten Sie die letzte Frage in diesem Block <u>nur, wenn</u> Ihr Angehöriger an einer Demenz erkrankt ist.</i>					
In der Vorsorge/Rehabilitation wurde erklärt, wie ich gut mit den Demenz-spezifischen Verhaltensweisen meines Angehörigen umgehen kann.	☐	☐	☐	☐	☐

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.	☐	☐	☐	☐
... kann ich Techniken anwenden, um mich zu entspannen.	☐	☐	☐	☐
... unternehme ich mehr Dinge, die mir Freude bereiten.	☐	☐	☐	☐
... gelingt es mir besser, meine sozialen Kontakte zu pflegen.	☐	☐	☐	☐

	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.).	☐	☐	☐	☐
... habe ich gelernt, wie ich gelasse- ner mit meinem Angehörigen umge- hen kann.	☐	☐	☐	☐
... nutze ich mehr Entlastungsleistun- gen, die mir zu stehen.	☐	☐	☐	☐
... gelingt es mir besser, aktiv nach Lösungen zu suchen.	☐	☐	☐	☐

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 er-
reichen?

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? ☐ weiblich ☐ männlich
23.	Welchen Familienstand haben Sie? ☐ verheiratet/zusammenlebend ☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet
24.	Haben Sie neben der Betreuung Ihres Angehörigen noch andere Aufgaben? <i>(Mehrfachantworten sind möglich)</i> ☐ 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

Fragen zu Ihrem Angehörigen	
25.	Welchen Pflegegrad hat Ihr Angehöriger? ☐ Pflegegrad 0 ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5 ☐ weiß nicht
26.	Was sind die medizinischen Gründe für die Pflegebedürftigkeit?
27.	Wie alt ist Ihr pflegebedürftiger Angehöriger? _____ Jahre
28.	Welches Geschlecht hat Ihr Angehöriger? ☐ weiblich ☐ 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“



Begrüßung und Einleitung	Vor der Aufnahme
	- 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. <i>Aufklärung</i> - 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. → Start der Audioaufnahme

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	- Wie haben Sie von der Möglichkeit einer Vorsorge/Reha für pflegende Angehörige erfahren?	
Gründe für die Maßnahme/persönliche Ziele und Erwartungen	- 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?	- 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	- Haben Sie bei der Beantragung Unterstützung erhalten?	- Wie leicht oder schwer ist es Ihnen gefallen, die Beantragung auf den Weg zu bringen?
Wahl der Klinik	- Wie kam es dazu, dass Sie die Maßnahme in Klinik X angetreten haben, wie wurde die Klinik ausgewählt?	- Hatten Sie verschiedene Kliniken zur Auswahl?
Informationen und Unterstützung im Vorfeld durch die Klinik	- 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?	- 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/gene- riertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhal- tung
Ankommen	- Wie ist es Ihnen gerade in der ersten Woche er- gangen? - Konnten Sie Abstand vom Alltag gewinnen? Was hat Ihnen dabei geholfen?	- Wie haben Sie den Umfang der Angebote empfunden? - Ist es Ihnen leichtgefallen, sich auf die Maß- nahme zu konzentrieren?
Therapien/Angebote für pflegende Angehörige	- Wurden Ihre Wünsche bei der Erstellung des Therapieplans berücksichtigt? - Welche Therapien/Angebote haben Sie wahrge- nommen, die speziell für pflegende Angehörige waren? - Wie ist es Ihnen mit den Therapien/Angeboten ergangen?	- Welche Themen wurden behandelt? - Gab es auch die Möglichkeit, über sehr be- lastende 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 Organisa- tion der Angebote	- Wie fanden Sie die Möglichkeit, gemeinsam mit anderen pflegenden Angehörigen eine Vor- sorge/Rehabilitation wahrzunehmen? - Wie haben Sie die gemeinsamen Gruppenange- bote empfunden? Wie die Einzelangebote? - Gab es auch außerhalb der Therapien einen Austausch mit anderen pflegenden Angehöri- gen? Wie haben Sie diesen empfunden? - Wie haben Sie die vorstrukturierten Tagesab- läufe empfunden?	- Welche Themen wurden in der Gruppe be- handelt, welche eher in Einzelgesprächen? - Wie haben Sie die Zusammensetzung der Gruppe empfunden? Haben Sie sich gut auf- gehoben gefühlt? - Waren die Angebote auch praktisch ausge- richtet z. B. mit Übungen? - Kannten sich die Mitarbeitenden in der Klinik gut mit der Situation pflegender Angehöriger aus?
Vorbereitung auf zu Hause	- 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?	- Wie hat die Klinik darauf vorbereitet? - Was hätten Sie sich von der Klinik noch ge- wünscht? - Was war schwierig, was lief gut?

Modellprojekt

Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge
und Rehabilitation für pflegende Angehörige

		- Wurden mit Ihnen Nachsorgeangebote/-möglichkeiten besprochen?
Bewertung des Aufenthaltes und Verbesserungsvorschläge	- 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?	- 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	- 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?	- 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
	- 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?	- 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>	- Alter - Geschlecht - Erwerbstätigkeit - Dauer der Pflege, durchschnittlicher Zeitaufwand - Verwandtschaftsverhältnis - Gründe für die Pflegebedürftigkeit - Pflegegrad - Gemeinsamer oder getrennter Aufenthalt - Dauer des Aufenthaltes, Ort des Aufenthaltes	

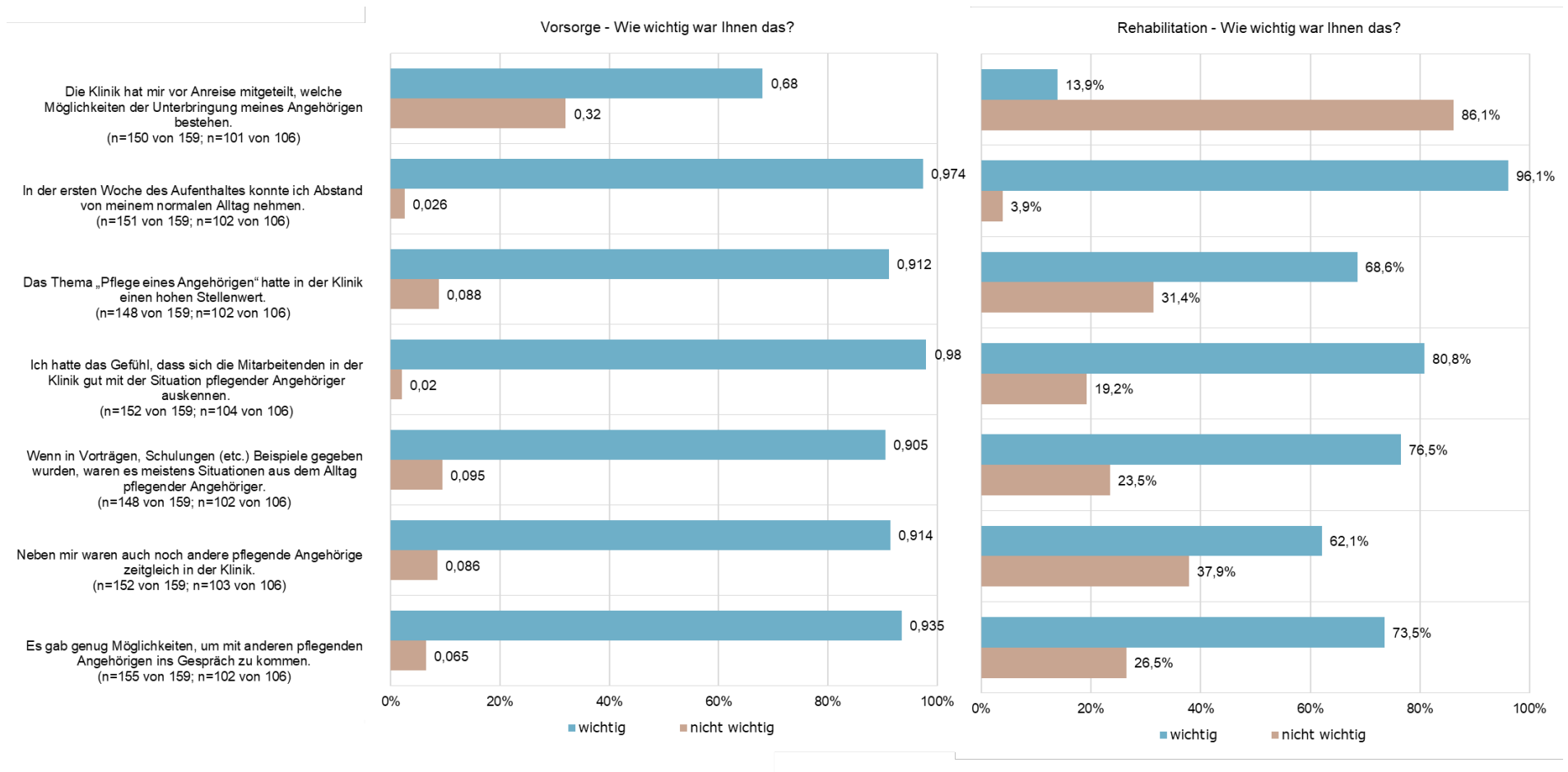
Modellprojekt

Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge
und Rehabilitation für pflegende Angehörige

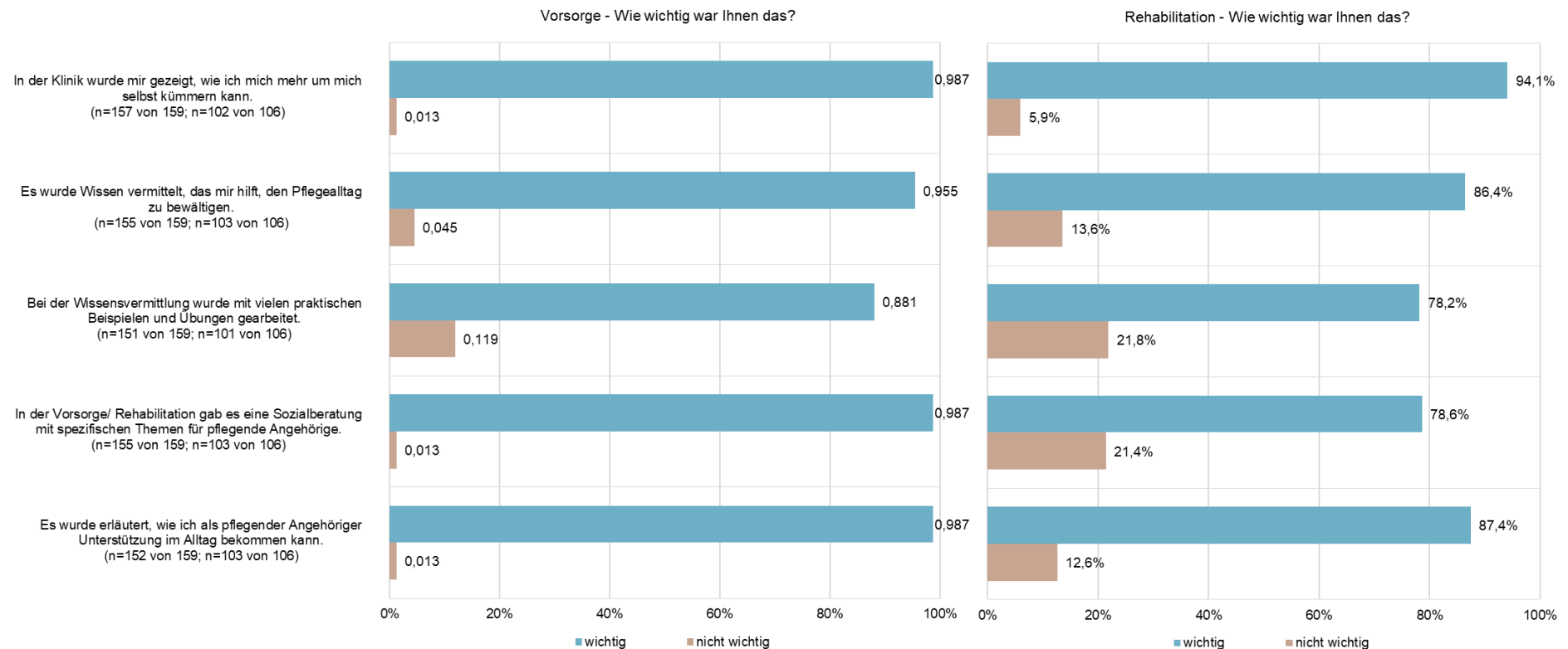
Abschluss und Dank	Zu erwähnende Inhalte	
	- Dank für das Interview und die Zeit - Hinweis auf das Dankeschön (Wunschgutschein) - Verabschiedung und gute Wünsche	

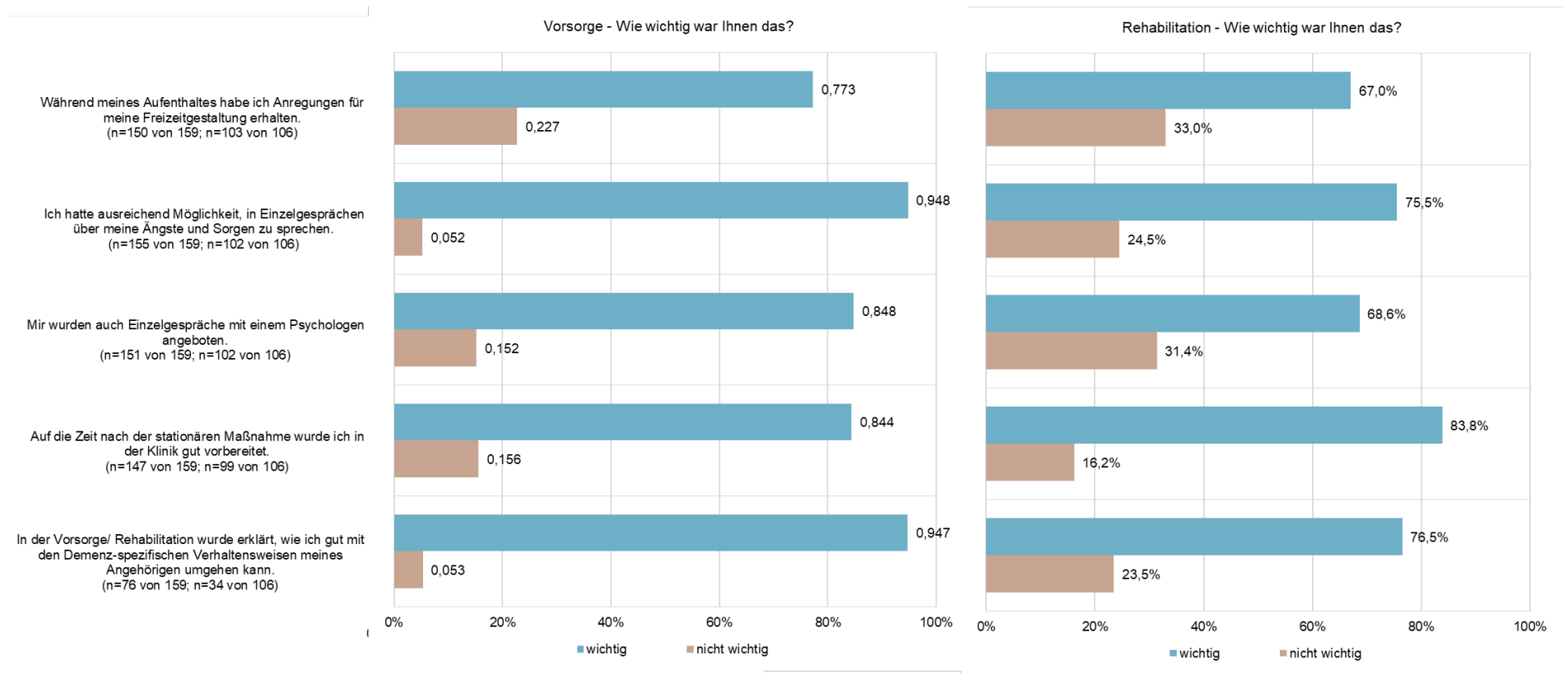
ANHANG 3: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK

VORSORGE/REHABILITATION SPEZIELL FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE



ANHANG 4: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK INHALTE UND UMSETZUNG DER MAßNAHME





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 angemessenen 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-/Geräteraum, 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 empathisch 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 Rehabegründende 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 angemessenen 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 STATIONÄREN 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:	☐	☒	☐	☐
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	☐	☐	☒	☒

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	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 An- gehörigen kenne ich mich gut aus.	☐	☐	☐	☐
Mir fällt es leicht, Hilfe durch andere Personen bei der Betreuung meines Angehörigen anzunehmen.	☐	☐	☐	☐
Mein Angehöriger akzeptiert die Be- treuung durch eine andere Person.	☐	☐	☐	☐
Den Herausforderungen im Pflegeall- tag fühle ich mich gewachsen.	☐	☐	☐	☐
Meinem Angehörigen und mir gelingt es, trotz der Belastungen Positives im Alltag bewusst wahrzunehmen.	☐	☐	☐	☐
Wir unternehmen regelmäßig etwas Schönes miteinander.	☐	☐	☐	☐
Gefühle wie Ärger oder Verletzungen, die im Pflegealltag entstehen, kön- nen wir gut ausräumen.	☐	☐	☐	☐
Mit der veränderten Beziehung durch die Pflegebedürftigkeit komme ich gut zurecht.	☐	☐	☐	☐
Mit der veränderten Beziehung durch die Pflegebedürftigkeit kommt mein Angehöriger gut zurecht.	☐	☐	☐	☐

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.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe den Eindruck, dass mein Angehöriger sich so verhält, um seinen Willen durchzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe den Eindruck, dass mir mein Angehöriger durch sein Verhalten das Leben schwer machen will.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin mir nicht sicher, wie weit die Versorgung meines Angehörigen durch mich gehen soll.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe den Eindruck, dass mein Angehöriger durch sein Verhalten versucht, mich zu manipulieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Schuldgefühle wegen der Art und Weise, wie ich mit meinem Angehörigen umgehe.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Betreuung meines Angehörigen macht mich unruhig oder niedergeschlagen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass mein Angehöriger Forderungen stellt, die meines Erachtens über das hinausgehen, was er tatsächlich braucht.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe den Eindruck, dass ich in der Vergangenheit nicht so viel für meinen Angehörigen getan habe, wie ich gekonnt oder gesollt hätte.	☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐
mehrere Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐

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.	☐	☐
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	☐	☐

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.	☐	☐
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	☐	☐

	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?	☐	☐	☐	☐	☐

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?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...voller Ener- gie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	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?	☐	☐	☐	☐	☐

12. Sie haben sich für eine gemeinsame Reha entschieden – was hat Sie motiviert? Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen.				
	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Jederzeit Kontakt zu meinem Angehörigen aufnehmen zu können	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, eine schöne Zeit mit meinem Angehörigen zu verbringen, die im Alltag oft zu kurz kommt	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, gemeinsam Tipps für die Pflegesituation zu lernen/praktisches Wissen für zu Hause mitnehmen zu können	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit der zeitgleichen Versorgung meines Angehörigen, da eine Reha sonst nicht möglich gewesen wäre	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: 				
Wäre es für Sie in Frage gekommen, alleine zur Reha zu fahren? ☐ ja ☐ nein				
Fragen zu Ihrer Person				
13. Wie alt sind Sie? _____ Jahre				
14. Welches Geschlecht haben Sie? ☐ weiblich ☐ männlich				
15. Welchen Familienstand haben Sie? ☐ verheiratet/zusammenlebend ☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet				
16. 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				

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigegefügtten 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>über-</u> <u>wiegend</u>	stimmt <u>ein</u> <u>wenig</u>	stimmt <u>nicht</u>
So kreuzen Sie richtig an:	☐	☒	☐	☐
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	☐	☐	☒	☒

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.	☐	☐	☐	☐
Mir fällt es leicht, Hilfe durch andere Personen bei der Betreuung meines Angehörigen anzunehmen.	☐	☐	☐	☐
Mein Angehöriger akzeptiert die Betreuung durch eine andere Person.	☐	☐	☐	☐
Den Herausforderungen im Pflegealltag fühle ich mich gewachsen.	☐	☐	☐	☐
Meinem Angehörigen und mir gelingt es, trotz der Belastungen Positives im Alltag bewusst wahrzunehmen.	☐	☐	☐	☐
Wir unternehmen regelmäßig etwas Schönes miteinander.	☐	☐	☐	☐
Gefühle wie Ärger oder Verletzungen, die im Pflegealltag entstehen, können wir gut ausräumen.	☐	☐	☐	☐
Mit der veränderten Beziehung durch die Pflegebedürftigkeit komme ich gut zurecht.	☐	☐	☐	☐
Mit der veränderten Beziehung durch die Pflegebedürftigkeit kommt mein Angehöriger gut zurecht.	☐	☐	☐	☐

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.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe den Eindruck, dass mein Angehöriger sich so verhält, um seinen Willen durchzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe den Eindruck, dass mir mein Angehöriger durch sein Verhalten das Leben schwer machen will.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin mir nicht sicher, wie weit die Versorgung meines Angehörigen durch mich gehen soll.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe den Eindruck, dass mein Angehöriger durch sein Verhalten versucht, mich zu manipulieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Schuldgefühle wegen der Art und Weise, wie ich mit meinem Angehörigen umgehe.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Betreuung meines Angehörigen macht mich unruhig oder niedergeschlagen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass mein Angehöriger Forderungen stellt, die meines Erachtens über das hinausgehen, was er tatsächlich braucht.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe den Eindruck, dass ich in der Vergangenheit nicht so viel für meinen Angehörigen getan habe, wie ich gekonnt oder gesollt hätte.	☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

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, kugeln, Golf spielen

☐
☐
☐

mehrere Treppenabsätze steigen

☐
☐
☐

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.

☐
☐

Ich konnte **nur bestimmte Dinge** tun.

☐
☐

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.

☐
☐

Ich konnte nicht so **sorgfältig** wie üblich arbeiten.

☐
☐

	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?	☐	☐	☐	☐	☐

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?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...voller Ener- gie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	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 (Be- suche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

Fragen zu Ihrem Reha-Aufenthalt

12. Wie viele Tage dauerte Ihre Reha? _____ Tage

13. Waren noch andere Pflegepaare zur gleichen Zeit vor Ort?

☐ ja ☐ nein

14. Wie war Ihr Angehöriger während Ihres Aufenthaltes untergebracht?

☐ in derselben Einrichtung

☐ in einer Pflegeeinrichtung

☐ Sonstiges, und zwar: _____

15. Hat Ihr Angehöriger bereits vor Ihrem Reha-Aufenthalt eine Tages- oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?

☐ ja ☐ nein

16. Vorbereitung auf die Reha

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

Als Vorbereitung auf meine Reha hatte ich noch vor der Anreise ein (telefonisches) Gespräch mit der Pflegeeinrichtung und der Rehaklinik.

☐
☐
☐
☐
☐

In diesem Gespräch konnten alle mir wichtigen Fragen zur Reha geklärt werden.

☐
☐
☐
☐
☐

In diesem Gespräch konnten alle mir wichtigen Fragen zum Aufenthalt meines Angehörigen in der Pflegeeinrichtung geklärt werden.

☐
☐
☐
☐
☐

Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch die Rehaklinik und Pflegeeinrichtung vor der Anreise?

☐ sehr zufrieden

☐ zufrieden

☐ weniger zufrieden

☐ unzufrieden

Haben Sie darüber hinaus Wünsche, wie Sie vor Ihrer Anreise unterstützt werden möchten?

☐ nein

☐ 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.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Aufenthalt wurde gemeinsam mit meinem Angehörigen geplant, entsprechend seinen Möglichkeiten.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Angebote (z. B. zur Bewegung) waren auf die Fähigkeiten meines Angehörigen abgestimmt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich wurde über die Angebote meines Angehörigen unterrichtet.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte das Gefühl, dass mein Angehöriger in der Pflegeeinrichtung gut aufgehoben ist und sich wohl fühlt.	☐	☐	☐	☐	☐

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.	☐	☐	☐	☐
Die Erwartungen meines Angehörigen wurden erfüllt.	☐	☐	☐	☐

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.

☐
☐
☐
☐
☐

Bei der Planung gemeinsamer und getrennter Angebote wurden meine Wünsche berücksichtigt.

☐
☐
☐
☐
☐

Die Wünsche meines Angehörigen wurden bei der Planung gemeinsamer und getrennter Angebote ebenfalls berücksichtigt.

☐
☐
☐
☐
☐

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 <i>Bitte setzen Sie hier zwei Kreuze, ein Kreuz im blauen, ein Kreuz im grauen Feld.</i>	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.	☐	☐	☐	☐	☐
Wir hatten die Möglichkeit, uns auch mit anderen „Pflegepaaren“ auszutauschen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Atmosphäre war angenehm.	☐	☐	☐	☐	☐
Wir hatten immer einen Ansprechpartner vor Ort.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn wir zu einem Angebot gebracht werden mussten, war dies gut organisiert.	☐	☐	☐	☐	☐
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.	☐	☐	☐	☐	
Die Erwartungen meines Angehörigen wurden erfüllt.	☐	☐	☐	☐	
Das Verhältnis von gemeinsamen Angeboten und getrennten Angeboten habe ich als passend empfunden.	☐	☐	☐	☐	
Das Verhältnis von gemeinsamen und getrennten Angeboten hat mein Angehöriger als passend empfunden.	☐	☐	☐	☐	
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.	☐	☐	☐	☐
... hat unserer Beziehung gutgetan.	☐	☐	☐	☐
... hat unser Wohlbefinden im Pflegealltag verbessert.	☐	☐	☐	☐

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 beigegefügtten 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 PFLE-GENDEN 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	- Wie lange hat der Aufenthalt gedauert? - Wie waren Sie untergebracht (gemeinsam oder getrennt)?	
Vorbereitung auf den Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung	Wie haben Sie die Vorbereitung auf den Aufenthalt erlebt?	Wie wurden Sie vor Antritt über Ihren Aufenthalt informiert (Telefon oder andere Gespräche)? Waren Sie damit zufrieden?
Subjektives Erleben des Aufenthaltes/Wahrnehmen und Befinden	Wie haben Sie den Aufenthalt wahrgenommen?	- 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	- Haben Sie gemeinsame Angebote mit Ihrer/Ihrem Angehörigen wahrgenommen? Welche waren das? - Wenn Sie keine gemeinsamen Angebote genutzt haben, woran lag das?	- 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	Wie haben Sie diese Angebote empfunden?	- 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	• Wurden Ihre Wünsche bei der Planung berücksichtigt?	• 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)	• Wie bewerten Sie die gemeinsamen Aktivitäten im Rückblick?	• Konnten Sie für sich etwas mitnehmen? Was hat sich geändert? Würden sie sich rückblickend anders entscheiden?
Begleitangebot		
Durchgeführte Angebote/Maßnahmen/individuelles Gesundheitsmanagement	• Wie war der Aufenthalt für Ihren Angehörigen gestaltet?	• 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	• Wie haben Sie die Organisation des Aufenthaltes empfunden?	• Gab es einen festen Ansprechpartner für Ihren Angehörigen vor Ort? Konnten auch Sie sich an diesen Ansprechpartner wenden? • Was war gut? Was nicht?
Partizipation	• Hatten Sie den Eindruck, dass auf die Wünsche Ihres Angehörigen eingegangen wurde?	• Wenn nicht auf Seine/Ihre Wünsche eingegangen wurde, woran lag das?
Persönliche Bewertung (Qualitätsaspekt, subjektiver Nutzen)	• Wie bewerten Sie die Betreuung und die Angebote in der Pflegeeinrichtung im Rückblick?	• 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	Wie haben Sie von dem Angebot einer gemeinsamen Reha erfahren?	Wo haben Sie die Information erhalten? Wie ist es dazu gekommen?
Motivation, Vorteile, Bedenken, Entscheidungsfindung	- Was hat Ihre Bereitschaft zur Teilnahme gefördert? Was waren Ihre Ziele - Welche Vorteile haben Sie (vielleicht) auch für sich gesehen?	- 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.)	- 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?	- 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.)	• Was müsste Ihrer Ansicht nach in der Zukunft noch bedacht werden? • Würden Sie die Maßnahme anderen weiterempfehlen?	• 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.

Leitfaden PuRpA 3: Interviews mit pflegebedürftigen Personen

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	- Wie lange hat der Aufenthalt gedauert? - Wie waren Sie untergebracht (gemeinsam oder getrennt)?	
Vorbereitung auf den Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung	Wie haben Sie die Vorbereitung auf den Aufenthalt erlebt?	Wie wurden Sie vor Antritt über Ihren Aufenthalt informiert (Telefon oder andere Gespräche)? Waren Sie damit zufrieden?

Subjektives Erleben des Aufenthaltes/Wahrnehmen und Befinden	Wie haben Sie den Aufenthalt wahrgenommen?	- 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	Wie war Ihr Aufenthalt gestaltet?	- 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	Wie haben Sie die Organisation des Aufenthaltes empfunden?	- Gab es einen festen Ansprechpartner vor Ort? - Was war gut? Was nicht?
Partizipation	Wurde auf Ihre Wünsche eingegangen?	Wenn nicht auf Ihre Wünsche eingegangen wurde woran lag das?
Persönliche Bewertung (Qualitätsaspekt, subjektiver Nutzen)	Wie bewerten Sie die Betreuung und die Angebote in der Pflegeeinrichtung im Rückblick?	Konnten Sie sich etwas mitnehmen? Was hat sich geändert?
Gemeinsame Angebote		
Durchgeführte Angebote/Maßnahmen/individuelles Gesundheitsmanagement	- Haben Sie gemeinsame Angebote mit Ihrer/Ihrem pflegenden Angehörigen wahrgenommen? Welche waren das? - Wenn Sie keine gemeinsamen Angebote genutzt haben, woran lag das?	- 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	Wie haben Sie diese Angebote empfunden?	- 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	Wurden Ihre Wünsche bei der Planung berücksichtigt?	- 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)	Wie bewerten Sie die gemeinsamen Aktivitäten im Rückblick?	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	Wie haben Sie von dem Angebot einer gemeinsamen Reha erfahren?	Wo haben Sie die Information erhalten? Wie ist es dazu gekommen?
Motivation, Vorteile, Bedenken, Entscheidungsfindung	- Was hat Ihre Bereitschaft zur Teilnahme gefördert? - Welche Vorteile haben Sie (vielleicht) auch für sich gesehen?	- 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/Selbständigkeit, Handlungen, Beziehung, Interaktion, Wohlbefinden etc.)	• 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?	• 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 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.)	• Was müsste Ihrer Ansicht nach in der Zukunft noch bedacht werden? • Würden Sie die Maßnahme anderen weiterempfehlen?	• Was hat Ihnen gefehlt?

Interviewabschluss:

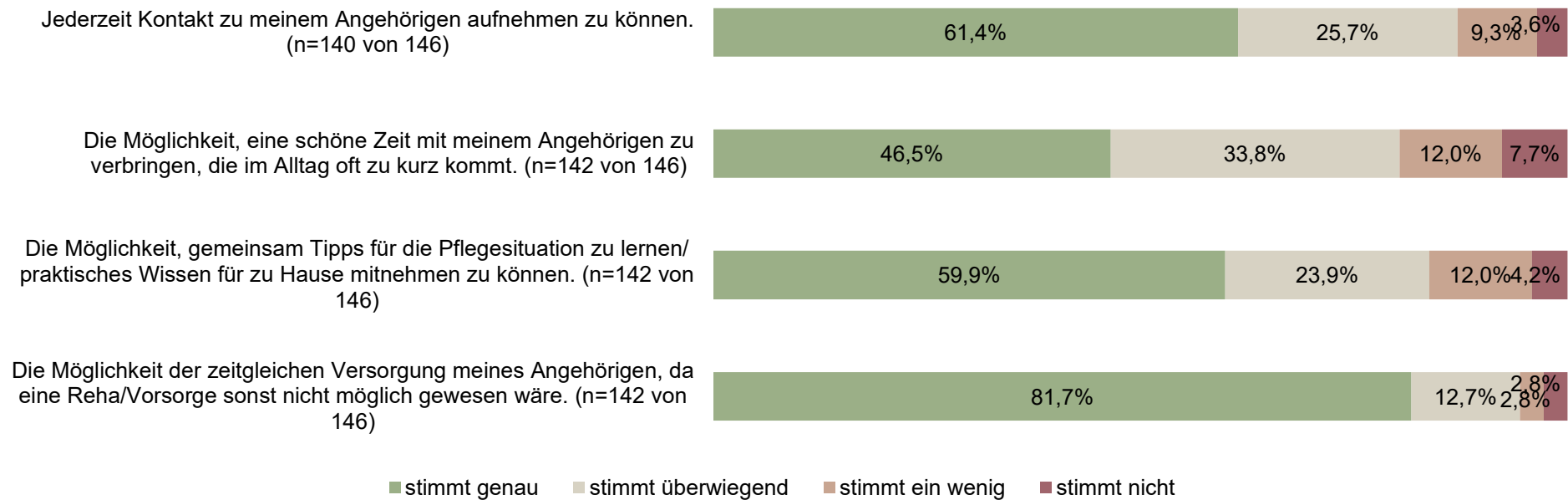
Nun sind wir am Ende des Interviews angelangt. Gibt es noch Themen, die Sie gern noch ansprechen möchten, über die wir bisher noch nicht gesprochen haben?

Vielen Dank für das Interview.

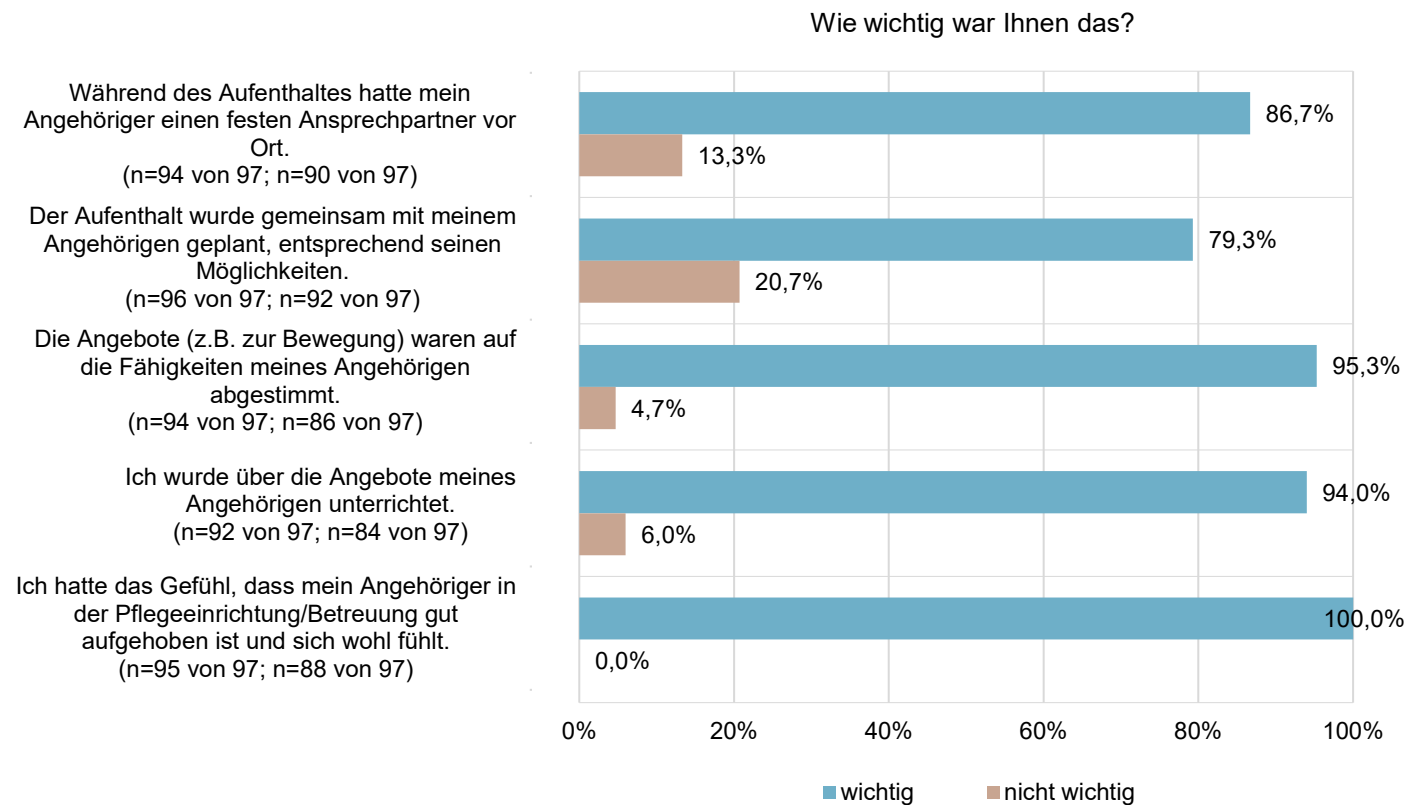
ANHANG 9: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK

GRÜNDE FÜR EINE GEMEINSAME REISE

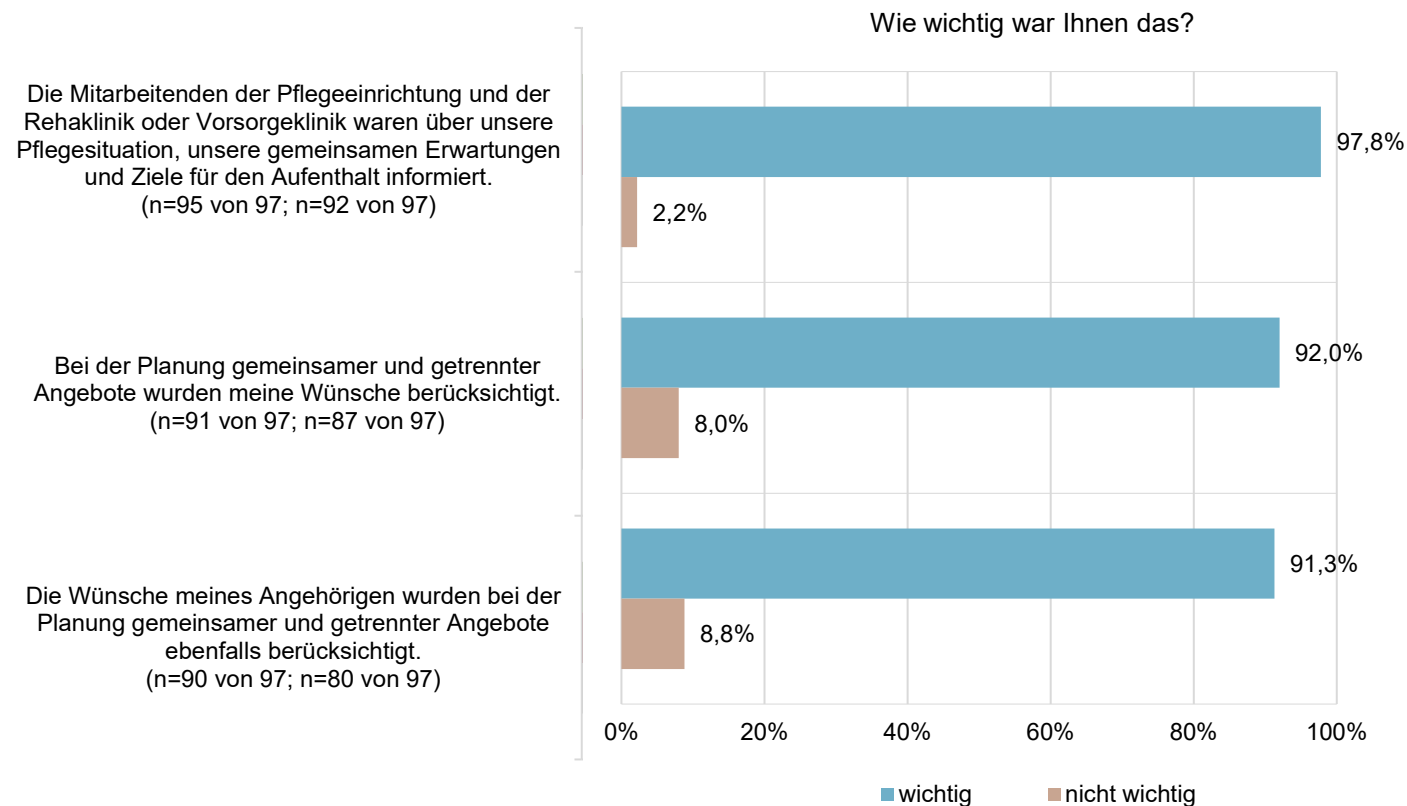
Gründe für eine gemeinsame Reha/Vorsorge



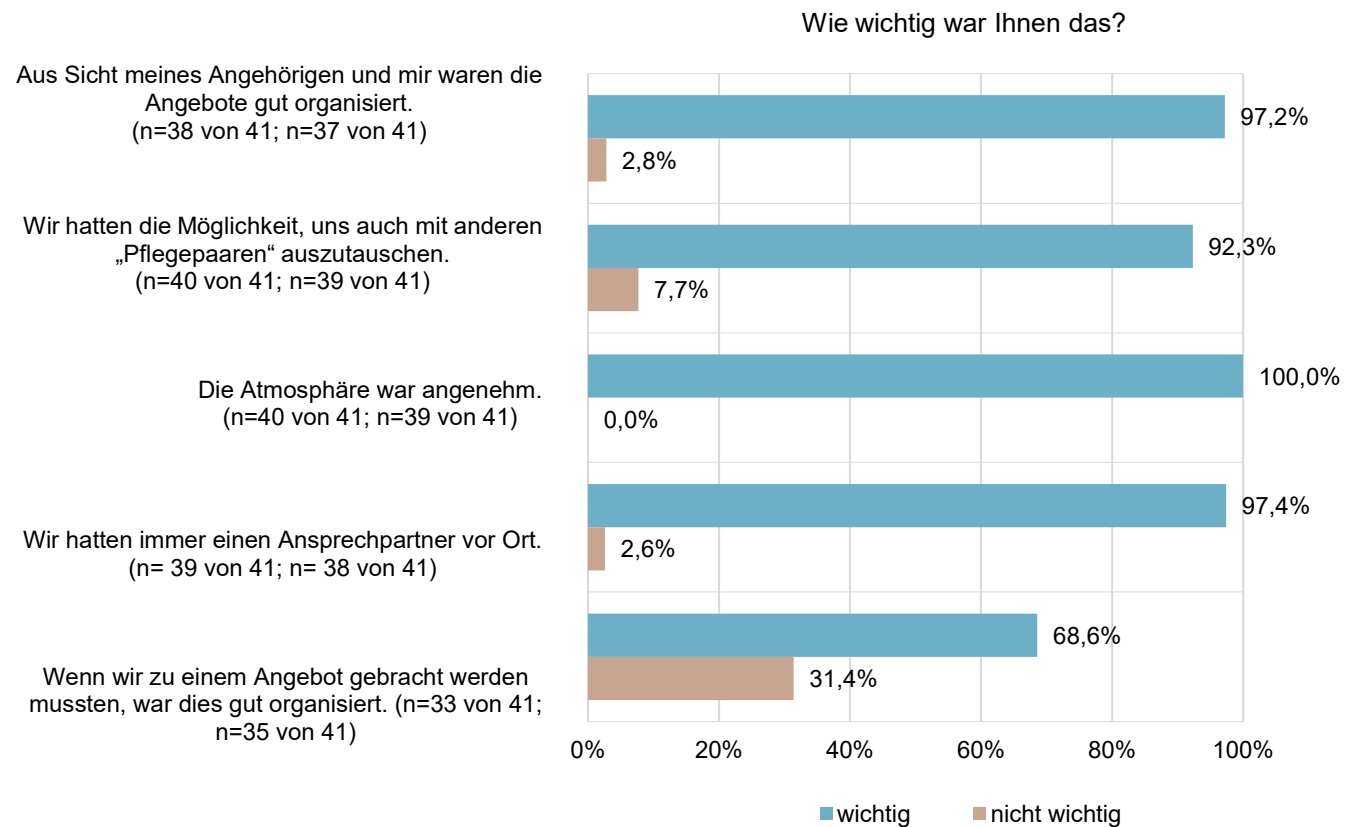
ANHANG 10: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK BEGLEITANGEBOT



ANHANG 11: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK GEMEINSAM GENUTZTE ANGEBOTE



ANHANG 12: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK ORGANISATION GEMEINSAM GENUTZTER ANGEBOTE

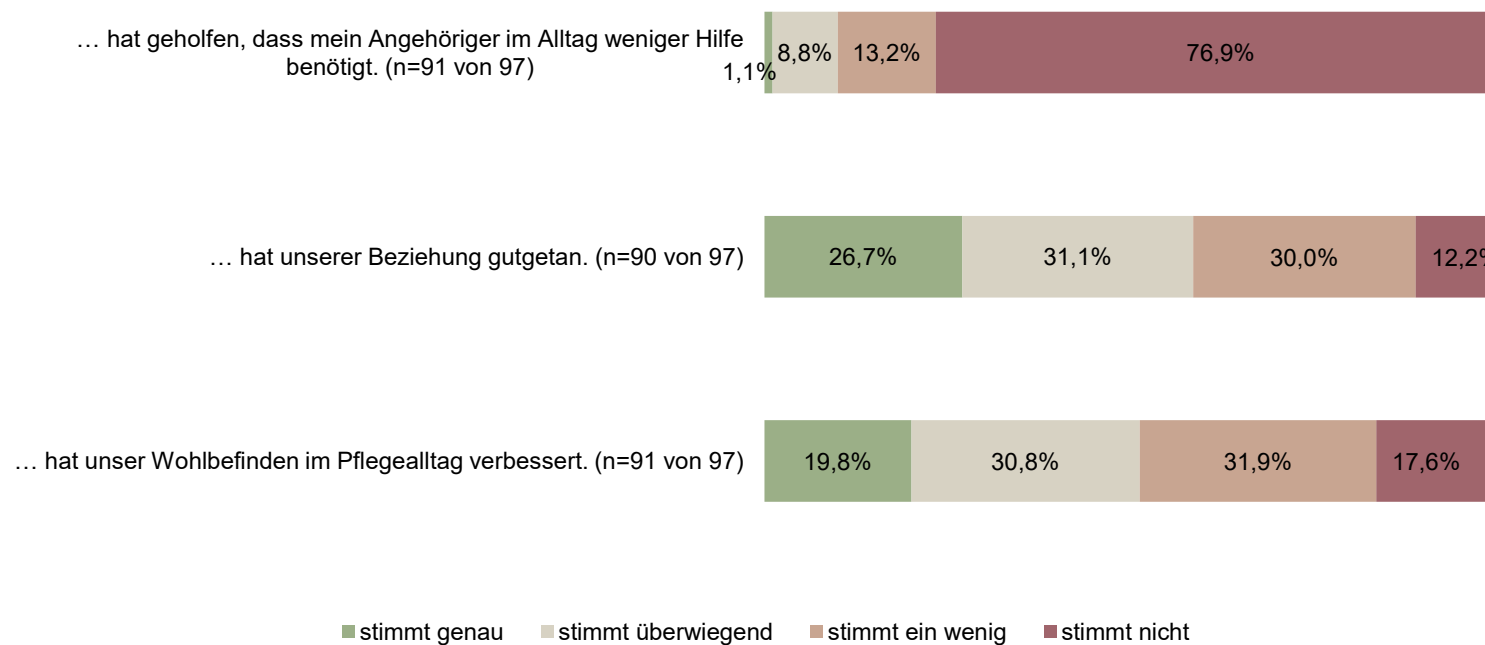


ANHANG 13: VALIDIERUNGSFRAGEN IM ÜBERBLICK

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 MANAGMENT FÜR PFLEGENDE 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:	☐	☒	☐	☐
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	☐	☐	☒	☒

Anmerkungen vorab:

- In diesem Fragebogen wird die Begriffe „Case Management“ sowie „Case Manager*in“ verwendet. Hiermit ist die „Unterstützung“ sowie „der/die Berater*in“ gemeint, mit dem/der Sie im Austausch über Ihre Pflegesituation sind.
- Zudem wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.
- Im Fragebogen wird nur die männliche Form verwendet. Es versteht sich, dass auch das jeweils andere Geschlecht mit gemeint wird.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragen zur Unterstützung

1. Warum nehmen Sie die Leistungen des Case Managers in Anspruch?

☐ als Unterstützung für Ihren Pflegealltag

☐ als Unterstützung nach Ihrer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme

2. Haben Sie sich schon Gedanken darüber gemacht, in welchen Bereichen Sie sich Unterstützung von Ihrem Case Manager wünschen?

Ja, ich wünsche mir:

☐

☐ Nein, habe ich noch nicht.

Fragen zu Ihrer Pflegesituation

3. Seit wie vielen Jahren übernehmen Sie die häusliche Pflege?

_____ Jahr(en)

4. Erhalten Sie bei der Pflege Ihres Angehörigen noch weitere Unterstützung?

☐ ja, nämlich:

☐
Finanzielle
Unter-
stützung

☐
Tagespflege

☐
Ambulanter
Pflegedienst

☐
Familien- oder
Bekannt-
kreis

☐
Sonstiges

☐ nein, die Betreuung übernehme ich im Wesentlichen allein

5. In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Angehörigen? Sie sind ...

☐

(Ehe-) Part-
ner/in

☐

Tochter/
Sohn

☐

Mutter/
Vater

☐

Schwieger-
tochter/ -sohn

☐

Sonstiges

6. Leben Sie in einem gemeinsamen Haushalt mit Ihrem Angehörigen?

☐ ja

☐ nein

7. Auswirkungen der Pflege

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.

Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!

	stimmt genau	stimmt über wiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	☐	☐	☐	☐
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	☐	☐	☐	☐
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	☐	☐	☐	☐
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	☐	☐	☐	☐
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	☐	☐	☐	☐
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	☐	☐	☐	☐
Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	☐	☐	☐	☐
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Soziale Unterstützung

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts („trifft genau zu“) würde beispielsweise bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz in der zweiten Spalte von links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft genau zu
Ich finde ohne Weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkungen so nehmen, wie ich bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	☐	☐	☐	☐	☐

	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.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	☐	☐	☐	☐	☐

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? (<i>Mehrfachantworten sind möglich</i>)	
☐	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 beigegefügtten vorfrankierten Briefumschlag und schicken diesen per Post an uns zurück. Bitte ergänzen Sie keine Absender-Angaben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Schriftliche Befragung zum Case Management



Sehr geehrte pflegende Angehörige,
sehr geehrter pflegender Angehöriger,

vielen Dank, dass Sie sich erneut die Zeit nehmen, einen Fragebogen auszufüllen.

Wir haben Sie bereits zu Beginn Ihrer Beratung und Unterstützung durch eine/n Case Manager*in mittels eines Fragebogens befragt. Heute interessieren uns Ihre Erfahrungen, die Sie mit dem Case Management gemacht haben, und wie es Ihnen aktuell gesundheitlich geht.

Alle Ihre Angaben bleiben anonym. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen mit dem frankierten Rückumschlag an die Fachhochschule Bielefeld, wenn Sie teilnehmen möchten. Damit die Befragung wirklich anonym bleibt, ergänzen Sie bitte keine Absender-Angaben.

Für diesen Fragebogen benötigen Sie ca. 15-20 Minuten Zeit.

Wie ausfüllen?	stimmt <u>genau</u>	stimmt <u>über-</u> <u>wiegend</u>	stimmt <u>ein</u> <u>wenig</u>	stimmt <u>nicht</u>
So kreuzen Sie richtig an:	☐	☒	☐	☐
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	☐	☐	☒	☒

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 über- wiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	☐	☐	☐	☐
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	☐	☐	☐	☐
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	☐	☐	☐	☐
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	☐	☐	☐	☐
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	☐	☐	☐	☐
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	☐	☐	☐	☐
Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	☐	☐	☐	☐
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen,	☐	☐	☐	☐

Verwandten, Freunden und Bekannten.				
-------------------------------------	--	--	--	--

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	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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 teil- weise zu	trifft zu	trifft genau zu
Ich finde ohne Weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkungen so nehmen, wie ich bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	☐	☐	☐	☐	☐

	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.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	☐	☐	☐	☐	☐

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?

21. Verwendete Materialien des Case Managements

[illegible]

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.	Inwiefern treffen diese Aussagen zu?			Wie wichtig war/ist Ihnen das?	
	trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht	wichtig	nicht wichtig
Der Case Manager...					
... hatte ausreichend Zeit für mich.	☐	☐	☐	☐	☐
... hat mir aufmerksam zugehört.	☐	☐	☐	☐	☐
... hat sich verständlich ausgedrückt.	☐	☐	☐	☐	☐
... gab mir das Gefühl, mit ihm/ihr über wichtige Dinge sprechen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐
... hat mich auf Augenhöhe in den Beratungs- und Unterstützungsprozess mit eingebunden.	☐	☐	☐	☐	☐
... kannte sich gut mit den Problemen und Herausforderungen pflegender Angehöriger aus.	☐	☐	☐	☐	☐
... ist auf meine Fragen und Bedürfnisse eingegangen.	☐	☐	☐	☐	☐
... hat meine bisherigen Erfahrungen/Kompetenzen berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐
... hat meine persönlichen Lebensumstände berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐
... berücksichtigte mein soziales Umfeld.	☐	☐	☐	☐	☐
... hat mir geholfen, Ziele zu formulieren, die ich erreichen kann.	☐	☐	☐	☐	☐

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.	Inwiefern treffen diese Aussagen zu?			Wie wichtig war/ist Ihnen das?	
	trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht	wichtig	nicht wichtig
Die Teilnahme am Case Management hat mir geholfen...					
... auf meine eigenen Bedürfnisse zu achten.	☐	☐	☐	☐	☐
... mich zwischendurch im Pflegealltag aktiv zu entspannen.	☐	☐	☐	☐	☐
... meinen Blick auf die positiven Dinge in meinem Leben zu lenken.	☐	☐	☐	☐	☐
... wieder bzw. mehr meinen eigenen Interessen nachzugehen.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Menschen zu benennen, die ich um Unterstützung bitten kann.	☐	☐	☐	☐	☐
... passende Entlastungs- und Unterstützungsangebote zu finden.	☐	☐	☐	☐	☐
... regelmäßig etwas für meine Gesundheit zu tun.	☐	☐	☐	☐	☐
... mein Wohlbefinden zu verbessern.	☐	☐	☐	☐	☐
... geeignete Hilfestellungen zu erhalten.	☐	☐	☐	☐	☐
... mein Wissen zu erweitern.	☐	☐	☐	☐	☐

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 beigelegten vorfrankierten Briefumschlag und schicken diesen per Post an uns zurück. Bitte ergänzen Sie keine Absender-Angaben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

ANHANG 16:INTERVIEW-LEITFADEN (CASE MANAGER*INNEN FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE)

Leitfadenentwurf PuRpA 2: Interviews mit Case Manager*innen

Begrüßung und Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich heute Zeit für ein Gespräch mit mir zu Ihren Erfahrungen als Case Manager*in für pflegende Angehörige (CMpA), nehmen. Das Interview wird voraussichtlich etwa eine halbe Stunde dauern.

Selbstverständlich haben Sie die Freiheit zu entscheiden, ob und wie Sie auf einzelne Fragen antworten möchten. Sie können das Interview auch jederzeit unterbrechen oder beenden. Ich werde mich im Gespräch etwas zurückhalten und nur die Fragen stellen. Die Teilnahme ist freiwillig.

Wenn Sie einverstanden sind, würde ich das Gespräch gern auf Band aufzeichnen. Das Interview wird später abgeschrieben, anonymisiert und dann ausgewertet. Die Aussagen werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt. Das heißt Kontextfaktoren wie ihr Name, ihr Arbeitsort oder andere Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden gelöscht. Sie können Ihr Einverständnis auch im Nachhinein noch zurückziehen. Dann werden die erhobenen Daten wieder gelöscht. Die Tonaufnahme wird ausschließlich auf einem geschützten Laufwerk der Fachhochschule bis zum Abschluss der Auswertung gespeichert und nach der Auswertung vollständig gelöscht. Zugang zu der Verschriftlichung haben nur die Mitarbeiter*innen der Fachhochschule.

Ihre Aussagen helfen uns, das Rahmenkonzept zum Case Management für pflegende Angehörige zu verbessern, welches von der AW Kur und Erholung entwickelt wurde. Hierzu werden eventuell anonymisierte Zitate aus dem Interview genutzt.

Haben Sie zu diesen Dingen noch Fragen? [...] Wenn Sie einverstanden sind, starte ich nun die Aufnahme.

→ Start der Audioaufnahme

Validierung der Schulung

*Leitfrage/Erzählimpuls: Vor Beginn der Erprobungsphase haben Sie an einer Schulung zu Case Manager*innen für pflegende Angehörige teilgenommen. In wie fern hat Sie die Schulung auf die Durchführung des Case Managements vorbereitet?*

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Allgemein	Wie haben Sie die Teilnahme an der Schulung Case Management für pflegende Angehörige erlebt?	- 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	Haben Sie schon einmal an einer Case Management-Weiterbildung teilgenommen?	Falls ja; Welchen Zusatznutzen hatte die Schulung mit spezieller Ausrichtung für pflegende Angehörige?
Schulungsinhalte	- Welche Schulungsinhalte waren für die Durchführung des CMpA für Sie besonders nützlich? Pflichtinstrumente: - Wie sicher haben Sie sich in der Umsetzung der Pflichtinstrumente im CMpA gefühlt?	- 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	In den Schulungen wurden verschiedene Methoden zur Vermittlung der Inhalte genutzt. Wie hat Ihnen die Auswahl der Methoden gefallen?	- 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	Wie haben Sie die Organisation der Schulung empfunden?	- 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	Die Schulung war aufgeteilt in Basis-Module, Fresh-Up-Termine und Wahlmodule. Wie fanden Sie diesen Aufbau/die Aufteilung?	Wie haben Sie die zeitlichen Abstände und Zeitpunkte der einzelnen Schulungstermine empfunden?

Wahlmodule	An welchem Wahlmodul (Familienmoderation oder beim Pflegen gesund bleiben) haben Sie teilgenommen?	- Wie hat Ihnen das Wahlmodul gefallen? - Was konnten Sie aus dem Wahlmodul fürs Case Management mitnehmen?
Abschluss	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?

	Organisation Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, damit das CMpA gut in der Praxis durchgeführt werden kann? (Zeit, Unterstützung der Vorgesetzten, ...)	Wie beurteilen Sie den zeitlichen Umfang, um eine Beziehung mit den pA aufbauen zu können?
Pflichtinstrumente	Wie konnten Sie die Pflichtinstrumente (FARBE-Fragebogen/Liste angenehmer Erlebnisse/soziale Netzwerkkarte/Unterstützungsplanung) im CMpA einbinden?	Haben Sie immer alle Pflichtinstrumente genutzt? Wenn nicht, wieso? Würden Sie die Pflichtinstrumente weiterhin in einem möglichen CMpA anwenden? Wie angebracht fanden Sie die Pflichtinstrumente zur Anwendung im CMpA? Wie war ihr Eindruck dazu, wie die pflegenden Angehörigen die Instrumente angenommen haben? Gab es Ihrer Erfahrung nach Verständnishürden für die pflegenden Angehörigen in Bezug auf die Instrumente? Falls ja, beschreiben Sie bitte Ihre Erfahrungen.
Optionale Instrumente	Im Rahmen der Schulung zur CMpA haben Sie auch einige optionale Instrumente kennengelernt. Welche optionalen Instrumente haben Sie im CMpA angewendet?	Wie haben Ihnen die angewandten optionalen Instrumente gefallen? Wie haben Sie entscheiden, welche Instrumente Sie anwenden? Würden Sie diese Instrumente ins Konzept aufnehmen?" Wurden zusätzlich zu den optionalen und Pflichtinstrumenten Instrumente angewendet? Wenn ja, welche? Würden Sie diese Instrumente ins Konzept aufnehmen?
Rollenverständnis	Wie klar ist Ihnen die Rollendefinition als CMpA? Was sehen Sie als Ihre Hauptaufgabe im CMpA?	Wie gut ist es Ihnen gelungen, sich zu Ihren anderen Tätigkeitsfeldern abzugrenzen? Falls es Ihnen schwer gefallen ist, wie hätten Sie sich ggf. weitere Unterstützung gewünscht?

Qualitätskriterien	Wie ist es Ihnen aus Ihrer Sicht gelungen, sich an den Qualitätskriterien fürs CMpA zu orientieren?	• 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? 1. zugehende, niedrigschwellige Beratung und Unterstützung 2. Lebensweltorientierung 3. Adressaten-/Zielgruppenorientierung 4. Ressourcenorientierung 5. Lösungsorientierung 6. systemische Beratungsperspektive 7. Empowerment 8. Netzwerkorientierung 9. Partizipation 10. Einbindung präventiver und gesundheitsförderlicher Elemente
Wirkungstendenzen	Wie gut ist CMpA (mit Ablauf, Inhalten etc.) ihrer Meinung/Erfahrung nach geeignet, um die Ziele der pAs zu erreichen? (Wieso?) Wie würden Sie die „Wirkung“ des CMpAs für die pAs einschätzen? (Stärkung des Wohlbefindens, der sozialen Unterstützung und der psychischen Gesundheit)	• Welche positiven/negativen Auswirkungen haben Sie bei den pA bemerkt, die Sie dem CMpA zuschreiben würden?
Allgemein	Würden Sie das Case Management für pflegende Angehörige gerne weiter anbieten?	Welche Faktoren erleichtern oder vereinfachen die Durchführung des CMpAs?
Abschlussfrage	Haben Sie Verbesserungsvorschläge?	Welche Änderungen würden Sie für das Konzept Case Management für pflegende Angehörige vorschlagen?

→ 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	- Wie sind Sie auf das Case Management aufmerksam geworden? - Wie haben Sie die Anmeldung zum Case Management erlebt?	- Welche Informationen genau haben Sie erhalten? - Wie haben Sie die Kontaktaufnahme empfunden? War es leicht oder eher schwierig?
Organisation	Wie war das Case Management organisiert? Waren sie damit zufrieden?	- Was hat Ihnen besonders gut gefallen? - Was könnten wir besser machen?
Motivation, Vorteile, Bedenken, Entscheidungsfindung	- Was hat Ihre Bereitschaft zur Teilnahme gefördert? - Welche Vorteile haben Sie (vielleicht) für sich gesehen? - Was haben Sie sich von dem Angebot versprochen?	- 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?
Kontextfaktoren	- Wo haben die Termine stattgefunden? - Wie haben Sie den Umfang der Maßnahme empfunden?	- 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?
Betreuungsbedarf des/der Angehörigen	Falls notwendig; wie wurde ihr Angehöriger während der Termine betreut?	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.)	• 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?	• 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	• Gibt es Veränderungen in Bezug auf Ihr Wohlbefinden? Falls ja, welche?	• 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	Wie wurde ihre vorherige Rehabilitations- oder Vorsorge-Maßnahme im Case Management berücksichtigt?	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	- 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?	- 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)

Aufwand/Rahmenbedingungen	1. Die folgenden Ressourcen müssen zur Verfügung stehen, um das CMpA inkl. Vor- und Nachbereitungen gut umsetzen zu können: 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.
Qualitätskriterien	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.

Pflichtinstrumente	9. Übung und Routine im Umgang mit den Instrumenten ist wichtig für den sicheren Einsatz in den Beratungs- und Unterstützungssituationen. 10. Der Einsatz der Pflichtinstrumente kann im CMpA dabei helfen, die Termine zu strukturieren und Ziele festzulegen. 11. Der Einsatz der Pflichtinstrumente sollte nicht verpflichtend sein, sondern individuell eingeschätzt werden.
optionale Instrumente	12. Die Auswahl oder Entscheidung, ob und welche optionalen Instrumente zum Einsatz kommen, sollte individuell abgewägt werden. 13. Zusätzlich zu bekannten Methoden kann es sinnvoll sein, ggf. lokale Angebote für Interventionen anzubieten oder einzubeziehen. 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. 15. Die optionalen Instrumente können vielfältige Möglichkeiten bieten, individuell auf die Belastungssituation der pA eingehen zu können.
Ablauf- und Phasenplan	16. Der Ablauf- und Phasenplan kann im CMpA als stützender Leitfaden gewinnbringend sein. Individuelle Anpassungen müssen jedoch nutzer*innenorientiert individuell möglich sein. 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. 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. 19. Die zeitlichen Abstände zwischen den Phasen bzw. Terminen sollten nicht terminiert, sondern individuell planbar sein.

<i>Rollendefinition/CM-Funktionen</i>	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.
<i>Vor- und Nachsorge</i>	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. 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. 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.
<i>Weitere Gelingensbedingungen</i>	24. Praxiserfahrung und Routine in der Umsetzung des CMpA kann für Sicherheit und ein erfolgreicheres CMpA beitragen. 25. Regelmäßige Supervision oder interkollegiale Austauschmöglichkeiten sind Möglichkeiten für die CMpA mehr Sicherheit in der Umsetzung zu gewinnen. 26. Um viele pA unterstützen zu können, ist Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkarbeit von große Bedeutung. 27. Bereits zu Beginn des CMpA-Prozesses sollte den pA kommuniziert oder vermittelt werden, dass der Blickwinkel auf ihnen und ihren Bedarfen liegen wird. 28. Die konkrete inhaltliche Ausrichtung des Blickwinkels oder der Einstellung sollte dabei nutzer*innenorientiert festgelegt werden. 29. CMpA sollte nicht nur eine kurzfristige Unterstützung, sondern eine längerfristige nachhaltige Begleitung sein.