

D. Hertle, F. Lüken, A. Trümner, C. Tewes, M. Rohjans, C. Veit

Vom Bedarf zur Reha: Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige

Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2014

Adresse der Autoren

Dr. Dagmar Hertle
Felix Lüken
Andrea Trümner
Christin Tewes
Mirja Rohjans
Dr. Christof Veit

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf

www.bqs.de
Telefon: +49 (0)211/280729-0
Telefax: +49 (0)211/280729-99

Inhaltsübersicht

Teil A: Zusammenfassung, Einführung in das Thema und Methoden	1
1 Zusammenfassung	1
2 Befragte Experten, Glossar, Abkürzungen	5
3 Einführung	9
4 Methodik	23
Teil B: Ergebnisse	33
5 Darstellung der Belastungen	33
6 Systematik der Bedarfe	42
7 Darstellung der Angebote in den Einrichtungen	52
8 Evidenz für die Wirksamkeit von Reha- und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige	77
Teil C: Analyse der Ergebnisse und Vorschläge für mögliche Weiterentwicklungen	79
9 Vom Bedarf zur Reha	79
10 Handlungsempfehlungen	99
11 Weiterentwicklungen und Forschungsbedarf	103
12 Literaturverzeichnis	109
Teil D: Anhang	A
Anhang 1: Recherchestrategie	A
Anhang 2: Befragung und Kommunikation mit den Einrichtungen	D
Anhang 3: Gesprächsleitfaden für die Expertengespräche	I
Anhang 4: Einrichtung, die die Aufnahme pflegebedürftiger Begleitpersonen ermöglichen	J

Inhaltsverzeichnis

Teil A: Zusammenfassung, Einführung in das Thema und Methoden	1
1 Zusammenfassung	1
2 Befragte Experten, Glossar, Abkürzungen	5
2.1 Befragte Expertinnen und Experten, Sachkundige und Betroffene	5
2.2 Glossar	7
2.3 Abkürzungen	8
3 Einführung	9
3.1 Einführung in die Thematik und kurzer historischer Abriss	9
3.1.1 Pflegeversicherung (1995)	12
3.1.2 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG, 2008)	12
3.1.3 Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG, 2013)	13
3.2 Aufgabe und Ziel des Gutachtens	14
3.3 Schwerpunkte und Abgrenzungen	15
3.4 Definition und Abgrenzung „Pflegerische Angehörige“	16
3.5 Rechtliche Rahmenbedingungen medizinischer Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige	17
3.5.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und stationäre Vorsorgeleistungen	17
3.5.2 Organisatorische Besonderheiten von Reha- und Vorsorgemaßnahmen	22
4 Methodik	23
4.1 Literaturrecherche (Recherchestrategie und -ergebnis)	23
4.1.1 Internationale Recherche	23
4.1.2 Rechercheergebnis	25
4.1.3 Recherche nach deutschsprachigen Quellen	25
4.1.4 Ein- und Ausschlusskriterien	27
4.2 Internetrecherche	28
4.3 Direktansprache	28
4.4 Umfrage in allen Reha-Kliniken	28
4.4.1 Ziel der Befragung	28
4.4.2 Fragebogenentwicklung	29
4.4.3 Mailing	29
4.5 Experteninterviews	30
4.5.1 Konzept der Expertenbefragung	30

Teil B: Ergebnisse	33
5 Darstellung der Belastungen	33
5.1 Belastungen	33
5.1.1 Hohe zeitliche Präsenz und Verfügbarkeit	35
5.1.2 Körperliche und psychische Belastung	35
5.1.3 Berufliche, familiäre und finanzielle Belastung	35
5.1.4 Objektive und subjektive Belastung	36
5.1.5 Geschlechterperspektive	37
5.2 Belastungsfolgen	38
5.2.1 Risiko für die psychische und physische Gesundheit	38
5.2.2 Gewalt und Dekompensation der häuslichen Pflegesituation	38
5.3 Erfassung von Belastungen, Belastungsfolgen und Bedürfnissen pflegender Angehöriger	39
5.3.1 Diagnose und „Benennung“ von Belastungsfolgen	39
5.3.2 Assessmentinstrumente	40
6 Systematik der Bedarfe	42
6.1 Information	43
6.2 Beratung	44
6.3 Pflegebegleitung	45
6.4 Schulung	46
6.5 Entlastung	47
6.6 Anleitung zur Selbstfürsorge/Primäre Prävention	47
6.7 Sekundäre Prävention/Therapie	48
6.8 Wertschätzung der Pflegeleistung	48
6.9 Belastungen und Bedarfe von besonderen Subgruppen	49
6.9.1 Alter des Pflegebedürftigen	49
6.9.2 Alter des pflegenden Angehörigen	49
6.9.3 Pflegebegründende Erkrankung	50
6.9.4 Art des Eintritts der Pflegesituation	50
7 Darstellung der Angebote in den Einrichtungen	52
7.1 Ergebnisse der Klinikumfrage	52
7.2 Erfassung des „Status (Kontextfaktors) pflegender Angehöriger“	55
7.2.1 Ergebnisse aus der Klinikbefragung	55
7.2.2 Ergebnisse aus anderen Quellen:	56
7.2.3 Fazit	56
7.3 Tabelle mit Einrichtungen, die spezifische Angebote für pflegende Angehörige haben	56

7.4	Regionale Verteilung der Angebote	65
7.5	Versorgung des Pflegebedürftigen während der Maßnahme des pflegenden Angehörigen	66
7.5.1	Die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung nach PNG	67
7.5.2	Die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung in einer hauseigenen oder kooperierenden Kurzzeitpflege	68
7.5.3	Zeitgleiche stationäre Maßnahmen für den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen	68
7.5.4	Die Versorgung des Pflegebedürftigen in einer Kurzzeitpflege am Heimatort	69
7.5.5	Die Versorgung des Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung	69
7.5.6	Umfrage und Recherche-Ergebnisse zur Mitnahme von Pflegebedürftigen	70
7.5.7	Auswertung aus dem QS-Reha [®] -Verfahren	71
7.6	Beschreibung einzelner, besonderer Angebote/Projekte	71
7.6.1	Beispiele für Reha-Leistungen	71
7.6.2	Beispiele für Vorsorgeleistung	72
7.6.3	Modellprojekte/Pilotprojekte	73
7.6.4	Beispiel für Selbstzahlerleistung	73
7.7	Fazit zu den Angeboten	74
7.8	Besonderheiten und Problemlagen einzelner Indikationsbereiche	74
7.8.1	Geriatrische Rehabilitation	74
7.8.2	Psychosomatische Rehabilitation	75
7.8.3	Somatische Rehabilitation	75
7.8.4	Stationäre Vorsorgeleistungen	75
8	Evidenz für die Wirksamkeit von Reha- und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige	77
8.1	Spezifische Untersuchungen zu pflegenden Angehörigen	77
8.2	Untersuchungen aus nahe-liegenden Bereichen	78

Teil C: Analyse der Ergebnisse und Vorschläge für mögliche Weiterentwicklungen	79
9 Vom Bedarf zur Reha	79
9.1 Ausgangslage des pflegenden Angehörigen und des Pflegebedürftigen	82
9.2 Information	82
9.2.1 Die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte	82
9.2.2 Die Rolle des Pflegedienstes	83
9.2.3 Pflegeberatung nach §37 SGB XI	83
9.2.4 Die Rolle des Medizinischen Dienstes	84
9.3 Beratung	84
9.3.1 Beratung nach §37 SGB XI – verpflichtende Pflegeberatung	84
9.3.2 Beratung nach §7a SGB XI	86
9.3.3 Beratung durch die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation	88
9.3.4 Fazit	89
9.4 Antragstellung	89
9.4.1 Antragsformalitäten	89
9.4.2 Zuständigkeiten	89
9.4.3 Antragsformulare: Muster 60/61 und G100	90
9.4.4 Reha-Verordnung durch qualifizierten Vertragsarzt	90
9.5 Bewilligung und Kostenübernahme	90
9.5.1 Bewilligungsvorbehalt	91
9.5.2 Interessenskonflikte zwischen Reha-Kostenträger und Pflegeversicherung	91
9.5.3 Ablehnungsraten	92
9.5.4 Zuweisung	92
9.6 Rehabilitation	92
9.7 Fazit: „Vom Bedarf zur Reha“	93
9.8 Beteiligte Akteure und ihre jeweilige Rolle/Situation	93
10 Handlungsempfehlungen	99
10.1 Adäquate Versorgung des Pflegebedürftigen während des stationären Aufenthaltes des/der pflegenden Angehörigen	99
10.2 Systematische Erfassung des Kontextfaktors „informelle häusliche Pflege“/„pflegende Angehörige“	99
10.2.1 Erfassung in Antragsformularen	99
10.2.2 Weitere Erfassungsmöglichkeiten	100
10.2.3 Schaffen einer Datengrundlage	100
10.3 Passgenaue Zuweisung	100

10.3.1	Entwicklung von Zuweisungskriterien für pflegende Angehörige	100
10.3.2	Umsetzung der Zuweisung in die passenden Einrichtungen	100
10.4	Fort- und Weiterbildung	100
10.5	Ergänzung von gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien	101
10.5.1	Pflegeneuenausrichtungsgesetz	101
10.5.2	Reha-Begutachtungs-Richtlinie des MDS	101
10.6	Vereinheitlichung und Zusammenfassung von Beratungsangeboten	101
10.7	Stabilität der Rahmenbedingungen	102
10.8	Öffentliche Wertschätzung	102
11	Weiterentwicklungen und Forschungsbedarf	103
11.1	Indikationsstellung – Sorgearbeit spezifisches Leitsyndrom	103
11.2	Frühwarnsystem und Notfallhilfe	103
11.3	Evaluation	105
11.4	Anregung von Diskussion und Vernetzung	107
11.5	Betrachtung und Berücksichtigung weiterer Subgruppen von Pflegenden	107
12	Literaturverzeichnis	109
Teil D: Anhang		A
Anhang 1: Recherchestrategie		A
Anhang 2: Befragung und Kommunikation mit den Einrichtungen		D
Anhang 3: Gesprächsleitfaden für die Expertengespräche		I
Anhang 4: Einrichtung, die die Aufnahme pflegebedürftiger Begleitpersonen ermöglichen		J

Teil A: Zusammenfassung, Einführung in das Thema und Methoden

1 Zusammenfassung

Ziel des vorgelegten Fachgutachtens ist eine Bestandsaufnahme der in Deutschland aktuell vorhandenen Angebote an stationären medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen, die spezifisch auf pflegende Angehörige zugeschnitten sind. Die Darstellung bezieht die Belastungen und Belastungsfolgen durch die Pflege mit ein und umfasst insbesondere auch eine Analyse der Bedarfe und Bedürfnisse pflegender Angehöriger sowie die Frage, ob und inwieweit die vorhandenen Angebote die spezifischen Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen erfüllen. Dabei liegt ein Schwerpunkt auf der Umsetzung der Vorgaben des Pflegeausrichtungsgesetzes, insbesondere der Möglichkeit, dass der Pflegebedürftige während einer stationären Reha-Maßnahme in der Einrichtung versorgt werden kann.

In der wissenschaftlichen Literatur und in den von den Autorinnen und Autoren geführten Expertengesprächen werden zahlreiche Belastungen und Belastungsfolgen pflegender Angehöriger beschrieben. Diese sind objektiver Art (Pflegeaufwand, zeitliche und finanzielle Einschränkungen), subjektiver Art (intrapsychische Verarbeitung des Geschehens) und gesundheitlicher Art (Erschöpfung, Schlafstörungen, Rückenprobleme bis hin zu einer erhöhten Mortalität).

Aus den Belastungen lässt sich eine Systematik der Bedarfe ableiten. Im vorliegenden Gutachten liegt der Fokus darauf, ob die vorhandenen medizinischen Reha- und Vorsorgeleistungen bedarfsgerecht sind und in Anspruch genommen werden (können).

Die Inanspruchnahme von Reha- oder Vorsorgeleistungen durch pflegende Angehörige ist einerseits eingebunden in den Kontext der organisatorischen und inhaltlichen Aspekte von Rehabilitation, wie Antragstellung, Klärung der Zuständigkeit des Kostenträgers (DRV oder GKV), Bewilligungsvorbehalt, Zuweisung in eine bestimmte Klinik usw. Andererseits kommt für pflegende Angehörige der Kontext der häuslichen Pflegesituation hinzu, mit der Frage nach der adäquaten Versorgung des Pflegebedürftigen während der Reha-Maßnahme, incl. zusätzlicher organisatorischer und finanzieller Aspekte. Darüber hinaus haben pflegende Angehörige aufgrund der speziellen Belastungen durch die Pflegesituation inhaltliche Bedarfe, die die Reha berücksichtigen muss, z. B. spezieller Informations- und Schulungsbedarf, Gruppenangebote mit anderen pflegenden Angehörigen, Erlernen praxistauglicher Entspannungs-, Selbstfürsorge- und Coping-Strategien usw.

Die Angebote, die die Reha-Einrichtungen in Deutschland speziell für pflegende Angehörige bereithalten, wurden über eine Umfrage per Email bei nahezu allen Reha-Kliniken sowie über ergänzende Internetrecherche und eine Befragung von Betroffenen und Experten recherchiert. Es fanden sich insgesamt 31 Kliniken, die in verschiedenen Leistungsbereichen (somatische Rehabilitation incl. geriatrischer Rehabilitation, psychosomatische Rehabilitation, stationäre Vorsorgeleistungen) inhaltlich spezifische Angebote für pflegende Angehörige bereitstellen. Nicht alle Kliniken, die ein spezifisches Konzept haben, bieten auch die Mitnahme des Pflegebedürftigen an; andererseits gibt es in einer Reihe von Kliniken ohne spezifisches Konzept die Möglichkeit, den Pflegebedürftigen im Falle einer Reha des pflegenden Angehörigen intern oder in einer kooperierenden Kurzzeitpflege zu versorgen.

Die Studienlage zur Wirksamkeit von Reha-Maßnahmen und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige ist unzureichend. Es gibt überhaupt nur eine Untersuchung (Holz 2004),

die mit dieser Zielgruppe durchgeführt wurde. Diese Studie zeigte kurz- und mittelfristig, d. h. zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme und sechs Monate danach, positive Resultate. Auch neun Monate nach Ende der Maßnahme waren psychische Stabilität und Wohlbefinden im Vergleich zum Beginn der Maßnahme gebessert. Ergebnisse aus angrenzenden Bereichen (Behandlung in Mutter-Kind-Einrichtungen des Müttergenesungswerkes) zeigten ebenfalls, dass nicht nur kurzfristig, sondern auch mittelfristig (sechs Monate nach Ende der Maßnahme) eine klinisch bedeutsame Reduktion der Belastungen und Beschwerden zu verzeichnen war. Demgegenüber verschlechterte sich die gesundheitliche Lage bei den Personen in den Kontrollgruppen, die nicht an einer stationären Vorsorgemaßnahme teilgenommen hatten.

Es ist unumstritten, dass die bei pflegenden Angehörigen nachgewiesenermaßen hohen und vielfältigen Belastungen vor allem passgenaue Entlastungsmaßnahmen im ambulanten Bereich erfordern, um in der individuellen Situation eine dauerhafte Entlastung im Alltag herbeizuführen und damit die Pflegesituation zu stabilisieren. Darüber hinaus besteht aber auch ein Bedarf an passgenauen Maßnahmen im Bereich der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge, weil pflegende Angehörige einerseits selbst erkranken und die Pflegesituation dann als wichtiger Kontextfaktor Berücksichtigung finden muss, und weil die Pflegesituation an sich eine so starke Belastung darstellen kann, dass eine ambulante Kompensation nicht mehr möglich ist. Nicht zuletzt wegen einer häuslichen Situation, die aufgrund von Sorgearbeit eine Entlastung prinzipiell erschwert, ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bei den Mutter-Kind-Maßnahmen nicht gültig. In ähnlicher Weise sollte dies auch für pflegende Angehörige gelten.

Das vorliegende Gutachten fokussiert auf die stationären Maßnahmen, behält aber die ambulanten Rahmenbedingungen im Blick, sofern sie für die Inanspruchnahme stationärer Leistungen bedeutsam sind. Vergleicht man Bedarfe und Angebote im Bereich der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge für pflegende Angehörige, so fällt ins Auge, dass trotz hohen Bedarfs nur wenige Einrichtungen über entsprechende Konzepte verfügen und sogar einige Kliniken ihre zielgruppenspezifischen Angebote wieder eingestellt haben. Diese Diskrepanz ist nicht durch die Schwierigkeit der Kliniken zu erklären, entsprechende Angebote inhaltlich zu gestalten und zur Verfügung zu stellen. Im Gegenteil: Die Grundstrukturen von Rehabilitation- und Vorsorgeleistungen (z. B. individuelle Reha-Ziele, Behandlung und Betreuung somatischer, psychischer und sozialer Probleme, Entspannungs-, Bewegungs- und Schulungsangebote) sind in fast allen Indikationsbereichen sehr gut für die inhaltliche Anpassung an die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen geeignet. Vielmehr besteht das Problem darin, dass der Zugang für die pflegenden Angehörigen trotz des vorhandenen Bedarfs nicht niedrigschwellig genug ist.

Betrachtet man den Weg eines pflegenden Angehörigen, bei dem eine Reha-Maßnahme notwendig ist, in die Klinik, so zeigt sich eine lange Prozess-Kette, die sowohl für ihn selbst als auch für den Pflegebedürftigen durchlaufen werden muss, damit die Maßnahme angetreten und durchgeführt werden kann. Diese Kette beinhaltet zunächst die Information darüber, welche Möglichkeiten für den Pflegenden und den Pflegebedürftigen überhaupt bestehen. Dann ist in aller Regel eine Beratung darüber nötig, welche dieser Möglichkeiten im individuellen Fall in Frage kommen und was getan werden muss, damit die Umsetzung in Gang kommt. Es folgen die Antragstellung, die Klärung der Kostenübernahme für die Maßnahme und die Versorgung des Pflegebedürftigen usw. Alle Schritte müssen koordiniert erfolgen, damit eine zeitgleiche Durchführung von Maßnahme und Unterbringung des Pflegebedürftigen möglich ist. Bis die Maßnahme tatsächlich angetreten werden kann, vergeht meist viel

Zeit und der Aufwand für die Betroffenen ist erheblich, weil viele der genannten Prozesse nicht ausreichend transparent und vereinheitlicht sind. Oft stehen Informationen nicht zur Verfügung, Beratungsstellen können nicht umfassend beraten, sondern häufig nur zu bestimmten Teilfragen, Fragen der Zuständigkeit z. B. von Kostenträgern sind nicht in allen Bereichen transparent, Anträge müssen mehrfach gestellt werden usw.

Zentrales Ergebnis des vorliegenden Gutachtens ist demnach, dass die Belastungen unumstritten, die Bedarfe vorhanden und Angebote relativ leicht zu schaffen sind. Es liegen in einer ausreichenden Zahl von Einrichtungen die notwendigen Strukturen vor, um zielgruppenspezifische Konzepte zu etablieren und auch im ambulanten Bereich sind die Strukturen für Information, Beratung und Organisation der Durchführung einer Reha- oder Vorsorgemaßnahme grundsätzlich vorhanden. Dennoch können die Maßnahmen nicht in einem signifikanten Ausmaß in Anspruch genommen werden, hauptsächlich deshalb, weil die Prozesse im Vorfeld noch zu bürokratisch, undurchsichtig, uneinheitlich und zu aufwändig sind.

Das Gutachten analysiert diese Prozesse und schlägt praxis- und handlungsorientiert vor, an welcher Stelle und auf welche Weise hier Abhilfe geschaffen werden kann.

Die für erforderlich gehaltenen Maßnahmen betreffen die Bereiche

- Sensibilisierung und Fortbildung der beteiligten Akteure, insbesondere derer, die regelmäßig aufsuchend Kontakt zur Pflegesituation haben
- Standardisierung und Zusammenführung von Beratungsleistungen auf kommunaler Ebene
- Erfassung des Status „pflegender Angehöriger“ auf verschiedenen Ebenen (bspw. in den Reha-Antragsformularen) und damit
- Sichtbarmachen dieser Personengruppe als Antragssteller von Reha-Leistungen und damit die Möglichkeit, ihnen systematisch die bedarfsgerechten Angebote der Einrichtungen zugutekommen zu lassen
- Erfassung von Angeboten für pflegende Angehörige durch Ergänzung entsprechender Zuweisungskriterien im QS-Reha[®]-Verfahren und in der Strukturhebung der DRV
- Zentrale Koordination der Zuständigkeit verschiedener Kostenträger
- Ergänzung der gesetzlichen Regelungen zur besonderen Berücksichtigung pflegender Angehöriger im SGB VI (DRV)
- Aktualisierung der Reha-Begutachtungs-Richtlinie des MDS durch den GKV-Spitzenverband mit Ergänzung der Neuregelungen des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes
- Stabilität der Rahmenbedingungen insbesondere der Vergütungs- und Zuweisungsmodalitäten für Reha-Einrichtungen, die Angebote für pflegende Angehörige etablieren wollen/sollen
- Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, temporären Versorgung Pflegebedürftiger in Kurzzeitpflegeeinrichtungen während der Reha-Maßnahme des pflegenden Angehörigen

- Öffentliche Wertschätzung und Anerkennung der gesellschaftlichen Bedeutung von häuslicher Pflege und der Leistung der pflegenden Angehörigen durch Öffentlichkeitsarbeit und durch das Voranbringen niedrigschwelliger unterstützender Maßnahmen .

Diese Maßnahmen können kurzfristig durchgeführt werden. Darüber zeigt das Gutachten Weiterentwicklungs- und Forschungsbedarf hinsichtlich der folgenden Bereiche auf:

- Evaluation zur Wirksamkeit von spezifischen Reha- und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige zur Schaffung von mehr Evidenz
- Förderung von Diskussion und Vernetzung aller Akteure, die mit Reha- und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige befasst sind. Vorgeschlagen wird ein Symposium mit Vorstellung aktueller Angebote und Projekte in Kliniken und Diskussion möglicher Maßnahmen mit wissenschaftlichen Experten, Leistungserbringern, Vertretern von Betroffenen, Kostenträgern und Politik.
- (Weiter-) Entwicklung und Anwendungsprüfung von Assessments zur Erfassung von Überlastungssituationen mit dem Ziel, ein Frühwarnsystem zu etablieren incl. Krisenmanagement und Soforthilfe im Notfall.
- Erweiterung der Diagnosebegrifflichkeiten um Aspekte des sozialen/familiären Umfeldes und Aspekte der Funktion und Teilhabe. Die Belastungsfolgen von Sorgearbeit lassen sich im ICD nicht adäquat abbilden. Dies kann im Rahmen der Indikationsstellung für Reha-Maßnahmen einerseits zur inadäquaten Bagatellisierung und andererseits zur Pathologisierung durch Diagnose-Upgrading führen. Ausgangspunkt könnte die „mütterspezifische Rahmenindikation“ von Arnold-Kerri sein.

2 Befragte Experten, Glossar, Abkürzungen

2.1 Befragte Expertinnen und Experten, Sachkundige und Betroffene

Wir bedanken uns bei allen Expertinnen und Experten sowie den vielen, die uns zu ihren Projekten wertvolle Informationen zur Verfügung gestellt haben oder in sonstiger Weise unsere Arbeit unterstützt haben.

Tab. 1: Interviewpartner

Name	Institution	
Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler		
Prof. Angelika Zegelin	Fakultät für Gesundheit, Pflegewissenschaften, Uni Witten-Herdecke	Experten- gespräch
Prof. Susanne Zank	Leiterin des Lehrstuhls für rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Uni Köln	Experten- gespräch
Prof. Manfred Langehennig	Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Frankfurt	Experten- gespräch
Dr. Klaus Pfeiffer	Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung (RBMF) Stuttgart	Experten- gespräch
Prof. Ernst von Kardorff	Institut für Rehabilitationswissenschaften, Universität Berlin	Experten- gespräch
Prof. Elmar Gräßel	Leiter Medizinische Psychologie und Soziologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg Vorsitzender der Alzheimergesellschaft Mittelfranken	Experten- gespräch
Prof. Wolfgang Schütte	Fakultät Wirtschaft & Soziales; Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg	Experten- gespräch
Prof. Felix Welti,	Institut für Sozialwesen, Universität Kassel Ehrenamtlicher Richter am Bundessozialgericht	Experten- gespräch
Prof. Erik Farin-Glattacker	Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS), Universität Freiburg	Experten- gespräch
Prof. Thomas Lichte	Lehrstuhl für Allgemeinmedizin, Universität Magdeburg	Experten- gespräch
Ralf Bürgy	Ehem. Universität Heidelberg Leiter Qualität, Organisation und Revision, MediClin AG	Experten- gespräch
Betroffene und Vertreter von Betroffenen		
Dr. Hanneli Döhner	Gründungsmitglied und Vorstand „Wir pflegen“ (Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e.V.), bis 2011 Leiterin Sozialgerontologie, Uni Hamburg	Experten- gespräch
Claus Fussek	Vereinigung Integrationsförderung e.V. (VIF), München	Experten- gespräch
Wolf-Dietrich Trenner	Fördergemeinschaft für Taubblinde, Deutscher Behinderten Rat, Patientenvertretung	Experten- gespräch

Friedrich Volkenborn	Gesprächskreis „Pflegerische Angehörige“, Hamm	Experten- gespräch
Kostenträger		
Dr. med. Susanne Weinbrenner	Leiterin des Geschäftsbereiches Sozialmedizin und Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund	Schriftliche Stellung- nahme
Heinz Krumnack	Vorsitzender der Geschäftsführung, DRV Rheinland	Schriftliche Stellung- nahme
Gisbert Jutz	BarmerGEK	Schriftliche Stellung- nahme
Ute Polak	AOK Bundesverband, Referatsleiterin Rehabilitation	Experten- gespräch
Thomas Herzfeld	Techniker Krankenkasse Hamburg	Experten- gespräch
Chris Behrens	AOK Nordost	Experten- gespräch
Verbände		
Thomas Bublitz	Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes deut- scher Privatkliniken (BDPK), Berlin	Experten- gespräch
Dirk van den Heuvel	Geschäftsführer Bundesverband Geriatrie, Berlin	Experten- gespräch
Christof Lawall	Geschäftsführer Degemed (dt.Gesellschaft für medi- zinsche Rehabilitation) Berlin	Experten- gespräch
Anne Schilling und Petra Gerstkamp Marlene Rupprecht	Geschäftsführerin und stellvertretende Geschäftsfüh- rerin des Müttergenesungswerkes, Berlin Kuratoriumsvorsitzende des Müttergenesungswerkes, Berlin	Experten- gespräch
Ursula Lenz	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren- Organisationen e.V. (BAGSO), Bonn	Experten- gespräch
Dr. Norbert Lübke Dr. Maria Albota	Kompetenz Centrum Geriatrie, Hamburg	Experten- gespräch
Fach- und Beratungsstellen		
Nicole Reinhardt	COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Experten- gespräch
Frank Schumann	Fachstelle für pflegende Angehörige, Berlin	Experten- gespräch
Silke Niewohner	Selbständig im Bereich Coaching und Pflegeberatung Ehemalige Leiterin der Landesstelle Pflegende Ange- hörige NRW	Experten- gespräch
Ingo Behr Antje Brandt	Landesstelle Pflegende Angehörige NRW Münster	Experten- gespräch

2.2 Glossar

Begriff/Synonym	Erläuterung
Beratung nach §37, SGB XI	verpflichtende Beratung bei ausschließlicher Bezug von Pflegegeld (also ohne die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes)
Informelle Pflege Laienpflege	Pflege durch Angehörige und nahestehende Personen, die in der Regel keine pflegerische Ausbildung haben. Beide Begriffe werden meist synonym verwendet.
Kurzzeitpflege	zeitlich begrenzte vollstationäre Pflege bei sonstiger häuslicher Pflege (§42 SGB XI)
Medizinische Rehabilitation	ambulante oder stationäre medizinische Leistungen zur Abwendung, Beseitigung oder Minderung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, wenn eine ambulante Krankenbehandlung hierzu nicht ausreicht
Pflegende Angehörige Informell Pflegende Informelle Pflegepersonen Informal caregivers Versorgende Zugehörige	Pflegende Angehörige sind Menschen, die einen Pflegebedürftigen zu Hause pflegen ohne dafür speziell ausgebildet zu sein und ohne dafür ein Gehalt zu bekommen. Ein Verwandtschaftsverhältnis ist nicht zwingend, besteht jedoch über 90% der Fälle. (Definition siehe Kapitel 3.4)
Pflegebedürftige	Als pflegebedürftig werden in diesem Gutachten alle Personen definiert, für die Leistungen der Pflegekasse erbracht werden
Pflegegeld (§37 SGB XI)	Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe (sog. Sachleistungen) ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstellt.
Pflegekurse (§45 SGB XI)	Kostenloses Schulungsangebot der Pflegekassen an informell Pflegende zur Erleichterung der häuslichen Pflege.
Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG)	Gesetzesänderung im Rahmen der Pflegereform 2013, die u. a. die Mitnahme von Pflegebedürftigen im Rahmen einer Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme erleichtern soll. (siehe Kapitel 3.1.3)
Pflegestützpunkte nach §92c SGB XI	Sollen wohnortnahe Angebote zur Beratung, Versorgung und Betreuung bieten sowie Auskunft zu Sozialleistungen und Hilfsangeboten geben.
Gemeinsame Servicestelle (§22 SGB XI)	Ortsnahe Beratungsstellen der Rehabilitationsträger. Sollen die Zuständigkeit der Reha-Träger klären und im Falle mehrerer Träger koordinieren. Eine enge Zusammenarbeit mit der individuellen Pflegeberatung (§7a SGB 11) ist vorgesehen.
Verhinderungspflege (§39 SGB XI)	häusliche Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson

2.3 Abkürzungen

Abkürzung	
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BQS	BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
BVG	Bundesverband Geriatrie
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
PV	Pflegeversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
PfNG	Pflegeneuausrichtungsgesetz
PfWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch

3 Einführung

3.1 Einführung in die Thematik und kurzer historischer Abriss

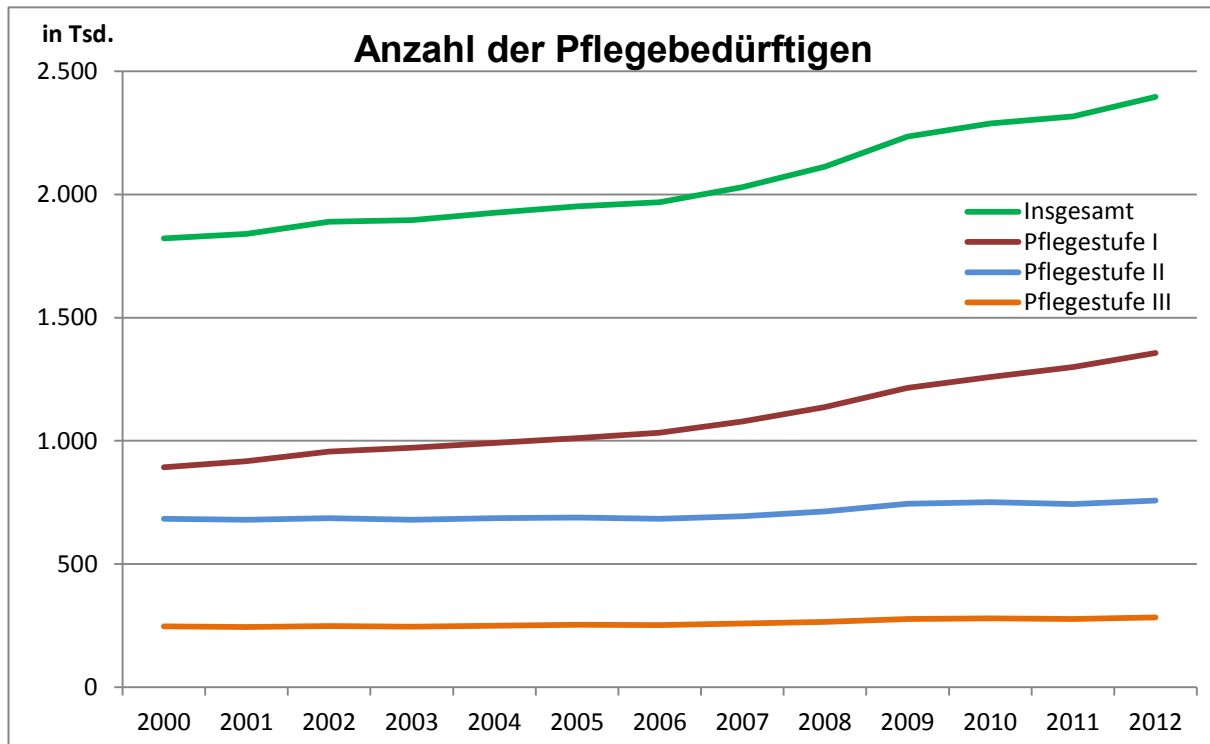
Seit Jahrhunderten kümmern sich Familienangehörige und nahe stehende Personen um das Wohl alter, chronisch erkrankter oder behinderter pflegebedürftiger Menschen in ihrem häuslichen Umfeld. Diese Form des Pflegens und Versorgens eines Anderen basiert nicht auf einer Berufsausbildung, sondern beruht auf Erfahrungswissen und wird als nichtprofessionelle Pflege oder Laienpflege bezeichnet. Sie orientiert sich an den Bedürfnissen des Anderen und findet im Kontext eines eigenen Werte- und Familiensystems statt.

Als sogenannte „pflegende Angehörige“ ist die Personengruppe der im Familiensetting Pflegenden begrifflich erst seit den frühen 1990er Jahren ins Blickfeld gerückt (Institut für Gerontologische Forschung (IGF) 2011). Auch gegenwärtig ist der Übergang von anfänglichen kleineren Hilfs- und Dienstleistungen für Verwandte und Bekannte zu einer Pflege im größeren Umfang meist fließend. Als Folge dieses langsamen Übergangs nehmen pflegende Angehörige sich selbst auch heute oft nicht als solche wahr (Döhner, Expertengespräch). Dies betrifft auch die Eltern behinderter Kinder, da Säuglinge immer „pflegebedürftig“ sind, und die Situation der Eltern als dauerhaft Pflegenden oft erst nach einem längeren Zeitraum deutlich wird.

Seit den 1990er Jahren wird die Problematik der pflegenden Angehörigen zunehmend auch in einem gesundheits- und sozialpolitischen Zusammenhang wahrgenommen. Der Erhalt der Pflegebereitschaft und der Pflegefähigkeit von pflegenden Angehörigen wird dabei als zentral bedeutsam für die Bewältigung des demographischen Wandels angesehen (Kofahl 2010).

In den vergangenen zehn Jahren ist die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland kontinuierlich gestiegen – von 2002 bis 2012 um 27%. Zwar war die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen auch in den Pflegestufen II und III zweistellig (+10% bzw. +15%), den deutlichsten Anteil an der Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen machen jedoch die Pflegebedürftigen der Pflegestufe I aus (+42%) (Abb.1).

Abb. 1: Anzahl der Pflegebedürftigen (2000-2012)

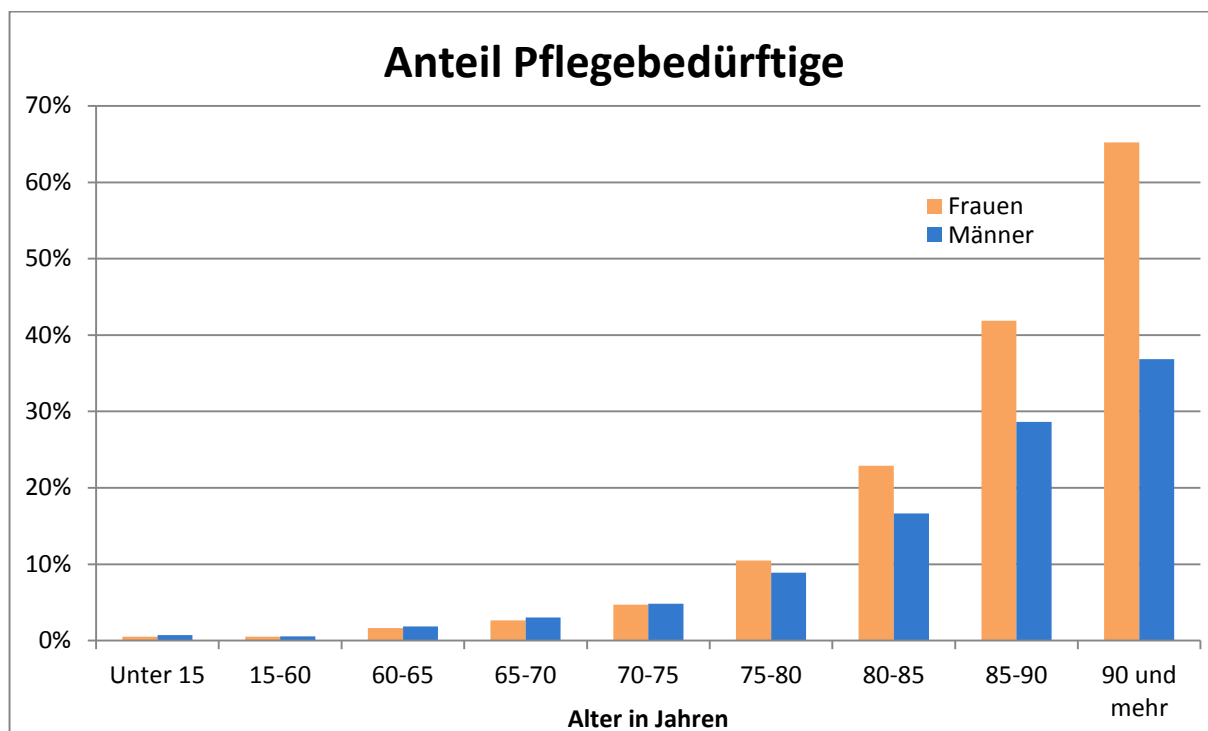


(Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2013a) Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufen)

Dabei ist die Zunahme der Pflegeprävalenz der vergangenen Jahre allein auf demografische Effekte zurückzuführen: „Die Wahrscheinlichkeit dafür, in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu sein, ist in den letzten 12 Jahren nicht angestiegen.“ (Statistisches Bundesamt (2013) Pflegestatistik 2011, S. 10). Aufgrund des demografischen Wandels ist davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen sich auch in den kommenden Jahren weiter erhöhen wird.

Der altersassoziierte Anstieg der Pflegebedürftigkeit lässt sich der Abbildung 2 entnehmen. Während in der Gruppe der 60-65-Jährigen 1,6 % der Männer und 1,9 % der Frauen pflegebedürftig sind, liegt der Anteil bei den 70-75-Jährigen bereits zwei- bis dreimal so hoch. Auffällig ist, dass Frauen mit zunehmendem Alter deutlich häufiger auf Pflege angewiesen sind als Männer. So sind 2/3 der Frauen ab 90 Jahren pflegebedürftig. Bei den gleichaltrigen Männern ist es hingegen „nur“ 1/3.

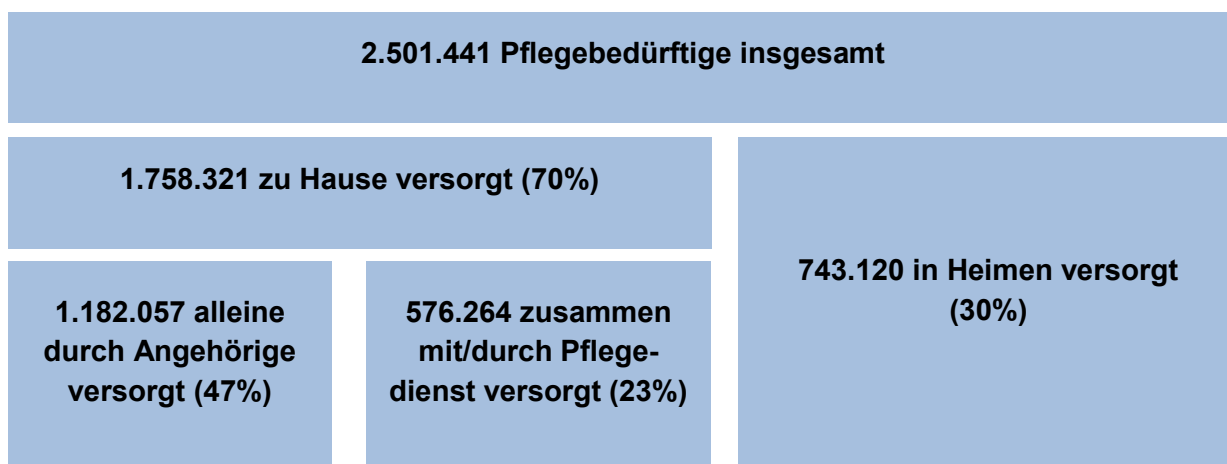
Abb. 2: Anteil der Pflegebedürftigen je Altersgruppe



(Statistisches Bundesamt (2013) Pflegestatistik 2011)

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes waren im Jahre 2011 in Deutschland 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig, d. h. sie erhielten finanzielle und/oder Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. 70% der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Fast die Hälfte aller Pflegebedürftigen wurde ausschließlich, d. h. ohne die Inanspruchnahme von Leistungen eines professionellen Pflegedienstes, von den Angehörigen gepflegt (Abb.3)

Abb. 3: Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland



(Quelle: Statistisches Bundesamt (2013) Pflegestatistik 2011)

Laut Statistischem Bundesamt ist der Anteil der zu Hause gepflegten Personen (an allen Pflegebedürftigen) in den vergangenen Jahren konstant geblieben und hat sich sogar ein wenig erhöht. Allerdings findet sich in der häuslichen Pflege ein Trend zur Beteiligung ambulanter Pflegedienste (Statistisches Bundesamt (2013) Pflegestatistik 2011, S. 10). Mit der häuslichen Pflege gehen multiple Belastungen der pflegenden Angehörigen einher, auf die in Kapitel 5.1 näher eingegangen wird.

3.1.1 Pflegeversicherung (1995)

Bereits 1984 hat die Bundesregierung in einem Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit die familiäre Situation von Pflegenden und Pflegebedürftigen thematisiert. Es wurde zunächst eine Bündelung von Einzelmaßnahmen zur Entlastung angekündigt (Bundestagsdrucksache 10/1943 (Deutscher Bundestag 1990)). Mit Wirkung zum 1. Januar 1995 wurde dann in Deutschland die Soziale **Pflegeversicherung** (PV) durch Verabschiedung des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) als Pflichtversicherung eingeführt. Sie bildet – neben der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung – den jüngsten eigenständigen Zweig der Sozialversicherungen und somit dessen „fünfte Säule“. Zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit hat die Soziale Pflegeversicherung die Aufgabe, Hilfen für Pflegebedürftige zu leisten, die aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarische und praktische Unterstützung angewiesen sind.

Nachdem Anfang der 1990iger Jahre viel über die Problemsituation der pflegenden Angehörigen nachgedacht worden war, was zahlreiche wissenschaftliche Publikationen belegen (Jansen und von Kardorff 1995), ließen diese Aktivitäten nach Einführung der Pflegeversicherung nach, wohl weil die Auffassung herrschte, die Maßnahmen der Pflegeversicherung würden die meisten Probleme lösen und mit einem weitergehenden Bedarf sein nicht zu rechnen.

3.1.2 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG, 2008)

Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung aus dem Jahre 2008 hatte zum Ziel, die Lebenssituation der Betroffenen durch eine Stärkung der häuslichen Versorgung zu verbessern. Die Schaffung von Pflegestützpunkten und der gesetzliche Anspruch auf Pflegeberatung standen im Mittelpunkt der Reform.

Ambulante und stationäre Leistungen wurden mit dem PfWG stufenweise angehoben. Seitens des BMG wurde hervorgehoben, dass die Pflegebedürftigen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben möchten und somit dem Ausbau und der Weiterentwicklung häuslicher und wohnortnaher Versorgungsstrukturen eine besondere Bedeutung zukommen soll: „Neben den Pflegebedürftigen selber stehen aber auch die pflegenden Angehörigen im Fokus der Reform. Sie müssen die Pflege auf Dauer bewältigen können und benötigen hierfür entsprechende Unterstützungsstrukturen“ (Bundesministerium (BMG) und TNS Infratest Sozialforschung 2011). Weitere Reformelemente des PfWG, die sich auf die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen beziehen, sind

- Anspruch auf Verhinderungspflege für pflegende Angehörige bereits nach 6 statt nach 12 Monaten Pflegezeit.
- neue Wohnformen werden durch die Möglichkeit einer gemeinsamen Inanspruchnahme von Sachleistungen durch mehrere Pflegebedürftige unterstützt (sogenanntes „Poolen“ von Leistungen).
- die Förderung von Ehrenamt und Selbsthilfe in der Pflege, z. B. durch mehr niedrigschwellige Betreuungsangebote
- die Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

3.1.3 Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG, 2013)

Schwerpunkt des PNG ist eine Erhöhung der Leistungen für demenziell Erkrankte in der ambulanten Versorgung sowie eine Ausweitung der Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten (finanziell und organisatorisch) für Pflegebedürftige mit ihren Angehörigen. Die in den Jahren zuvor bereits geforderte Erweiterung des „verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs des SGB XI“ (BMG und Gohde 2009) wurde um die Bereiche Kommunikation, psychosoziale Betreuung, Anleitung und allgemeine Begleitung/Beaufsichtigung erweitert.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff war in der Pflegeversicherung bis zu diesem Zeitpunkt daran ausgerichtet, in welchem Umfang die pflegebedürftige Person Hilfe im Bereich Grundpflege und hauswirtschaftlicher Verrichtungen benötigt. Bei demenziell Erkrankten war der erhebliche Betreuungsbedarf in der Pflegeversicherung zumeist nicht ausreichend abbildbar. Mit der Einführung des PNG 2013 profitieren insbesondere diese Erkrankten mit Pflegestufe 0 und 1. Beispielsweise können nun Leistungen zur Verhinderungspflege sowie Sachleistungen für häusliche Pflege und Betreuung in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Das PNG sieht außerdem vor, dass Einrichtungen, die pflegende Angehörige im Rahmen einer medizinischen Rehabilitations- oder Vorsorgeleistung stationär aufnehmen, die Pflegebedürftigen mitversorgen können ohne eine Kurzzeitpflegeeinrichtung vorhalten zu müssen. Darüber hinaus kann die Krankenkasse für pflegende Angehörige Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach §111a besteht.

Neben der Einführung einer staatlichen Förderung für private Pflegezusatzversicherungen sieht das PNG verbesserte Versichertenrechte bei der Begutachtung sowie eine Reihe von Leistungsverbesserungen vor (Rothgang et al. 2013). Hierzu gehören

- Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme durch die Möglichkeit der Abrechnung über Zeitvolumen,
- Häufige Weiterzahlung des Pflegegeldes auch bei Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege,
- Erwerb von Rentenversicherungsansprüchen für Pflegepersonen auch durch Zusammenrechnung der Pflege mehrerer Personen,
- Förderung von Selbsthilfegruppen
- Förderung neuer Wohnformen
- Wohnanpassung in betreuten Wohngruppen und
- Leistungsverbesserung für geistig behinderte, psychisch kranke und gerontopsychiatrisch veränderte Menschen.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung und den nachfolgenden gesetzlichen Reformen wird die ehrenamtlich geleistete Pflegearbeit von Angehörigen öffentlich anerkannt und honoriert.

Dennoch stehen pflegende Angehörige weiterhin im Spannungsfeld zwischen Nächstenliebe und professioneller Dienstleistung. Krankenpflege wurde ursprünglich als eine Tätigkeit für Frauen angesehen, die über Jahrzehnte nicht als Arbeit, sondern „als Dienst eines Men-

schen am Menschen“ (Juchli 1983) definiert und mit der Hausarbeit gleichgestellt oder als „Liebestätigkeit“ betrachtet wurde, die in Bescheidenheit und Demut ausgeübt werden sollte (Bischoff 1994).

Pflegende Angehörige sind einerseits Experten des Einzelfalles, andererseits wird ihre Tätigkeit als „Laienpflege“ „im Wertesystem der Fachlichkeit ganz unten angesiedelt“ (Bührlen 2009). Dieses Spannungsfeld trägt dazu bei, dass pflegende Angehörige in einem komplexen sozialen Kontext oft hohen Belastungen ausgesetzt sind. Das Bestreben, die häusliche Pflege durch die Angehörigen zu sichern und Pflegefähigkeit und Pflegebereitschaft zu fördern, schlägt sich in den geschilderten gesetzlichen Maßnahmen nieder. Auch das 2012 erschienene „Nationale Gesundheitsziel - Gesund älter werden“ (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2012) widmet den Angehörigen und informellen Helferinnen und Helfern von älteren Menschen und ihrer möglichen Entlastung ein ganzes Kapitel (Ziel 8, S. 72): „Dies bedeutet, Angehörige als wichtige Säule und Ressource der Versorgung und Pflege anzuerkennen, konstruktive Kooperationsbündnisse mit ihnen einzugehen, sie bei der Betreuung und Pflege sowie in ihrer Rolle als Versorgungs- und Betreuungsinstanz zu unterstützen und drohenden Überlastungserscheinungen vorzubeugen, z. B. durch Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige.“

3.2 Aufgabe und Ziel des Gutachtens

Im weiten Feld des Themas „Belastungen, Belastungsfolgen und Entlastungsmöglichkeiten von pflegenden Angehörigen“ behandelt das vorliegende Gutachten das Segment „medizinische Rehabilitation und stationäre Vorsorgeleistungen“ für diese Zielgruppe. Gefragt wird nach den aktuell vorhandenen Angeboten an konkreten, zielgruppenspezifischen medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen speziell für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen in Deutschland und danach, ob die vorhandenen Angebote bedarfsgerecht und wirksam sind und inwieweit es Versorgungslücken und Barrieren bei der Inanspruchnahme gibt. Der Auftrag bestand darin, eine systematische Bestandsaufnahme, Einordnung und Bewertung der aktuell in Deutschland vorhandenen Angebote durchzuführen. An zentraler Stelle des Gutachtens (Kapitel 7) steht daher die Darstellung und Analyse der Reha-Angebote für pflegende Angehörige vor allem im Hinblick auf die tatsächliche Umsetzung der durch das Pflegeausrichtungsgesetz eröffneten Gestaltungsspielräume, wie sie weiter oben beschrieben wurden.

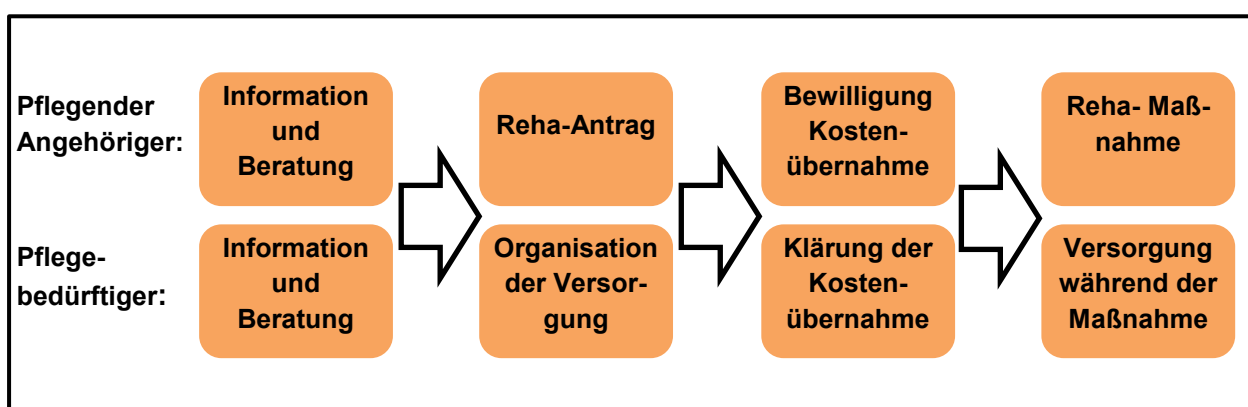
Ergänzt wird die Darstellung vorhandener Projekte und Angebote durch Ausführungen zur Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit solcher Maßnahmen (Kapitel 8). Neben der Suche nach Ergebnissen von Evaluationen von Reha- und Vorsorgeleistungen wurde auch das vorhandene Wissen zu Bedarfen und Bedürfnissen pflegender Angehöriger untersucht, um ableiten zu können, welche Angebote oder Elemente von Reha- und Vorsorgeleistungen auf die jeweilige Bedarfslage zugeschnitten sind oder entsprechend ausgerichtet werden sollten, um einen Nutzen für pflegende Angehörige zu entfalten. Dabei waren unterschiedliche Subgruppen von Pflegenden Angehörigen und verschiedene Pflegeanlässe hinsichtlich ihrer besonderen Bedürfnisse/Eigenschaften speziell zu berücksichtigen werden (Kapitel 6).

Da Angebote nur dauerhaft vorgehalten werden können, wenn Ihnen eine entsprechende Nachfrage gegenübersteht, wurden neben der bedarfsspezifischen Angebotsseite und möglichen Hemmnissen, derartige Angebote einzurichten, vor allem auch die Barrieren und Hindernisse untersucht, die die Inanspruchnahme durch die pflegenden Angehörigen verhindern.

Wenn pflegende Angehörige eine medizinische Rehabilitations- oder Vorsorgeleistung brauchen, sind sie in eine Kette von Voraussetzungen und Regelungen eingebunden. Damit ein pflegender Angehöriger eine Reha oder eine stationäre Vorsorgeleistung antreten, erfolgreich abschließen und davon langfristig profitieren kann, muss der Übergang zwischen allen Gliedern der Kette niedrigschwellig gestaltet sein und die einzelnen Prozesselemente müssen möglichst reibungslos ineinander greifen.

Hinzu kommt im Falle einer Reha-Maßnahme eines pflegenden Angehörigen die besondere Schwierigkeit, dass der Pflegebedürftige zeitgleich adäquat versorgt werden muss. Neben der „üblichen“ Prozesskette für den Reha-bedürftigen pflegenden Angehörigen gibt es also eine zweite, parallel laufende Prozesskette für die Versorgung des Pflegebedürftigen, für den ähnliche Prozessschritte (Information/Beratung, Antragstellung/Kostenübernahme, Aufenthalt etc.) bewältigt werden müssen. Abbildung 4 verdeutlicht diese Zusammenhänge.

Abb. 4: Doppelte Prozesskette bei Notwendigkeit einer Reha für pflegende Angehörige



Da die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Reha- und Vorsorgemaßnahmen durch pflegende Angehörige wesentlich durch das Funktionieren und die zeitliche Koordination dieser beiden Prozessketten bestimmt wird, bezieht das Gutachten alle Glieder dieser Prozessketten in die Analyse mit ein und nimmt Stellung zu Akteuren, Problemen und Verbesserungsmöglichkeiten.

Das Gutachten ist dabei als praxisorientierte Analyse der aktuellen Situation zu verstehen, wie sie sich für pflegende Angehörige, die eine medizinische Reha- oder Vorsorgeleistung benötigen, hierzulande darstellt. Die Bestandsaufnahme zeigt handlungsorientiert auf, an welchen Stellen Interventionsbedarf besteht und stellt Vorschläge zur Diskussion, wie und durch welche Akteure bestehende Probleme konkret angegangen werden können.

3.3 Schwerpunkte und Abgrenzungen

Der Interpretationsspielraum, der durch die Weite der Begrifflichkeiten „Pflege“ und „pflegende Angehörige“ entsteht, und die Vielfalt der denkbaren Pflegesituationen und Pflegeanlässe macht eine gewisse Schwerpunktsetzung und Abgrenzung dessen, was Inhalt des Gutachtens sein soll, erforderlich.

Folgende Schwerpunkte und Abgrenzungen wurden mit dem Auftraggeber besprochen und festgelegt:

- Es soll erfasst und dargestellt werden, ob die Reha-Kliniken die durch das Pflege-neuausrichtungsgesetz (PNG) geschaffenen Möglichkeiten, insbesondere die Möglichkeit der Mitnahme des zu Pflegenden, bereits umsetzen.
- Die Sammlung und Darstellung der Bedürfnisse und Bedarfe der pflegenden Angehörigen erfolgt qualitativ, d. h. es wird analysiert, welche im Hinblick auf eine medizinische Rehabilitation oder Vorsorgeleistung zentralen Bedarfe und Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen es grundsätzlich gibt. Diese werden systematisch dargestellt, können aber nicht quantitativ erfasst werden.
- Ausdrücklich ausgeschlossen sind Angebote, die keinen spezifischen Bezug zur Zielgruppe der pflegenden Angehörigen haben sowie kleine, sehr spezielle Gruppen pflegender Angehöriger, wie z. B. pflegende Jugendliche oder junge Erwachsene („young carers“) oder ausländische Pflegekräfte, die die Stelle pflegender Angehöriger einnehmen.
- Eingeschlossen werden sollen aber die Besonderheiten bedeutsamer und häufiger Pflegeanlässe wie Demenz, Schwerstpflegebedarf, die Situation älterer Pflegenden und Eltern behinderter Kinder.
- Betrachtet werden sollen darüber hinaus nicht nur die Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen, die aufgrund einer Überlastung durch die Pflege entstehen, sondern auch Reha-Leistungen für pflegende Angehörige, die aufgrund von akuten oder chronischen Erkrankungen beim Pflegenden notwendig werden.

3.4 Definition und Abgrenzung „Pflegende Angehörige“

Der Begriff „pflegende Angehörige“ ist weder in der wissenschaftlichen Literatur noch in der Gesetzgebung eindeutig definiert. Die Spannweite dessen, was unter der Pflege eines Angehörigen in unterschiedlichen Zusammenhängen verstanden wird, reicht von vier Stunden pro Woche bis zur Vollzeitbetreuung Schwerstpflegebedürftiger. Dies erschwert die Abgrenzung dessen, was Gutachteninhalt sein soll, sowohl hinsichtlich der Bedarfssituation als auch hinsichtlich der Projekte und Maßnahmen, die für pflegende Angehörige existieren oder sinnvoll sind.

Beim ersten Abstimmungsgespräch mit dem Auftraggeber am 24.6.2013 wurde zunächst die folgende vorläufige Definition festgelegt: „Als „pflegende Angehörige“ im Sinne des Gutachtens werden Menschen angesehen, die einen Menschen, dem eine Pflegestufe zugeordnet ist, pflegen. Der Zeitaufwand für die Pflege allein, also ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe, ist kein eigenständiges Kriterium.“

Obwohl der Begriff „Angehörige“ dies vermuten lässt, ist der Verwandtschaftsgrad zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigem nicht ausschlaggebend. Gemeint ist die Personengruppe derer, die „nicht erwerbsmäßig pflegen“, auch bezeichnet als „informelle Pflegepersonen“ („informal caregivers“). Diese sind zu 90% Verwandte des Pflegebedürftigen. Jedoch können auch nicht verwandte Personen informell pflegen und auch Pflegegeld erhalten. (Gräßel und Adabbo 2012). Die derzeit stattfindende Überarbeitung der DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige“ sieht eine Anpassung des Begriffes vor, die diesen Sachverhalt berücksichtigt und spricht von „versorgenden Zugehörigen“ (Lichte, Expertengespräch).

Außerdem bezieht sich der Begriff „pflegende Angehörige“ im Gutachten zumindest schwerpunktmäßig auf Pflegende, die den Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld versorgen. Die ursprüngliche Definition wurde um diese beiden Aspekte erweitert.

Definition:

Als „pflegende Angehörige“ im Sinne des Gutachtens werden Menschen angesehen, die einen Menschen, dem eine Pflegestufe zugeordnet ist, im häuslichen Umfeld nicht erwerbsmäßig pflegen. Ein Verwandtschaftsverhältnis zwischen dem Pflegenden und dem Pflegebedürftigen muss nicht vorliegen („informal caregivers“). Der Zeitaufwand für die Pflege allein, also ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe, ist kein eigenständiges Kriterium.

Diese Definition gilt spezifisch für Deutschland. Sie kann aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen und organisatorischen Gegebenheiten des Gesundheitswesens nicht auf andere Länder übertragen werden. Im englischen Sprachraum gibt es zudem keinen Begriff, der eine ähnlich definierte Personengruppe zuverlässig erfasst. Auf dieses Problem wird bei der Beschreibung der internationalen Literaturrecherche noch näher eingegangen. Die Begrenzung der Anwendung der Definition „pflegende Angehörige“ bzw. „informelle Pflegeperson“ muss bei der Beschreibung und Analyse von Forschungsergebnissen oder Projekten aus dem Ausland immer mit berücksichtigt werden.

3.5 Rechtliche Rahmenbedingungen medizinischer Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige

Maßnahmen zur Rehabilitation und Vorsorgeleistungen fallen in ihren Voraussetzungen unter den §27 SGB V zur Krankenbehandlung. Demnach haben Versicherte Anspruch auf eine Krankenbehandlung, **„wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“** (SGB). Die Krankenbehandlung umfasst bei der entsprechenden Notwendigkeit auch „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen“ (§27 SGB V (1) 6.) sowie eine Haushaltshilfe (4.).

Da die Ausführungen der Gesetzestexte zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation und zu stationären Vorsorgeleistungen für das zu bearbeitende Thema von großer Bedeutung sind, werden sie im Folgenden aufgeführt. Die für die pflegenden Angehörigen besonders bedeutsamen Textstellen sind von den Autoren hervorgehoben.

3.5.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und stationäre Vorsorgeleistungen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind unter unterschiedlichen Gesichtspunkten Thema der Sozialgesetzgebung. Sie werden in allgemeiner Form im SGB IX behandelt und kostenträgerspezifisch in den Büchern V (GKV) und VI (Rentenversicherung).

- §26 SGB IX: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation („Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“)
- §40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (gesetzliche Krankenversicherung)
- §23 SGB V Medizinische Vorsorgeleistungen

- §41 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter
- §15 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rentenversicherung)

§26 SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

(1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
3. Arznei und Verbandmittel,
4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach und Beschäftigungstherapie,
5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
6. Hilfsmittel,
7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

§40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (GKV)

Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in §11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach §111c besteht. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach §72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach §20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach §111111 [Versorgungsvertrag mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Anm. d. Autoren.] besteht; **für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach §111a [Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige, Anm. d. Autoren.] besteht.** Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach §111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; für pflegende Angehörige gilt dies nicht, wenn sie eine andere zertifizierte Einrichtung wählen, mit der ein Vertrag nach §111a besteht. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch.

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; **die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger.** Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. §23 Abs. 7 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3 072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.

(4) Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des §31 des Sechsten Buches solche Leistungen nicht erbracht werden können.

(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach §61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(6) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation), zahlen den sich nach §61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach §32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach §39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach §282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) Indikationen fest, bei denen für eine medizinisch notwendige Leistung nach Absatz 2 die Zuzahlung nach Absatz 6 Satz 1 Anwendung findet, ohne dass es sich um Anschlussrehabilitation handelt. Vor der Festlegung der Indikationen ist den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgebenden Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

§23 SGB V Medizinische Vorsorgeleistungen

Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, einen Zuschuss von bis zu 13 Euro täglich vorsehen. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuss nach Satz 2 auf bis zu 21 Euro erhöht werden.

(3) In den Fällen der Absätze 1 und 2 sind die §§31 bis 34 anzuwenden.

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach §111 besteht; **für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach §111a besteht.** Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch.

(5) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; **die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger.** Leistungen nach Absatz 4 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorgeeinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach Absatz 2 können nicht vor Ablauf von drei, Leistungen nach Absatz 4 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

(6) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 4 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach §61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(7) Medizinisch notwendige stationäre Vorsorgemaßnahmen für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollen in der Regel für vier bis sechs Wochen erbracht werden.

§41 SGB V Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

(1) Versicherte haben unter den in §27 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Rehabilitationsleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach §111a besteht. §40 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt nicht; §40 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) §40 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach §61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

3.5.2 Organisatorische Besonderheiten von Reha- und Vorsorgemaßnahmen

Im Unterschied zu akut-stationären Leistungen kann eine stationäre Reha- oder Vorsorgeleistung nicht direkt ärztlich verordnet werden, sondern sie bedarf der Antragstellung und der vorherigen Genehmigung durch den Kostenträger. Die diesbezügliche Vorgehensweise der Kostenträger ist im SGB festgelegt (SGB V für die GKV und SGB VI für die Rentenversicherung). Das Antragsverfahren ermöglicht auch die Steuerung des Rehabilitanden/der Rehabilitandin durch den Kostenträger in eine bestimmte Einrichtung. Dies ermöglicht im Falle der pflegenden Angehörigen auch die Auswahl einer Einrichtung mit spezifischen Angeboten für diese Zielgruppe, sofern der Status als pflegender Angehöriger erfasst und entsprechend berücksichtigt wird. Detaillierte Ausführungen zur Rolle des Antragsverfahrens siehe Kapitel 9.4.

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ist in Richtlinien und Leitlinien festgelegt. An dieser Stelle sind die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Begutachtungs-Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes und die Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung der DRV für die Umsetzung bedeutsam.

„Bei den Rehabilitationsverfahren in Deutschland unterscheiden die Entwürfe der Reha-Richtlinien und der neuen Begutachtungs-Richtlinien für Vorsorge und Rehabilitation (der Spitzenverbände der Medizinischen Dienste) zwischen

- Klassischen indikationsspezifischen Reha-Verfahren
- der indikationsübergreifenden geriatrischen Reha
- zielgruppenspezifischen Reha-Angeboten für
 - Kinder- und Jugendliche
 - Mütter und Väter, einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Angeboten“

Bei den zielgruppenspezifischen Reha-Angeboten für Mütter und Väter „handelt es sich um Angebote, **bei denen neben der indikationsspezifischen Ausrichtung insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien besonders berücksichtigt werden**“ (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) 2012). Die Berücksichtigung der Problemsituation von Familien (Familienmedizin) umfasst auch die Pflege von Angehörigen. Dies wird ausdrücklich durch die bereits dargestellten Vorgaben des PNG unterstützt (siehe Kapitel 3.1.3).

4 Methodik

Für die Bestandsaufnahme kamen die folgenden Methoden zum Einsatz:

- Literaturrecherche international und speziell deutsch-sprachig
- Ergänzende Internetrecherche zu Projekten, Modellen und Erfahrungen national und international
- Internetbasierte Umfrage bei allen Reha-Kliniken (Liste des statistischen Bundesamtes)
- Semistrukturierte Interviews mit Expertinnen und Experten, Sachkundigen und Betroffenen

4.1 Literaturrecherche (Recherchestrategie und -ergebnis)

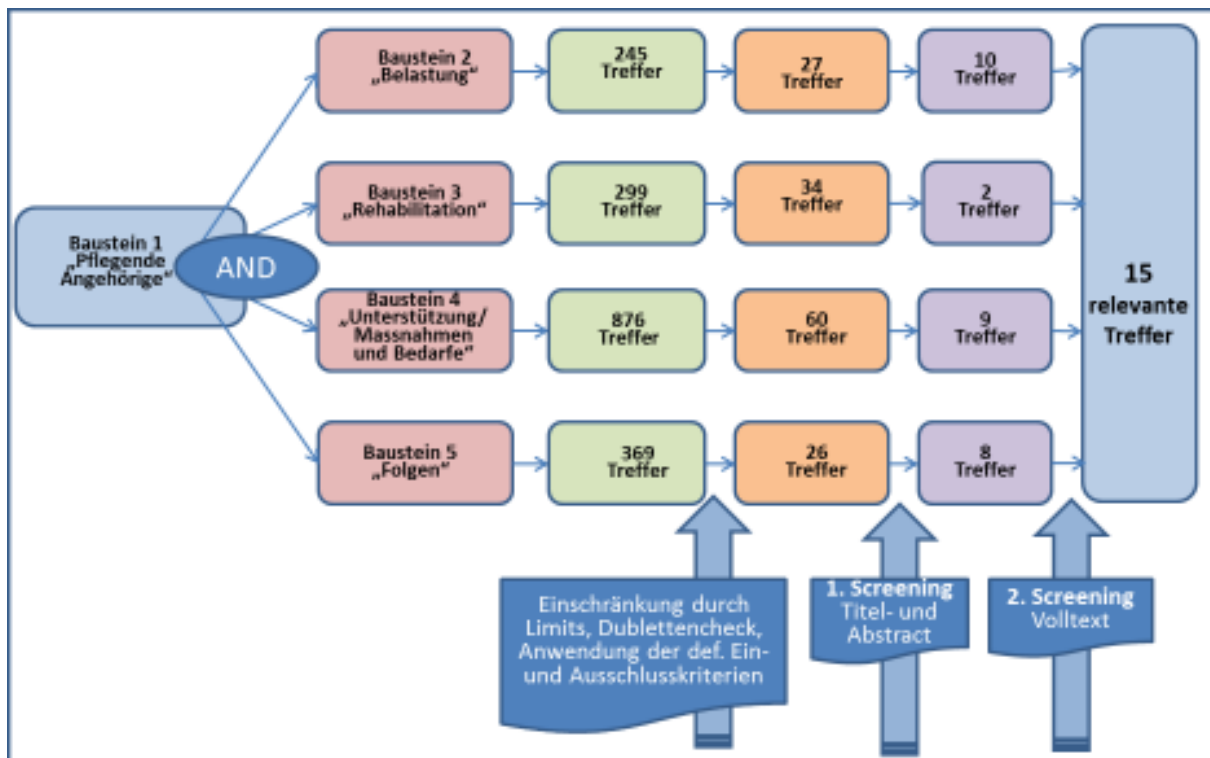
Die Literaturrecherche umfasste die systematische Suche nach deutschen und internationalen Quellen. Die internationale Literaturrecherche wurde in den Datenbanken Medline und der Cochrane-Collaboration durchgeführt. Die Suche nach deutschen Quellen erfolgte durch eine spezifische Abfrage der Datenbanken des DIMDI und weiterer (sozialwissenschaftlich orientierten) Datenbanken.

4.1.1 Internationale Recherche

Für die Medline-Suche wurden aus den Fragestellungen, die sich aus dem Auftrag ergeben haben, fünf Suchbausteine abgeleitet (Abb. 5).

- Baustein 1: „pflegende Angehörige“
- Baustein 2: „Belastung“
- Baustein 3: „Rehabilitation“
- Baustein 4: „Unterstützung/Maßnahmen und Bedarfe“
- Baustein 5: „Folgen“

Abb. 5: Medline-Recherche nach internationalen Quellen



Baustein 1 „Pfleger Angehörige“ wurde als zentraler Baustein jeweils einzeln mit den anderen Bausteinen (2-5) kombiniert, um nach Möglichkeit diejenigen Quellen herauszufiltern, die einen zentralen Bezug zum Gutachtenthema haben. Auf diese Weise ergaben sich vier eigenständige Suchstränge, die jeweils bedeutsame Inhalte des Gutachtens betreffen, nämlich

- die Belastungen pflegender Angehöriger („physical and mental burdens“, „stress“, etc.)
- die Rehabilitation pflegender Angehöriger („rehabilitation“, „health promotion“, „prevention“, etc.)
- Unterstützungsbedarf und unterstützende Maßnahmen („support“, „advice“ etc.)
- Belastungsfolgen bei pflegenden Angehörigen („burnout“, „depression“, etc.)

Die Recherche wurde mit der Suchoberfläche OVID SP durchgeführt. Gesucht wurde jeweils in Titel und Abstract. Recherchezeitraum ist der Zeitraum von 2003 bis 28.11.2013. Die Details der Bausteine, inkl. der verwendeten englischen Suchbegriffe, und die Recherchelimits sind in Anlage 1 („Suchbausteine und Limits“) im Anhang zu finden.

Die internationale Literatursuche wurde aus zwei Gründen auf Metaanalysen, Reviews und systematische Übersichtsarbeiten (incl. Cochrane Reviews) begrenzt:

1. Bei der Entwicklung der Recherchebausteine wurde schnell deutlich, dass die ins Englische übersetzten Begrifflichkeiten z. B. für „Pfleger Angehörige“, „zu Pfleger“ oder „Rehabilitation“ eher unspezifisch sind. So geben „carer“ und „informel caregiver“ die Bezeichnung „pflegende Angehörige“ nicht exakt wieder und „rehabilitation“ entspricht nicht der deutschen „Rehabilitation“. Es gibt aber auch keine Alternativbezeichnungen, die das Gesuchte besser abbilden. Auch entspricht das Setting der (bundesdeutschen) Pflege (siehe Definition Abschnitt 3.1, Beispiel: Pflegestufen) nicht den Beschreibungen in internationalen Studien, bzw. diese sind schlecht übertragbar. Ohne eine sinnvolle Einschränkung der Tref-

fer musste eine Fülle an unspezifischen Treffern erwartet werden. Daher wurde die Recherche in den internationalen Quellen auf bereits bewertete Quellen (Sekundärliteratur) eingeschränkt.

2. Darüber hinaus war eine umfassende Übersicht über die englisch-sprachige Literatur nicht Gutachtauftrag, sondern es ging schwerpunktmäßig um allgemeine Aussagen zu den Rahmenbedingungen und um das Auffinden innovativer, möglicherweise Vorbild-gebender Projekte. Ergänzt wurde die Suche durch Hinzunahme internationaler Quellen, die im „Schneeballprinzip“ aus den Quellenverzeichnissen der identifizierten Literatur als potentiell relevant eingestuft wurden sowie durch die Internetsuche, die auch englischsprachige Internetseiten mit einbezog (siehe Internetrecherche).

Für die Recherche nach systematischen Übersichtsarbeiten der Cochrane Collaboration, wurden Suchbegriffe generiert (caregiver, informal caregiver, respite care u. a.) und in die Datenbank mit der Suchoberfläche von Wiley eingegeben. Nach einer ersten Recherche konnten 151 Reviews identifiziert werden.

4.1.2 Rechercheergebnis

Die gefundenen Quellen wurden auf englisch- und deutschsprachige Literatur limitiert; Dubletten wurden aussortiert. Die weiteren zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien, wie der festgelegte Recherchezeitraum, die Einschränkung auf bestimmte Publikationstypen und die Auswahl des Settings kamen zur Anwendung. Die Auswahl wurde auf Metaanalysen, Reviews und Systematische Übersichtsarbeiten begrenzt.

Mit Hilfe des geschilderten Procederes wurden 147 englischsprachige Publikationen aus der Datenbank Medline identifiziert und anhand eines Titel- und Abstractscreenings weiter eingeschränkt. Beim ersten Screening stellte sich aufgrund der nicht deckungsgleichen deutschen und englischen Begrifflichkeiten immer wieder heraus, dass auch andere Personengruppen oder Sachverhalte erfasst wurden, so dass relativ viele Quellen wegen des fehlenden Bezugs zum Thema „Pflegerische Angehörige“ ausschieden. Die Volltextanalyse beruht auf 29 englischsprachigen Quellen. Weitere 14 Quellen konnten nach der Analyse der Volltexte ausgeschlossen werden. Somit beruht der Medline Recherche auf 15 Quellen.

Von den 151 systematischen Übersichtsarbeiten der Cochrane Collaboration wurden auf der Grundlage des 1. Screenings (Lesen von Titel und Abstract) 15 potentiell relevante Reviews ausgewählt. Im 2. Screeningschritt wurden die Volltexte gelesen und weitere 10 Quellen ausgeschlossen. 5 systematische Übersichtsarbeiten (davon zwei sogenannte Protokolle) wurden in die Analyse einbezogen. Die detaillierte Darstellung erfolgt im Anhang.

4.1.3 Recherche nach deutschsprachigen Quellen

Die Suche nach deutschen Quellen erfolgte auf mehreren Ebenen: Neben einer Recherche in Datenbanken (1. Screening), erfolgte eine umfangreiche Internetrecherche, sowie eine Handsuche in den Inhaltsverzeichnissen von relevanten Fachzeitschriften und eine Prüfung der Literaturverzeichnisse von Hauptquellen. Ferner befragten wir Experten, nach bedeutenden Quellen zum Themengebiet „Pflegerische Angehörige und Rehabilitation“.

Bei der Datenbankrecherche griffen wir auf die Suchoberfläche der DIMDI Datenbanken, GeroLit, Sowiprot und Medpilot zurück, sowie die deutschsprachigen Quellen aus der Medline-Recherche.

Die Suchbegriffe „pflegende Angehörige“, „informelle Pflege“, „Laienpflege“, „Angehörigenpflege“ und „Rehabilitation“ wurden in die jeweiligen Suchoberflächen der Datenbanken eingegeben. Die Entwicklung von Suchbausteinen, so wie für die englischsprachige Recherche in Medline, ist in den deutschsprachigen Datenbanken nicht möglich, da diese weniger spezifisch die Suchbegriffe verschlagwortet haben. Die zeitliche Einschränkung der Recherche wurde, sofern in der jeweiligen Datenbank möglich, auf die Jahre 2000-2013 gelegt.

Ergebnisse deutschsprachige Recherche (1. und 2. Screening)

Es wurden alle Treffer der Medline-Suche hinsichtlich deutschsprachiger Literatur gescreent. Es erfolgte keine Einschränkung bezüglich des Publikationstyps, es wurde also auch die Primärliteratur einbezogen. Ebenfalls wurde auf eine Kombination des Suchbausteins „Pflegende Angehörige“ mit den Einzelbausteinen (2-5) verzichtet, da die Bausteine sehr auf den englischen Sprachkontext zugeschnitten sind. Es fanden sich 138 Quellen zum Thema „pflegende Angehörige“. Diese Artikel wurden alle auf Relevanz geprüft. Hierbei wurde ein Großteil ausgeschlossen, so dass 14 relevante Treffer verblieben.

Bei der Suche in **DIMDI**-Datenbanken wurde erwartet, dass dort Quellen zu finden sind, die nicht international gelistet sind und daher nicht über die Medline-Suche gefunden werden konnten. Diese sind für den Kontext des Gutachtens aber von besonderer Relevanz, da sie sich in der Mehrzahl auf Deutschland und die speziellen Gegebenheiten des deutschen Gesundheitswesens beziehen, von denen die pflegenden Angehörigen betroffen sind. Ein weiterer Vorteil der DIMDI-Datenbanken ist die Möglichkeit, Literatur aus Fachzeitschriften mit dem Schwerpunkt Psychologie und Psychotherapie einzubeziehen. Der Suchbaustein „Pflegende Angehörige“ ergab mehr als 200 Treffer, die auf Relevanz geprüft wurden. Eine Kombination mit Begriffen zu „Rehabilitation“ ergab keine relevanten Treffer.

Eine weitere Datenbank ist die vom deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) bereitgestellte Datenbank **GeroLit**. Hier findet sich Literatur zu Soziologie, Alterssoziologie, Alten- und Sozialpolitik, Gerontologie und Pflegewissenschaft mit Bezug auf ältere Menschen. Die Suchoberfläche ermöglicht eine Eingrenzung der Recherchebegriffe auf „Titel (TIT)“ oder eine eher weit gefasste, dafür aber unspezifische Recherche nach „Alle Themen (THM)“. Die Recherche in GeroLIT ergab ca. 400 Treffer.

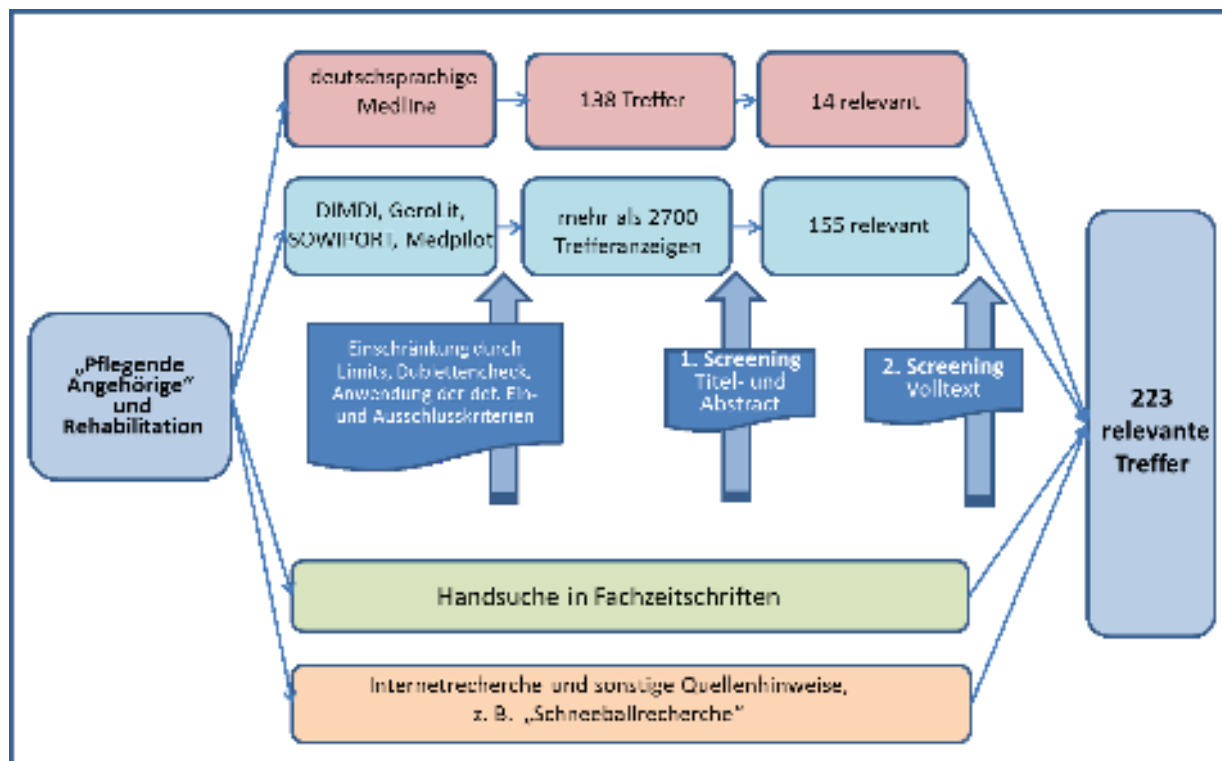
Das sozialwissenschaftliche Fachportal **Sowiport** umfasst eine Recherche in 18 Datenbanken, u. a. mit den Themengebieten Soziologie, Sozialwesen, Bildung, Psychologie, Politikwissenschaften, Wohlfahrtspflege und Gesundheit. Zur Recherche wurden Begriffe zu „Pflegende Angehörige“ und „Rehabilitation“ verwendet und wenig spezifiziert eingesetzt. Die Recherche ergab fast 1200 Treffer.

Obwohl mit zahlreichen Überschneidungen gerechnet werden konnte, wurde zusätzlich die Suchoberfläche von **Medpilot** verwendet, um deutschsprachige Quellen zu identifizieren. Eine wenig spezifische Suche ergab mehr als 880 Treffer.

Die oben aufgeführten deutschsprachigen Datenbanken müssen unabhängig voneinander durchsucht werden. Es war daher zu erwarten, dass die überwiegende Anzahl der Treffer mehrfach im Ergebnispool vorhanden war. Ein automatisierter Dublettencheck der ungefähr 2700 Treffer ist nicht möglich, so dass die Trefferlisten der o.g. Datenbanken nach weiterer Hierarchisierung durchgesehen (Titel und Abstractscreening) und 155 Quellen als potentiell relevant eingestuft wurden. Diese wurden im Volltext gelesen (2. Screening).

Ein weiteres Standbein der Suche nach deutsch-sprachigen Quellen ist das „Schneeballprinzip“, das insbesondere hilfreich ist beim Aufspüren bedeutsamer Quellen, deren Erscheinungsdatum vor dem für die Literaturrecherche definierten Zeitraum liegt, so dass sie nicht mehr durch die Datenbank-Suche erfasst werden.

Abb. 6: Zusammenfassung der Recherche nach deutschsprachigen Quellen



4.1.4 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Recherchen und die Volltextanalyse wurden grundlegende Ein- und Ausschlusskriterien an die Qualität und den Inhalt der Quellen festgelegt.

Eingeschlossen wurden Quellen, die den abgestimmten Definitionen von „Pflegenden Angehörigen“, des „Pflegebedürftigen“ und der „medizinischen Rehabilitation“ entsprachen (Definition siehe Glossar, Kapitel 2.2). Ferner wurde festgelegt, welche Publikationstypen für die internationale Recherche und welche für die deutschsprachigen Quellen ausgewählt wurden. Wie in Kapitel 4.1.1 beschrieben, wurde die Recherche für die englischsprachigen Quellen auf Sekundärliteratur beschränkt.

Da der Schwerpunkt des Gutachtens auf die Identifikation von Projekten, Maßnahmen und Modellen gelegt wurde, die im Deutschland durchgeführt wurden, musste diesbezüglich die Suche nach Quellen sehr viel weiter gefasst werden. Eingeschlossen wurden wissenschaftliche Analysen, Gutachten, Projektdokumentationen, Modellbeschreibungen etc.

Der Ausschluss erfolgte, wenn zu einer Quelle keine Volltextpublikation erhältlich war. Außerdem wurden Quellen ausgeschlossen, wenn es sich um Mehrfachpublikationen handelte, deren Zugewinn nicht bedeutsam erschien.

Eine tabellarische Auflistung der Ein- und Ausschlusskriterien findet sich im Anhang 1.

4.2 Internetrecherche

Ergänzend zur systematischen Recherche in Datenbanken wurde eine Internetrecherche auf deutsch- und englischsprachigen Internetseiten durchgeführt. Ziel ist es, nicht in der Literatur veröffentlichte Projekte aufzuspüren oder Konzeptdetails in Erfahrung zu bringen, die über die oben beschriebene Literaturrecherche nicht gefunden werden konnten. Der Schwerpunkt der Suche liegt hier auf den Internetseiten potenzieller Anbieter von Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige oder Anbieter von spezifischen Vorsorgeleistungen in Deutschland. Die Internetrecherche im Ausland verfolgte nicht das Ziel, Konzepte einzelner Einrichtungen aufzuspüren. Gesucht wurde hier nach übergeordneten Gesichtspunkten und Hinweisen zum Thema, z. B. über die Suche nach entsprechenden Organisationen oder das Nachrecherchieren von Hinweisen, die sich aus anderen Quellen (Mitteilungen von Experten, Literatur) ergaben.

4.3 Direktansprache

Konkreten Hinweisen auf laufende Projekte oder Angebote wurde durch Direktrecherche bei den Projektträgern und -verantwortlichen nachgegangen. Insbesondere im Rahmen der Fragebogenauswertung war zu erwarten, dass die erfassten Projekte oder Konzeptbestandteile durch Nachfrage genauer erfasst werden müssen. Alle Maßnahmen und ihre Charakteristika wurden in die Dokumentation aufgenommen.

4.4 Umfrage in allen Reha-Kliniken

Durchgeführt wurde eine Befragung per Email in allen über eine Liste des statistischen Bundesamt auffindbaren Rehabilitationskliniken in Deutschland zu Angeboten für pflegende Angehörige.

4.4.1 Ziel der Befragung

Ziel der Befragung war es, festzustellen

- ob die Möglichkeiten des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes (PNG) in den Reha-Kliniken Anwendung finden,
- ob die pflegenden Angehörigen als solche in den Reha-Kliniken erfasst und wahrgenommen werden,
- ob und inwiefern die speziellen Bedarfe und Probleme der pflegenden Angehörigen in den Reha Kliniken im Rahmen spezifischer Konzepte erfasst und berücksichtigt werden,
- welche Barrieren und Versorgungslücken hinsichtlich der Rehabilitation pflegender Angehöriger von Seiten der Kliniken gesehen werden und
- welche Konzepte, innovativen Ideen und Modellprojekte für pflegende Angehörige in den Kliniken vorhanden sind. Dabei werden auch Reha-Bausteine einbezogen, die eine „herkömmliche“ Rehabilitation ergänzen.

Die durchgeführte Befragung war keine repräsentative Erhebung. Da es sich um eine freiwillige Teilnahme handelte und anzunehmen ist, dass insbesondere solche Einrichtungen eine Interesse an einer Beteiligung haben, die ein spezifisches Angebot für pflegende Angehörige vorhalten, ist davon auszugehen, dass das zahlenmäßige Verhältnis der Kliniken mit einem spezifischen Konzept im Vergleich zu allen Reha- und Vorsorgeeinrichtungen in der Stichprobe deutlich größer ausfällt, als dies in der Gesamtpopulation der Fall ist. Aufgrund des

explorativen Charakters der Befragung lag der Fokus nicht auf der Gewinnung möglichst repräsentativer Daten, sondern darauf, möglichst umfassende Informationen über Konzepte und Modellprojekte für pflegende Angehörige zu erhalten. Ein Schwerpunkt lag dabei auf der Dokumentation von Erfahrungen und Ideen der unterschiedlichen Beteiligten, um Bedarf, Bedürfnisse, Akzeptanz sowie Fallstricke und Hindernisse im Hinblick auf eine konkrete künftige Weiterentwicklung von Reha-Angeboten für pflegenden Angehörige darstellen zu können.

4.4.2 Fragebogenentwicklung

Aus den o.g. Zielen der Befragung wurden Fragen zu den folgenden Themenbereichen abgeleitet:

- Angaben zur Reha-Klinik, freiwillige Nennung eines Ansprechpartners
- Angaben zum Anteil pflegender Angehöriger an den Rehabilitanden
- Aktuelle oder geplante spezifischer Reha- oder Vorsorgeleistungen für pflegenden Angehörige
- Mitnahme-/Betreuungsmöglichkeit des zu Pflegenden
- Kostenübernahme/Finanzierung der Angebote
- Verbesserungsvorschläge, Ideen und Anregungen zur Rehabilitation pflegender Angehöriger

Der komplette Fragebogen findet sich in Anhang 2.

4.4.3 Mailing

Der Fragebogen wurde als e-Paper mit individualisierten Links per Serienmail am 30.8.2013 an nahezu alle Rehabilitationskliniken in Deutschland versandt. Als Grundlage für das Mailing diente die Liste der Vorsorge- und Reha-Kliniken des Statistischen Bundesamtes von 2013 (Stand: 31.12.2011). Die Email-Adressen wurden auf Dubletten geprüft. Falls Klinikketten dieselbe Emailadresse für mehrere Kliniken angegeben hatten, wurden die Adressen der einzelnen Kliniken nachrecherchiert und ergänzt. Das erste Mailing erfolgte am 30.8.2013 an 1167 Kliniken. Damit wurden 94,6% aller Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland angesprochen. Ungültige Email-Adressen wurden nachrecherchiert und es erfolgte ein erneuter Versand an die korrigierten Adressen.

Ein Erinnerungsmailing folgte 23.9.2013. Die Befragung wurde am 28.11.2013 abgeschlossen. Die erste Befragungsrunde wurde unterstützt durch den Bundesverband Geriatrie (BVG), den Bundesverband deutscher Privatkliniken (BDPK) und die Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (Degemed), die parallel zum ersten Mailing Mitteilungen mit einem Hinweis auf die Befragung und der Bitte um Beteiligung an ihre Mitglieder versandt haben.

4.5 Experteninterviews

4.5.1 Konzept der Expertenbefragung

Befragt wurden Expertinnen und Experten aus allen Bereichen, die sich mit dem Thema pflegende Angehörige beschäftigen: aus dem Bereich der wissenschaftlichen Forschung (Pflegerwissenschaften, Rehabilitationswissenschaften, Sozialwissenschaften, Rechtswissenschaften), Betroffene und Vertreter von Betroffenen, Kostenträger, Institutionen und Verbände aus dem Bereich Rehabilitation und Geriatrie.

Gespräche mit den Leistungserbringern (z. B. Klinikverwaltungen und Fachärzten wie z. B. Geriatern) fanden nicht im Rahmen der Expertengespräche statt, sondern wurden angebots- und projektbezogen im Rahmen der auf die Klinikbefragung folgenden Nachrecherche zu Reha- und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige geführt (siehe Kapitel 7.3)

Hintergrund der persönlichen Expertenbefragung war die Überlegung, dass im persönlichen Gespräch besser auf die Perspektive des jeweiligen Vertreters einer bestimmten Gruppe oder Institution eingegangen werden kann und so die Ideen, Konzepte, Barrieren und Bedürfnisse genauer analysiert und berücksichtigt werden können. Persönliche Hinweise auf Maßnahmen und Projektbeteiligte führten außerdem dazu, dass auch Projekte erfasst wurden, die bereits abgeschlossen waren oder die abgebrochen wurden und über die in der Regel keine öffentlich verfügbaren Informationen vorliegen. Die Gespräche fanden teilweise face-to-face, jedoch überwiegend als Telefonkonferenzen statt.

Für die Expertengespräche wurde ein Gesprächsleitfaden entwickelt, der die zentralen Anliegen des Gutachtens behandelt und gleichzeitig den speziellen Blickwinkel der Befragten sowie deren Ideen und Reformvorschläge und darauf hinführende mögliche erste Schritte erfasst. Es wurden bewusst nur wenige Fragen vorgegeben, um einen freien Gesprächsfluss und den Einbezug interessanter Grenzbereiche zu ermöglichen und dennoch den Fokus des Gutachtens im Auge zu behalten. Der Gesprächsleitfaden ist im Anhang zu finden (Anhang 3). Er wurde vorab an die Gesprächsteilnehmer per Email verschickt.

Im Einzelnen wurden folgenden Bereiche erfragt:

Tab. 2: Kernelemente des Gesprächsleitfadens der Experteninterviews

Bereich	Intention
Perspektive des jeweiligen Experten/der Expertin auf das Thema	Verortung des Experten in der Thematik
Welchen Bedarf/welche Bedürfnisse sieht der jeweilige Experte/die Expertin bei den pflegenden Angehörigen und was ist erforderlich, um pflegende Angehörige nachhaltig zu entlasten?	Bedarfe sammeln
Welche konkreten Konzepte, Projekte oder Maßnahme sind dem Experten/der Expertin aus dem Bereich der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge bekannt (auch einzelne Elemente)?	vorhandene Maßnahmen sammeln
Welche Barrieren und welche förderlichen Bedingungen werden im Hinblick auf die Umsetzung medizinischer Reha- oder Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige gesehen?	Hindernisse und Ressourcen identifizieren
Wie müsste ein umfassendes Konzept zur medizinischen Rehabilitation/Vorsorge gestaltet sein, damit es die wesentlichen Bedürfnisse und den Bedarf pflegender Angehörige adäquat berücksichtigt	Ideen sammeln
Welche konkreten nächsten Schritte hätten für den Experte/die Expertin aus ihrer jeweiligen Sicht die höchste Priorität in der Umsetzung im Hinblick auf eine substantielle Verbesserung der Möglichkeiten einer medizinischen Rehabilitation/Vorsorgeleistung für pflegende Angehörige?	Prioritäten sammeln
Worauf wird es in Zukunft ankommen?	Zentrale Statements

Die Liste der befragten Personen findet sich am Anfang des Gutachtens.

Teil B: Ergebnisse

5 Darstellung der Belastungen

Die häusliche Pflege bringt vielfältige und besondere Belastungen mit sich, die – wenn sie nicht kompensiert werden können – die Pflegefähigkeit und die Pflegebereitschaft zu gefährden drohen.

5.1 Belastungen

Die folgenden Zitate beschreiben die Belastungen, denen pflegende Angehörige ausgesetzt sind, eindrucksvoll und umfassend:

„[...] caregivers are engulfed in patient care responsibilities such as assistance with activities of daily living, medication management and administration, provision of nutrition support, physical care, and emotional support, as well as transportation and household management“ (Williams und McCorkle 2011, S. 315f).

“[...] the care provision is usually characterized by being supplied in the residence of the dependent person, a house which is often shared, in a continual, intense, and daily way (which can represent over 40 h a week), and includes diverse types of services which range from personal care and the performance of domestic tasks to emotional support. Generally, this assistance is assumed by a single caregiver; a responsibility which frequently lasts for years, where findings show a weighted average of approximately 5 years for dependent people in different environments.“ (Carretero et al. 2009, S. 74)

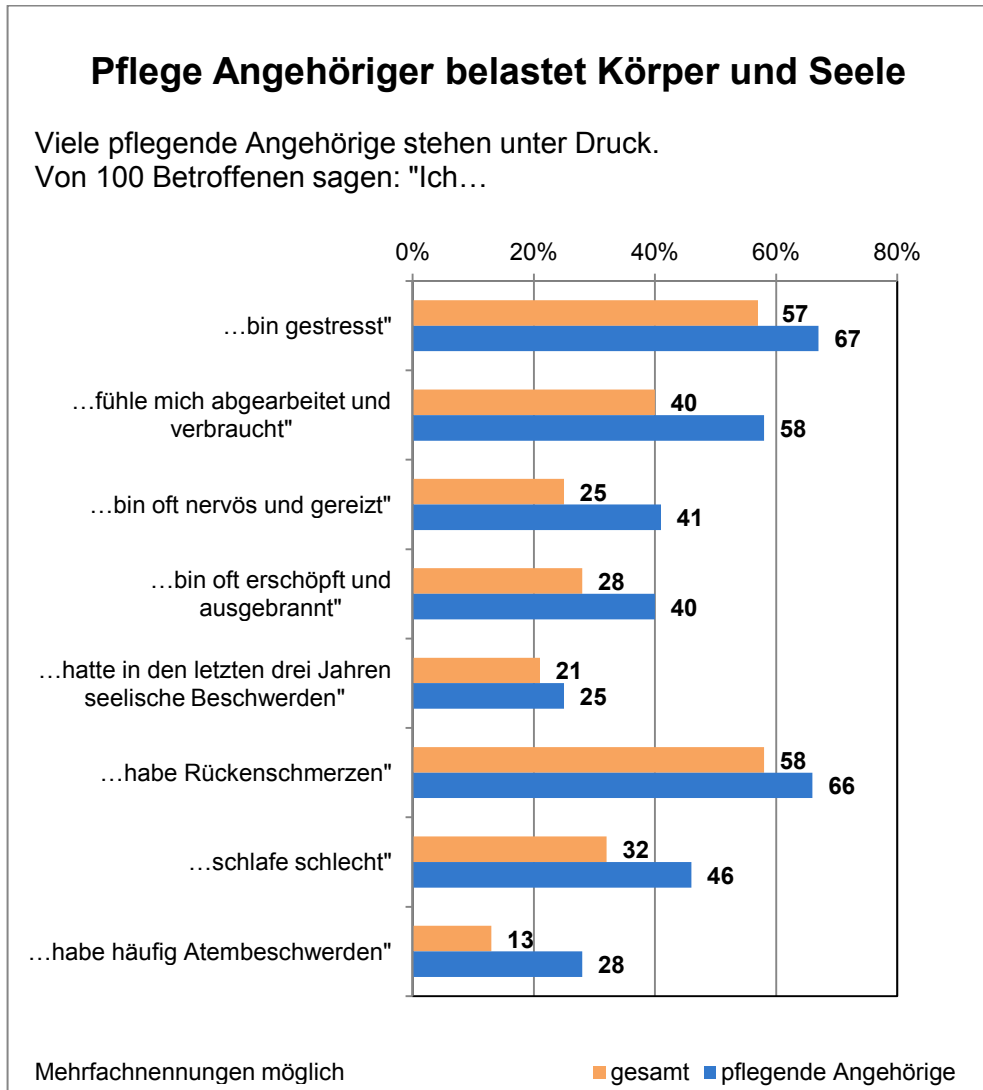
Auch eine aktuelle Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Forsa belegt die Belastungen von pflegenden Angehörigen. Im September 2013 befragte Forsa 1.000 deutschsprachige Personen ab 18 Jahren zu ihrem Stresslevel sowie zu Auslösern und Folgen von Stress. Die befragten Menschen repräsentieren den Querschnitt der volljährigen Bevölkerung in Deutschland. Gewichtet wurde die Personenstichprobe nach Geschlecht, Alter, Bildung und Region (Techniker Krankenkasse 2013).

Die folgenden Zitate beziehen sich auf die Ergebnisse für pflegende Angehörige:

„Bei den pflegenden Angehörigen ist die Stressbelastung insgesamt besonders hoch. Fast sieben von zehn derer, die die Pflege Angehöriger als Stressfaktor angeben, sind manchmal oder häufig gestresst. Doch es ist nicht nur die Pflege. Fast sechs von zehn pflegenden Angehörigen geben an, dass sie sich durch den Job oft abgearbeitet und verbraucht fühlen. Damit liegen sie weit über dem Bevölkerungsdurchschnitt von 40 Prozent. Übermäßig oft leiden sie unter einem zu großen Arbeitspensum und Termindruck. Auch die richtige Work-Life-Balance zu finden, fällt ihnen oft schwer: Bei mehr als jedem zweiten pflegenden Angehörigen kommen Freunde und Familie wegen des Jobs oft zu kurz. Und andersherum sagt ebenfalls nur jeder zweite von ihnen, dass er Energie aus seinem Privatleben ziehen kann – gegenüber sieben von zehn Menschen im Bevölkerungsschnitt.“ (S. 11) „Auch von körperlichen wie seelischen Leiden sind pflegende Angehörige deutlich häufiger betroffen als Menschen ohne diesen Belastungsfaktor. So haben zwei Drittel der pflegenden Angehörigen ihre Sorgen mit Muskelverspannungen oder Rückenleiden. Fast jeder zweite hat mit Schlafstörungen zu kämpfen und 40 Prozent kennen das Gefühl des Ausgebranntseins. Und jeder Vierte, den die Pflege Angehöriger belastet, hatte in den letzten Jahren psychische Erkrankungen wie Burn-out, Depressionen oder Angststörungen“ (S. 12). „Menschen, deren Stress

durch die Pflege von Angehörigen oder durch Krankheiten im sozialen Umfeld bedingt ist, leiden überdurchschnittlich oft an chronischen Krankheiten.“ Techniker Krankenkasse 2013, S. 33. Abb. 7 fasst die Ergebnisse der Forsa-Umfrage zusammen.

Abb. 7: Belastung pflegender Angehöriger



(Quelle: eigene Darstellung nach Techniker Krankenkasse 2013, S.11)

Aus diesen beispielhaft zitierten Quellen sowie aus den Aussagen, die die Expertinnen und Experten bei den Experteninterviews getroffen haben, lassen sich unterschiedliche Belastungskategorien ableiten, nämlich

- zeitliche Belastung: hohe Präsenz und Verfügbarkeit
- körperliche und psychische Belastungen
- soziale (incl. familiäre, berufliche und finanzielle) Belastungen

Diese Belastungen werden im Folgenden näher ausgeführt.

5.1.1 Hohe zeitliche Präsenz und Verfügbarkeit

Angaben des Instituts für Gerontologische Forschung zufolge, findet häusliche Pflege über durchschnittlich 8 Jahre und oft rund um Uhr statt (Institut für Gerontologische Forschung (IGF) et al. 2013). Die zeitliche Belastung variiert je nach Krankheitsbild des Pflegebedürftigen erheblich. Im europäischen Vergleich liegt sie bei durchschnittlich 6,5 Stunden pro Tag (The Eurofamcare Consortium 2005). Insbesondere die Länge der durchschnittlichen Pflegedauer pro Tag und Einschränkungen des Nachtschlafs des pflegenden Angehörigen haben einen gesicherten Einfluss auf das Ausmaß der Belastung (Gräßel und Adabbo 2012). Die Aufgabe oder Einschränkung des eigenen Berufslebens, mangelnde Freizeit und die fehlende Möglichkeit, Lebensentscheidungen weitestgehend frei gestalten zu können, stellen eine massive Einschränkung der eigenständigen Lebensgestaltung dar. (Pinquart und Sörensen 2002, Schmidt und Gräßel 2012). Die beschriebenen zeitlichen Anforderungen führen oft zu einer deutlichen Reduktion eigener sozialer Kontakte und es kommt zu einer Vereinsamung der Pflegenden.

5.1.2 Körperliche und psychische Belastung

Pflegetätigkeiten gehen z.T. mit schwerer körperlicher Arbeit einher, die gerade bei älteren Pflegenden zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder zu einer Verschlechterung bestehender Erkrankungen führen können.

Psychisch belastend sind krankheitsbedingte Veränderungen der Persönlichkeit des Pflegebedürftigen, vor allem bei Demenz, und die damit verbundene Veränderung der Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigen sowie einerseits das Gefühl, nicht ausreichend helfen zu können, und andererseits die Ungewissheit darüber, wie lange die Pflegesituation noch anhalten und wie sie sich entwickeln wird (Zank, Döhner, Expertengespräch). Schuldgefühle, Unfreiwilligkeit der Pflegeübernahme und schon im Vorfeld schwierige Familienbeziehungen können die psychische Belastung verstärken. Auch „dysfunktionales Coping“ wie erhöhte Selbstkritik, Konsum von Alkohol und Drogen oder Resignation haben negative Auswirkungen auf das Ausmaß der psychischen Belastung. Die emotionale Belastung bei häuslicher Pflege ist durchschnittlich größer als die körperliche (Gräßel 2012, Gräßel und Adabbo 2012)

5.1.3 Berufliche, familiäre und finanzielle Belastung

Wie steht es mit der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege? Die Autoren Lüdecke et al. (2006) nehmen an, dass in der untersuchten Gruppe der objektiv hochbelasteten Söhne und Töchter, hauptsächlich eben diese hohe Belastung in der Pflegetätigkeit für berufliche Einschränkungen verantwortlich ist. Auch Pinquart und Sörensen (2002, S. 76) beschreiben, dass die Übernahme der Pflegetätigkeit bei pflegenden Angehörigen, die im Erwerbsalter sind, nicht selten zur Aufgabe oder zumindest zur Einschränkung der beruflichen Tätigkeit führt und damit für finanzielle Einbußen. Dem geringeren Einkommen stehen zudem häufig zusätzliche Ausgaben für die Pflege der Angehörigen gegenüber, die durch Leistungen der Pflegekasse nicht komplett ausgeglichen werden können.

„Gemäß einer Repräsentativbefragung von TNS Infratest haben wegen der Aufnahme der Pflege 10 % der Hauptpflegepersonen ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben und weitere 11 % ihre Erwerbstätigkeit eingeschränkt (Schneekloth et al. 2005: 79; vgl. auch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2011). Wird zudem noch berücksichtigt, dass 51 % der Hauptpflegepersonen auch vor Beginn der Pflegetätigkeit bereits

nicht erwerbstätig waren, zeigt sich, dass gut 40 % der Pflegepersonen, die zuvor erwerbstätig waren, ihre Erwerbstätigkeit wegen der Übernahme von Pflege eingeschränkt oder aufgegeben haben.

Die klassische Rollenverteilung birgt für Frauen eine enorme Doppel- und Mehrfachbelastung, da die Versorgung des Pflegebedürftigen, die Kindererziehung als auch ggf. die Erwerbstätigkeit „gemanagt“ werden müssen. So befinden sich zumeist Frauen, insbesondere pflegende Töchter, in dem Entscheidungs-Dilemma, die Erwerbsarbeit zugunsten der Pflege-tätigkeit aufzugeben oder aber für den Angehörigen einen Heimplatz zu organisieren, was starke Gewissenskonflikte mit sich bringt – beide Entscheidungen sind begleitet von nicht unerheblichen finanziellen Belastungen bzw. Einbußen. Etwa 40% der pflegenden Angehörigen entscheiden sich für Erwerbsarbeit und Pflegetätigkeit. Studienergebnissen zufolge fällt die Pflegetätigkeit Töchtern leichter, wenn sie zumindest in Teilzeit weiterhin berufstätig und somit nicht ausschließlich zu Hause sind; letzteres führt zu einer weitaus stärkeren Unzufriedenheit und zu einem größeren Belastungserleben. (Lehr 2010).

Um eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu unterstützen, wurde von der Bundesregierung das Modell der Familienpflegezeit entwickelt. Das seit 2012 geltende Familienzeitgesetz (FPfZG) ermöglicht, in Ansprache mit dem Arbeitgeber (aktuell besteht allerdings kein Rechtsanspruch), über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren unter Reduzierung des Bruttoeinkommens die Wochenarbeitszeit auf bis zu 15 Stunden zu kürzen. Ziel ist die Entlastung der pflegenden Angehörigen. Allerdings war die bisherige Inanspruchnahme der Familienpflegezeit äußerst gering. Gemäß der Antwort der Bundesregierung vom 14.2.2013 BT-Drs. 17/12330 (Deutscher Bundestag 2013a) auf die Kleine Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen zum Stand der Umsetzung des Familienpflegezeitgesetzes vom 25.1.2013 (BT-Drs. 17/12166) (Deutscher Bundestag 2013b) ergeben sich für das Jahr 2012 folgende Zahlen: Insgesamt gingen 137 Anträge auf Familienpflegezeit beim dafür zuständigen Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ein, davon wurden insgesamt 108 Anträge bewilligt und 53 Anträge auf zinslose Darlehen wurden von Arbeitgebern gestellt, von denen 41 bewilligt und 2 abgelehnt wurden, während sich 10 noch in der Bearbeitung befinden (BT-Drs 17/12330: 10).

Zukünftig soll jedoch dieses Angebot laut des aktuellen Koalitionsvertrags 2013 zwischen CDU, CSU und SPD noch stärker gefördert werden: „Wer einen anderen Menschen pflegt, braucht dafür Zeit und muss die Pflege mit dem Beruf vereinbaren können. Wir werden die Möglichkeiten des Pflegezeit- und Familienpflegegesetzes unter einem Dach mit Rechtsanspruch zusammenführen und weiterentwickeln, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf besser zu unterstützen“ (Bundesregierung 2013, S. 84). Es bleibt abzuwarten, ob und inwieweit eine entsprechende Umsetzung erfolgt.

5.1.4 Objektive und subjektive Belastung

Die oben aufgeführten Belastungsdimensionen lassen sich den Kategorien objektive und subjektive Belastungen zuordnen (Zank, Expertengespräch). Objektive Belastungen entstehen durch den Pflegeaufwand (z. B. feststellbar über die Zuordnung einer Pflegestufe) oder die Einschränkung der zeitlichen Flexibilität und persönlichen Freiräume. Subjektive Belastungen betreffen hingegen die intrapsychischen Verarbeitungsprozesse, die durch die Pflegesituation in Gang gesetzt werden und bewältigt werden müssen. Hierzu zählen z. B. die Problematik des Persönlichkeits- und Beziehungsverlustes bei Demenz oder die Konfrontation mit dem Lebensende und Trauerprozesse.

Diese Unterscheidung ist bedeutsam, weil beide Belastungskategorien berücksichtigt werden müssen und unterschiedliche Maßnahmen erfordern. Beachtet werden muss, dass Entlastung hinsichtlich der objektiven Belastungsfaktoren, z. B. durch den Einsatz von Pflegediensten, nicht zwangsläufig auch eine Entlastung hinsichtlich der subjektiven Belastung bringt. Dies ist durch Studienergebnisse insofern belegt, als z. B. „Respite Care“ (also das Schaffen von zeitlichen Freiräumen durch andere Pflegende oder Kurzzeitpflege) nicht unbedingt immer zu einer Verbesserung der Lebensqualität bei den pflegenden Angehörigen führt (Lopez-Hartmann et al. 2012). Andererseits können hohe objektive Belastungen besser kompensiert werden, wenn die subjektive Belastung durch entsprechende Coping-Strategien gesenkt werden kann (Gräßel und Adabbo 2012).

5.1.5 Geschlechterperspektive

Die Hauptlast der Pflegetätigkeit liegt vor allem bei den Frauen. Diese Tatsache gilt nicht nur für Deutschland. Ergebnisse der EUROFAMCARE-Studie mit Beteiligung von 23 europäischen Staaten mit insgesamt 5923 befragten pflegenden Angehörigen zeigen deutlich eine Minderheit von männlichen Pflegepersonen. So entfallen nur knapp ein Viertel der Hauptpflegepersonen auf Männer – mit wenigen Ausnahmen (Lüdecke et al. 2006, S. 5).

Weiterhin lässt sich der EUROFAMCARE-Studie zu Folge ein unterschiedliches subjektives Belastungsempfinden feststellen: Während die objektive Belastung, beurteilt anhand des Pflegeaufwands/-grads, ähnlich ist, äußern Frauen eine höhere subjektive Belastung. Bezogen auf das Verwandtschaftsverhältnis und Geschlecht ergibt sich beginnend mit dem stärksten Belastungsempfinden folgendes Muster: Pflegende (Ehe-) Frauen erleben die höchste subjektive Belastung, etwas geringer wird sie von pflegenden (Schwieger-)Töchtern empfunden, gefolgt von den (Ehe-)Männern, während das niedrigste Belastungslevel bei den (Schwieger-)Söhnen lag. (Lüdecke et al. 2006, S. 8)

Einerseits ist das subjektive Belastungsempfinden bei Frauen höher, andererseits nehmen länderübergreifend männliche Pflegende häufiger Unterstützung in Anspruch. Schlussendlich kommen die Wissenschaftler der EURFAMCARE-Studie zu dem Schluss, „dass Männer die häusliche Pflege anders organisieren und die anfallenden Pflegeaufgaben dadurch als weniger belastend empfinden. Die weiblichen Pflegenden übernehmen generell mehr Pflegeaufgaben vollständig alleine und werden weniger aus dem professionellen oder informellen Bereich unterstützt“ (Lüdecke et al. 2006, S. 14).

Dass Männer anders pflegen als Frauen – zu diesem Ergebnis kommt auch Langehennig (2012), der sich in seiner qualitativen Untersuchung speziell mit pflegenden Männern beschäftigt hat. Männer orientieren sich bei der Pflege stärker an ihrer früheren oder noch bestehenden Arbeit und weisen explizit auf ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten aus ihrer Erwerbstätigkeit hin. Die Pflegetätigkeit wird als ein Projekt angesehen, welches es zu meistern gilt. Probleme werden zumeist durch eine rational-technische Herangehensweise gelöst. Dabei wird auf regelmäßige Pausen und Erholungsmöglichkeiten geachtet, um auch weiterhin Hobbys und Interessen nachzugehen. (Langehennig 2012, S. 20ff).

Im Rahmen der Übernahme von häuslicher Pflege nehmen (Schwieger-)Töchter höhere Einbußen ihrer beruflichen Karriere in Kauf als die (Schwieger-)Söhne. Dies „ist wahrscheinlich einerseits auf [...] den Aspekt der traditionellen Rolle der Frau als „Familienmanagerin“ zurückzuführen, die in bestimmten Ländern eine Emanzipation von häuslichen Verpflichtungen einschränkt, und andererseits auf die Rolle des Mannes als Ernährer und Sorge tragender für das Haupthaushaltseinkommen“ (Lüdecke und Mnich 2009, S. 13).

Das Müttergenesungswerk geht in seinen Angeboten ausdrücklich auf Gender-Aspekte ein und bietet innerhalb der durchgeführten Maßnahmen Frauen- (und ggf. auch Vätergruppen) an, die auf die unterschiedliche Situation und die verschiedenen Bedürfnisse von pflegenden Männern und Frauen eingeht. Die Genderperspektive ist langjähriger Bestandteil des Konzeptes.

5.2 Belastungsfolgen

5.2.1 Risiko für die psychische und physische Gesundheit

Unumstritten ist, dass die genannten oft mehrdimensionalen Belastungen von pflegenden Angehörigen ein erhöhtes Risiko für die psychische und körperliche Gesundheit der Pflegenden mit sich bringen (Billinger 2011, Kofahl et al. 2009, Pinquart und Sörensen 2007, Schenk 2009). Die Beeinflussung der Gesundheit durch die Pflegesituation findet in verschiedenen Symptomen Ausdruck, wie etwa Erschöpfung, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Angstzustände und Depressionen (Pinquart und Sörensen 2002, Swore Fletscher et al. 2008, Techniker Krankenkasse 2013, Schmidt und Gräßel 2012). Verschiedenen Studien zufolge sollen 40-70% der pflegenden Angehörigen unter depressiven Symptomen leiden (Sherwood et al. 2005), aber auch von kardialen Erkrankungen und einer erhöhten Mortalität wird berichtet (Schulz und Beach 1999). „Pflegende Ehepartner, die durch die Pflegesituation subjektiv belastet sind, haben im Zeitraum von 4,5 Jahren ein um 63% erhöhtes Sterberisiko als pflegende Ehepartner ohne subjektive Belastung durch die Pflegesituation“ (Schmidt und Gräßel 2012). Eine Analyse von Versichertendaten der Siemens BKK aus dem Jahre 2011 ergab, dass pflegende Angehörige häufiger unter Rückenschmerzen und Kreislaufbeschwerden leiden und infektfälliger sind. 17% der pflegenden Angehörigen waren von einer depressiven Episode oder Depression betroffen; damit waren depressive Störungen bei pflegenden Angehörigen dreieinhalbmal häufiger als im Bundesdurchschnitt. Die Tatsache, dass pflegende Angehörige „kränker“ waren als Menschen ohne häusliche Pflegesituation betraf auch und gerade die jüngeren Pflegenden: gemessen an der Zahl der Diagnosen waren die 30-40-jährigen Pflegenden um 19% „kränker“ als der Durchschnitt aller anderen SBK-Versicherten (Billinger 2011)

5.2.2 Gewalt und Dekompensation der häuslichen Pflegesituation

Das Ausmaß der psychischen Belastung der pflegenden Angehörigen ist ein wesentlicher Faktor für die Beschleunigung des Heimeintritts des Pflegebedürftigen (Schmidt und Gräßel 2012: „Angehörigenbezogen ist die subjektive Belastung der bedeutendste Prädiktor für die Institutionalisierung von Pflegebedürftigen“).

Die Ausübung psychischer und physischer Gewalt sowohl von Seiten der Pflegenden als auch der Pflegebedürftigen ist in der häuslichen Pflegesituation nicht selten. Überlastungsphänomene spielen eine bedeutsame Rolle, wenn pflegende Angehörige Gewalt ausüben (Schmidt und Gräßel 2012, Heidenblut et al. 2013). Eine Übersicht zum Thema „Gewalt gegen ältere Menschen“ findet sich bei Sowarka et al. 2002.

„Etwa jeder 7. Befragte, der in den letzten fünf Jahren Pflege (im weiteren Sinn) benötigte, berichtet problematisches Verhalten von Pflege- und Unterstützungspersonen (in der überwiegenden Mehrzahl Pflegenden Angehörige). Hierbei spielen mehrere Faktoren eine Rolle: Die Qualität der prämorbidem Beziehung, die Zunahme von Belastungsfaktoren trotz guter Vorbeziehung, finanzielle Mangellagen sowie die spezifischen Anforderungen in der Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz. [...] In der Befragung einer Zufallsstichprobe

von Pflegenden Angehörigen (n= 254) gaben diese zu 47,6% zu, in den letzten 12 Monaten psychische Misshandlungen vorgenommen zu haben; physische Misshandlungen kamen zu 19,4% vor. In dieser Befragung wurde deutlich, dass Pflegende Angehörige zu einem erheblichen Anteil selber physische und psychische Übergriffe seitens der zu pflegenden Person erdulden mussten“ (Müller-Hergl 2011).

Das Thema Gewalt in der häuslichen Pflegesituation kann im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht ausführlicher behandelt werden, ist jedoch als mögliche Belastungsfolge sehr bedeutsam. Insbesondere gilt es durch rechtzeitige Interventionen die Überlastung und Gewaltbereitschaft zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. In diesem Zusammenhang kann das kurzfristige Herausnehmen des pflegenden Angehörigen aus der häuslichen Pflegesituation z. B. im Rahmen einer Kurmaßnahme oder – je nach Indikation – einer psychosomatischen Reha eine wichtige präventive und therapeutische Rolle spielen.

5.3 Erfassung von Belastungen, Belastungsfolgen und Bedürfnissen pflegender Angehöriger

5.3.1 Diagnose und „Benennung“ von Belastungsfolgen

Die beschriebenen Belastungen und Belastungsfolgen, die pflegende Angehörige betreffen, resultieren aus einem komplexen multidimensionalen Belastungsgefüge, das neben individuellen körperlichen und psychischen Belastungsfaktoren zu einem erheblichen Teil aus Belastungsfaktoren besteht, die durch den sozialen Kontext und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen hervorgerufen werden.

Untersuchungen zur Mutterrolle aus den 1990er Jahren zeigen psychosoziale und gesundheitliche Beeinträchtigungen, deren Ursache in widersprüchlichen Rollenerwartungen, mangelnder Anerkennung und hoher Beanspruchung durch Mehrfachbelastung (Beruf, Haushalt, Kindererziehung, Situation als Alleinerziehende etc.) gesehen wird (Arnold-Kerri et al. 2003). Die Situation der pflegenden Angehörigen, die ja ebenfalls sog. „Sorgearbeit“ leisten, ist in ihren biopsychosozialen Auswirkungen denen der Mütter sehr ähnlich.

Die resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe sowie die somatischen und psychischen Erkrankungen und Beschwerden lassen sich jedoch oft nicht ausreichend durch Diagnosen nach ICD abbilden. Zwar ermöglicht die Diagnose Z63 („andere Kontakttänlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis“) die zusätzliche Verschlüsselung einer sozialen/familiären Komponente. Der Bezug zum Belastungsfaktor „Pflege eines Angehörigen“ bleibt aber vage und unerkannt. Eine aussagekräftige Auskunft über das Vorliegen von Überlastungsphänomenen und Funktionseinschränkungen durch die Pflegesituation ist auch über die kombinierte Verschlüsselung einer Krankheit und die „Diagnose“ Z63 nicht möglich. Arnold-Kerri schlägt daher ein „mütterspezifisches Leitsyndrom“ vor, das die Multiaxialität der Krankheitsgenese erfasst und den Gesundheitsstatus auf mehreren Ebenen beschreibt (Arnold-Kerri 2005). Die Übertragbarkeit dieser Vorgehensweise und auf die Situation von pflegenden Angehörigen und daraus resultierende Weiterentwicklungen werden in Kapitel 11.1 diskutiert.

5.3.2 Assessmentinstrumente

Zur Erfassung der Belastung, der Bedürfnisse und der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen wurden in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Erhebungsinstrumente, vor allem zu Forschungszwecken, entwickelt (Deeken et al. 2003, S. 923). Die im zitierten Review aufgeführten Instrumente sollen im Folgenden kurz und ohne Anspruch auf Vollständigkeit erwähnt werden:

Das *Burden Interview (BI)* – entwickelt im Jahre 1980 – gehört zu den am meisten verbreiteten Instrumenten in Studien, die sich mit den Pflegenden von Demenzpatienten befassen, allerdings erscheint die Validität fragwürdig und die Reliabilität wurde nicht getestet (Deeken et al. 2003, 925f).

Zur Messung der **Belastung** von pflegenden Angehörigen empfehlen Deeken et al. (2003) das *Caregiver Reaction Assessment (CRA)* von Given et al. (2001). Das Instrument ist mehrfach getestet – u. a. an Pflegenden von Patienten mit körperlichen Beeinträchtigungen, Alzheimer oder Krebs – und erscheint hinsichtlich Validität und Reliabilität zuverlässig. Zudem deckt es verschiedenste Belastungsdimensionen ab (Gesundheit, Finanzen, Achtung, familiäre Unterstützung, etc.). Als weiteres gut entwickeltes Erfassungsinstrument werden die *Caregiving Outcomes Scale (COS)* von Bakas und Champion (1999) genannt, die wiederholten Experten- und statistischen Prüfungen unterzogen worden ist. Mit nur zehn Items ist sie darüber hinaus außerordentlich kurz. 2006 ist eine überarbeitete Version der Caregiving Outcomes Scale erschienen, die fünf zusätzliche Items u. a. zum finanziellen Status, zur allgemeinen Gesundheit und zum „role functioning“ beinhaltet (Bakas et al. 2006).

Hinsichtlich der Empfehlungen von Instrumenten zur Selbstauskunft der pflegenden Angehörigen bezüglich ihrer **Bedürfnisse** sind die Autoren zurückhaltender. Der *Home Caregiver Needs Survey (HCNS)* von Hileman et al. (1992) und die Caregivers Needs Scale (CNS) von Longman sind inhaltlich umfassend und gut getestet – allerdings sind sie mit jeweils 90 Items auch recht aufwändig in der Erfassung und Auswertung. Das *Family Inventory of Needs (FIN)* von Kristjanson et al. (1995) ist mit 20 Items deutlich kürzer und nach Ansicht von Deeken et al. dennoch inhaltlich angemessen. Hier kritisieren die Autoren jedoch die Vorgehensweise bei der statistischen Prüfung des Instrumentes, die die Aussagen zur Validität und Reliabilität fragwürdig machen.

Ein Instrument, das den Umgang mit Belastungen abbildet, ohne dabei einzelne Belastungssituationen (wie die Pflege eines Angehörigen) zu fokussieren, ist das *COPE Inventory*. COPE wurde bereits im Rahmen der EUROFAMCARE-Studie, die die Situation pflegender Familienangehöriger in Europa untersucht, genutzt, um die Belastungssituation der Pflegenden abzubilden. COPE besteht aus 60 Items, die das problemfokussierte Coping (bspw. Suche nach instrumenteller sozialer Unterstützung), das emotionsfokussierte Coping (bspw. Suche nach emotionaler sozialer Unterstützung) und im Vergleich dazu eher ungeeignete Coping-Strategien (wie das „venting of emotions“) erfassen (Carver et al. 1989).

Die Vielzahl der Erhebungsinstrumente führt unter anderem dazu, dass Studienergebnisse zur Belastungssituation von pflegenden Angehörigen nur schwer miteinander verglichen werden können, da trotz ähnlicher oder gar gleicher Zielstellungen der Messinstrumente unterschiedliche Maßzahlen erfasst werden (Saban et al. 2010, S. 136). Deeken et al. forderten daher schon 2003, von der Entwicklung neuer Erhebungsinstrumente zu deren Nutzung überzugehen (S. 924): „[W]e propose that future research should transition from the develo-

ment of sound instruments towards using these instruments in research and clinical settings“.

Auch im deutschsprachigen Raum gibt es verschiedene Instrumente, die zur Erhebung von Belastungen bei pflegenden Angehörigen entwickelt wurden. Im Folgenden werden zwei Instrumente kurz dargestellt, die auch in den Expertensprachen wiederholt genannt wurden.

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes „Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER)“ wurde das *Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA – D)* entwickelt. Das BIZA – D besteht aus 88 Items und teilt sich in 20 Subskalen auf, mit denen die Multidimensionalität des Belastungsgefüges pflegender Angehöriger abgebildet werden soll. Dabei werden sowohl objektive (bspw. praktische Betreuungsaufgaben) als auch subjektive Belastungen des Pflegenden (bspw. durch Aggressivität des Pflegebedürftigen) erfasst. Das Inventar wurde umfassend psychometrisch getestet (Zank et al. 2009, Zank und Schacke 2007, Abschlussbericht Leander Phase 1 und Leander Phase 2). Nach mündlicher Mitteilung von Prof. Zank, Universität Köln liegt eine Kurzform des BIZA – D vor, die von Pflegediensten, Sozialstationen etc. sehr gut und effizient eingesetzt werden kann. Es werden „Depressivität“, „Gewaltpotential“ und „Risiko der Institutionalisierung des zu Pflegenden“ gemessen und das Instrument ermöglicht für diese drei Bereiche im Sinne einer „Gefahrenmeldung“ (siehe Kapitel 10.10). Eine Anpassung für den Einsatz bei anderen Pflegeanlässen als Demenzerkrankungen wäre leicht möglich (Zank, Expertengespräch).

In der Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) mit Stand vom 1. März 2005 (DEGAM 2005) – die Leitlinie wird aktuell überarbeitet – wird zur Erfassung der Belastung von pflegenden Angehörigen auf die *Häusliche Pflege-Skala (HPS)* von Gräßel verwiesen. Das Instrument (im Original von 1993) ist mit zehn Items vergleichsweise kurz und konzentriert sich auf psychosoziale Belastungen durch die Pflege. Auch dieses Instrument ist psychometrisch getestet worden und ist laut Leitlinie geeignet für den hausärztlichen Einsatz.

Inwiefern einzelne Instrumente für den Praxisalltag geeignet sind, die Belastungen und Bedarfe der Pflegenden Angehörigen umfassend zu erfassen, muss geprüft werden. Dabei sollte zum einen berücksichtigt werden, von welchem Akteur das Instrument verwendet werden soll (Hausarzt, Medizinischer Dienst, Pflegeberatung, etc.) und mit welcher Zielstellung es eingesetzt wird (bspw. Erfassung des Rehabilitationsbedarfs, Forschungszwecke oder Früherkennung von Krisensituationen?). Neben der Validität und Reliabilität des Instrumentes spielen für den Einsatz im Alltag auch Fragen der Anwenderfreundlichkeit und Praktikabilität – sowohl auf Seiten der pflegenden Angehörigen als auch auf Seiten der professionellen Akteure – eine entscheidende Rolle.

Daneben gibt es weitere Instrumente aus dem deutschsprachigen Raum, die hier nicht dargestellt werden, da eine vollständige Recherche nach derartigen Instrumenten nicht Gegenstand des vorliegenden Gutachtens war. Eine mögliche Rolle, die Assessment-Instrumente im Rahmen von Maßnahmen zur Rehabilitation und Vorsorge (z. B. Bedarfsfeststellung) oder für ein Frühwarnsystem (z. B. zur Erfassung einer Dekompensation der häuslichen Pflegesituation oder drohender Gewalt) spielen könnten wird in Kapitel 11.2 diskutiert.

6 Systematik der Bedarfe

Aus den Analysen der Belastungen und aus den Angaben der Betroffenen lassen sich die speziellen Bedürfnisse pflegender Angehöriger ableiten, die erfüllt werden sollten, damit sowohl die Pflegebereitschaft als auch die Pflegefähigkeit erhalten bleiben.

Auch wenn die Belastungen, Bedarfe und Bedürfnisse sich situativ und über die Zeit verändern und ganz unterschiedliche Ausprägungen haben können – je nachdem ob eine Pflegesituation z. B. akut auftritt oder sich schleichend entwickelt – lassen sich bestimmte Grundbedürfnisse extrahieren, die an vielen Stellen (Dräger et al. 2012, GKV-Spitzenverband et al. 2011a, Zegelin et al. 2013, Schmidt und Gräßel 2012 und andere) in gleicher oder ähnlicher Weise genannt werden.

Einige der genannten Bedarfe (z. B. die Beratung) spielen vorwiegend im ambulanten Setting eine Rolle. Sie sollten aber auch von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge berücksichtigt werden, da sie im Pflegeverlauf immer wieder auftreten und in unterschiedlicher Form eine Rolle spielen.

In Tabelle 3 ist die Systematik der Bedarfe dargestellt. Die einzelnen Bedarfe werden im Folgenden näher erläutert.

Tab. 3: Systematik der Bedarfe

Pflegende Angehörige brauchen		Kann umgesetzt werden durch (Beispiele)
Information	Sensibilisierung: <ul style="list-style-type: none"> • Frühzeitig • Aufsuchend • Proaktiv 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt • Pflegedienst • Verpflichtende Pflegeberatung nach §37
Beratung	Erwerb von Wissen: <ul style="list-style-type: none"> • Verständlich • Vollständig • Zielgerichtet • Individuell angepasst 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeberatung §37, §7a • Pflegestützpunkte • Servicestellen §23 (nach SGB IX)
Begleitung	Ansprechpartner <ul style="list-style-type: none"> • Kontinuierlich • Persönliche Bezugsperson(en) • Flexibel im Umfang • Proaktives Angebot 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegebegleitung ist über die Pflegestützpunkte grundsätzlich möglich • Netzwerk Pflegebegleitung (ausgebildete, ehrenamtliche Pflegebegleiter an 133 Standorten) • Projekt: „Unternehmen Pflegebegleitung“ • Tele-Angebote
Schulung	Erwerb konkreter Fähigkeiten <ul style="list-style-type: none"> • Pflege • Kommunikation (mit dem Pflegebedürftigen, den Pflegefachkräften) • Ernährung 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeschulung • Angehörigenschulung im Rahmen des Entlassungsmanagements • Kommunikationstraining

Entlastung	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitliche Entlastung • Finanzielle Entlastung • Pflegerische Entlastung • Psychische/emotionale Entlastung 	<ul style="list-style-type: none"> • Verhinderungspflege • Kurzzeitpflege • Pflegegeld • Ambulante Pflegedienste • Stationäre Vorsorgeleistung • Psychologische Begleitung (einzeln oder in der Gruppe)
Primäre Prävention	Erwerb von Fähigkeiten der Selbstfürsorge <ul style="list-style-type: none"> • Entspannung • Bewegung • Soziale Kontakte • Persönlicher Freiraum • Coping-Strategien 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Kurse z. B. von KK • Tele-Angebote • Beratung • Selbsthilfegruppen • Gesprächsgruppen
Sekundäre Prävention/Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Spezifische Therapie von somatischen und psychischen Erkrankungen • Präventions- und Coping-Strategien 	<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Vorsorgeleistung • Ambulante und stationäre Rehabilitation • Psychotherapie
Anerkennung der Pflegeleistung	Wertschätzung und (öffentliche) Wahrnehmung der Leistungen, die pflegenden Angehörige für die Gesellschaft erbringen.	<ul style="list-style-type: none"> • Woche der pflegenden Angehörigen • unkomplizierter Zugang zu Entlastungsmöglichkeiten

6.1 Information

Unter „Information“ sind in diesem Zusammenhang nicht die Inhalte einer Beratung zu verstehen, sondern es handelt sich um die Sensibilisierung für mögliche Problemsituationen und den Hinweis auf Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten. Dies gilt besonders für den Beginn einer Pflegesituation, aber auch für sich ändernde Bedingungen, die erkannt werden müssen und an die eine Anpassung erforderlich ist.

Experten und Literatur bescheinigen hier große Defizite (Schneekloth et al. 2005, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen 2013). Pflegende Angehörige wissen oft nicht, an wen sie sich wenden können, dass überhaupt und welche Hilfen zur Verfügung stehen. Der Glaube, alles alleine bewältigen zu müssen, ist immer noch weit verbreitet und führt dazu, dass pflegende Angehörige sich überfordern, sich schämen und oft nicht von sich aus Rat und Hilfe suchen. „Fast jede bzw. jeder zweite pflegende Angehörige ist demnach in keinerlei externes Unterstützungsnetzwerk eingebunden“, nur 16% greifen regelmäßig auf wenigstens ein entlastendes Beratungs- oder sonstiges Unterstützungsangebot zurück (Schneekloth et al. 2005). Da die Belastungen hoch sind, ist vermutlich ein nicht unerheblicher Teil der Nichtinanspruchnahme auf fehlendes Wissen über die Möglichkeit einer Entlastung zurückzuführen. Die Daten von Schneekloth stammen zwar aus dem Jahre 2002; die im Rahmen der Gutachtenerstellung geführten Gespräche mit Experten und Vertretern von Betroffenen lassen aber den Rückschluss zu, dass die Lage aktuell nicht viel anders sein dürfte.

Benötigt werden daher **proaktive, aufsuchende**, niederschwellige Informationsangebote, die an pflegende Angehörige **frühzeitig** herangetragen werden, sobald deren Situation deutlich wird. Auch bei langfristigen Pflegesituationen treten Informationsdefizite auf, da es häufig im Kontakt mit pflegenden Angehörigen ausschließlich um den Pflegebedürftigen und nicht um die Lage des pflegenden Angehörigen geht. Hier sind Personengruppen, die wegen des Kontaktes zum Pflegebedürftigen zwangsläufig auch Kontakt zum pflegenden Angehörigen haben, für die Situation der Pflegenden zu sensibilisieren wie z. B. Hausärzte, Pflegedienste oder der. Diese Personen müssen in die Lage versetzt werden, die pflegenden Angehörigen zu den richtigen Stellen in ihrer Nähe weiter zu verweisen.

Insbesondere die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte ist an dieser Stelle zu betonen. Die hausärztliche Aufgabe der bedürfnisgerechten Betreuung von pflegenden Angehörigen wird von Experten betont und auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gesehen. Aktuell erarbeitet die KBV zusammen mit Experten im Rahmen ihrer Werkstattprogramme ein Konzept zur Sensibilisierung und Fortbildung von Hausärzten mit dem Ziel konkrete spezifische Leistungen für die Betreuung pflegender Angehöriger zu definieren und eine entsprechende Sensibilisierung und Fortbildung der Hausärzte und ihrer Praxen für diese spezielle Aufgabe zu erreichen (Lichte, Döhner, Expertengespräch). Die Erfüllung bestimmter Voraussetzungen soll zur Durchführung und Abrechnung dieser speziellen definierten Leistung für pflegende Angehörige durch die Hausärzte berechtigen und die Versorgung der pflegenden Angehörigen verbessern.

Aktuell werden im Rahmen einer Promotionsarbeit am Lehrstuhl für Allgemeinmedizin Magdeburg leitfadengestützten Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten zur hausärztlichen Betreuung pflegender Angehöriger ausgewertet. Die Ergebnisse sollen 2014 veröffentlicht werden (Lichte, Expertengespräch).

6.2 Beratung

Angesichts der Vielzahl an Maßnahmen und Anträgen (Heilmittel, Hilfsmittel, bauliche Veränderungen, Pflegegeld, Pflegestufe, Verhinderungspflege usw.) ist die Notwendigkeit von inhaltlicher Beratung zu den verschiedensten Themen der häuslichen Pflege evident.

Problematisch ist nicht, dass es keine Beratungsmöglichkeiten gäbe, sondern dass die Organisation der Beratung und der Beratungsinhalte nicht einheitlich geregelt ist. Beratungsstellen und beratende Personen unterschiedlichster Art operieren auf optionaler und obligatorischer Ebene häufig ohne ausreichend vernetzt zu sein. In der Regel dreht sich zudem die Beratung um den Pflegebedürftigen und nur selten steht der pflegende Angehörige mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt. Pflegende Angehörige haben meist keinen direkten Ansprechpartner für ihre eigenen, im Zusammenhang mit der Pflege Tätigkeit stehenden Belange.

Beratungsleistungen sind auch im Vorfeld von Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen dringend erforderlich, weil die Versorgung des Pflegebedürftigen incl. der notwendigen Kostenübernahme während der Maßnahme eine zusätzliche große Hürde für die Inanspruchnahme darstellt. Durch unterschiedliche Kostenträger für den pflegenden Angehörigen und den Pflegenden, durch die Notwendigkeit der (zeitlichen) Koordination der eigenen Maßnahme mit der Betreuung des Pflegebedürftigen und durch die Schwierigkeit, die jeweils geeigneten Einrichtungen zu finden, wird die Antragsstellung für Rehabilitations- oder Vorsor-

leistungen selbst zur Belastung. Hier können und müssen Beratungsangebote Hilfestellung leisten.

Die unterschiedlichen Beratungsstellen und Beratungsleistungen werden in Kapitel 9.3 beschrieben.

6.3 Pflegebegleitung

Angesichts der hohen Belastungen durch die Pflege und die gleichzeitig hohen Hürden bei der Organisation und Inanspruchnahme von Unterstützungsmöglichkeiten wurde in den Experteninterviews von vielen Fachleuten und Betroffenen der Bedarf einer kontinuierlichen Ansprechperson formuliert, die mit dem Unterstützungssystem vertraut ist, vertrauenswürdig ist und im Notfall schnell und unbürokratisch weiter hilft. Je nach Bedarf kann die Pflegebegleitung sehr sporadisch begleiten oder im Sinne eines Case-Managements stattfinden.

Die Pflegestützpunkte sind grundsätzlich für die Pflegebegleitung vorgesehen und geeignet. Problematisch ist hier jedoch, dass die Pflegestützpunkte erst in Aktion treten, wenn sie von den pflegenden Angehörigen angefragt werden, d. h. die Betroffenen müssen über die Möglichkeit der Beratung und kontinuierlichen Begleitung durch die Pflegestützpunkte informiert sein.

Darüber hinaus gibt es Projekte, die auf ehrenamtlicher Basis oder als Angebot von Unternehmen für pflegende Mitarbeiter Pflegebegleitung anbieten.

Das Bundesmodellprojekt Pflegebegleiter (2003 – 2008) wurde von den Spitzenverbänden der Pflegekassen gefördert. Qualifiziert wurden ca. 250 Multiplikatoren, sog. Projekt-Initiatoren, die bundesweit mehr als zweitausend Freiwillige in einem Vorbereitungskurs von 60 Unterrichtsstunden und weiteren 60 Stunden Praxiserkundungen ausgebildet haben (Projektleitung PD Dr. Elisabeth Bubolz-Lutz, Forschungsinstitut Geragogik) (GKV-Spitzenverband et al. 2011b).

Das Projekt setzt bewusst auf die Kooperation mit unterschiedlichen Institutionen und Verbänden. Angesiedelt ist das Projekt im §45d SGB XI (Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe). Das Projekt fand eine Fortsetzung im **Netzwerk pflegeBegleitung – Begleitung für pflegende Angehörige**. An 133 Standorten gibt es derzeit Pflegebegleiter, in Hessen ist das Projekt beispielsweise an 13 Standorten vertreten. Angeschlossen sind sie an andere Verbände oder Institutionen, z. B. in Frankfurt an das Bildungszentrum „Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V.“. Auf der Homepage werden weitere Einrichtungen und Institutionen genannt, die von den Pflegebegleitern weiter vermittelt werden können (u. a. Verein "Leben mit Demenz e.V."; Bürgerinstitut; "Telefon für pflegende Angehörige" der Caritas) (Projektverbund Pflegebegleitung Hessen et al. 2012).

Selbstbeschreibung: „Es werden Kurse zur Qualifizierung zum freiwilligen Pflegebegleiter für pflegende Angehörige angeboten. Die Aufgaben der freiwilligen Pflegebegleiter sind Zuhören, Mitdenken, Begleiten und Unterstützen. Sie helfen dem Angehörigen für sich selbst Sorge zu tragen und eigene Bedürfnisse wieder wahrzunehmen. Pflegebegleiter informieren über entlastende Angebote und vermitteln Kontakte zu Stellen, die praktisch und finanziell unterstützen. Pflegebegleiter pflegen nicht. Angesprochen sind insbesondere auch Interessierte mit Migrationshintergrund, damit auch Begleitung für pflegende Migranten angeboten werden kann. Die Qualifizierung zum Pflegebegleiter umfasst 60 Unterrichtsstunden, zwei

Exkursionen und schließt mit einem Zertifikat ab. Sie ist kostenfrei. Nach der Qualifizierung findet ein monatlicher Praxisaustausch und eine fachliche Begleitung statt.“

Ein neuer Fokus liegt seit Kurzem auf Berufstätigen in Unternehmen, die von der Pflege eines Angehörigen betroffen sind. **Das Projekt „Unternehmen Pflegebegleitung“** ist ein Projekt zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und privater Pflegeverantwortung durch Qualifizierung von Multiplikatoren, Aufbau einer Initiative vor Ort, Engagement von freiwilligen PflegebegleiterInnen in Unternehmen (ggf. Bestehend aus ehemaligen, berenteten Mitarbeitern des Unternehmens; Quelle: <http://unternehmen-pflegebegleitung.de/>). Das Projekt „Unternehmen Pflegebegleitung“ wird gefördert im Rahmen des Projektauftrages „Altersgerechte Versorgungsmodelle, Produkte und Dienstleistungen“ des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) und der EU.

6.4 Schulung

Pflegende Angehörige brauchen nicht nur bestimmte Informationen und Kenntnisse, sondern auch praktische Fähigkeiten, die sie in die Lage versetzen, die Pflege möglichst fachgerecht und effizient durchzuführen und eine entsprechende Qualität der Pflege zu gewährleisten. Darüber hinaus können Kenntnisse des Krankheitsbildes und zu einzelnen Pflegetätigkeiten (bspw. Umbetten) die Belastung des Pflegenden und deren negative Auswirkungen reduzieren.

Schulungen können und sollten – angepasst an die Bedürfnisse der Pflegenden – unterschiedliche Inhalte haben und verschiedene Schwerpunkte setzen. Häufige Inhalte sind Pflegeschulungen, die praktische Fähigkeiten vermitteln, Schulungen zu bestimmten Krankheitsbildern, z. B. Demenz, Kommunikationstrainings oder Ernährungsberatung.

Pflegekurse werden nach Beantragung des Pflegegeldes von den Pflegekassen angeboten. Diese gelten jedoch als oft theorielastig und werden von den Angehörigen eher gemieden. Infratest Sozialforschung stellte im Rahmen der Repräsentativerhebung fest, dass nicht mehr als 16% der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen an einem speziellen Pflegekurs, so wie er von den Pflegekassen als Leistung nach SGB XI angeboten wird, teilnehmen (Schneekloth et al. 2005)

Aber auch im Rahmen von Entlassungsmanagement beim akuten Auftreten von Pflegebedürftigkeit z. B. nach Schlaganfall werden Pflegeschulungen angeboten. Beispielhaft sei ein Modellprogramm der AOK Nordost erwähnt, das gezielt pflegende Familien in ihrer Pflegekompetenz fördert und unterstützt (Gröning et al. 2012).

Schulungen für pflegende Angehörige sind oft auch Bestandteil stationärer Reha-Maßnahmen. Je nach Art der Maßnahmen stehen Schulungen zur Pflegetätigkeit (z. B. gut möglich bei Mitaufnahme des Pflegebedürftigen), Kommunikationstraining, Ernährungsberatung u. a. im Vordergrund.

Das Thema Kommunikation ist zentral sowohl im Hinblick auf Kommunikationsprobleme mit den Pflegebedürftigen, z. B. bei kognitiven Einschränkungen oder Veränderungen der Persönlichkeit und innerfamiliären Konflikten, als auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den professionell Pflegenden, da hier hohe fachliche Kompetenz mit hoher Kompetenz im Einzelfall zusammentrifft (sog. Pflegedreieck).

Ein Bedarf an Ernährungsschulungen kann bestehen, wenn besondere Kostformen notwendig sind oder um eine gesunde Ernährung in den zeitlich knappen Pflegealltag zu integrieren. Einzelne Einrichtungen haben z. B. Schulküchen zur praktischen Übung zur Verfügung.

Unter das Thema „praktische Übung“ entfallen auch Schulungen zur Selbstfürsorge (z. B. das Erlernen von Entspannungsmethoden oder von Coping-Strategien, die die Qualität des Pflegearrangements verbessern).

6.5 Entlastung

Es besteht unter Wissenschaftlern wie Praktikern Einigkeit darüber, dass pflegende Angehörige Entlastung brauchen. Gräßel hat bereits 1998 bei 57% der pflegenden Angehörigen „dringenden Entlastungsbedarf“ festgestellt (Gräßel 1998). Wie die EUROFAMCARE-Studie¹ zeigt, ist jedoch der Zusammenhang zwischen den verschiedenen Belastungsfaktoren und dem Belastungsempfinden komplex (Kofahl et al. 2009, und Döhner et al. 2010). Nicht nur die „objektive“ Belastung (z. B. die Höhe der Pflegestufe), sondern die individuelle Pflegekonstellation und die persönliche Bewältigungskompetenz spielen eine große Rolle. Hier finden sich z.T. große Unterschiede zwischen Subgruppen von Pflegenden (z. B. zwischen Männern und Frauen und älteren oder jüngeren Pflegenden), die unterschiedlich häufig auf soziale Unterstützung zurückgreifen (können) und eine hohe Belastung durch die Pflege unterschiedlich gut kompensieren können. Besonders gefährdet scheinen Senioren, die ihren Partner/ihre Partnerin pflegen. Sie erhalten die in geringerem Umfang Unterstützungsangebote und sind aufgrund ihres Alters hinsichtlich gesundheitlicher Beeinträchtigungen am vulnerabelsten. Aufgrund niedrigerer Geburtenzahlen und möglicherweise nachlassender Pflegebereitschaft jüngerer Menschen ist davon auszugehen, dass der Anteil der (hoch)betagten Pflegenden in Zukunft weiter steigen wird.

Die ganz unterschiedlichen Pflegeanlässe und Pflegesituationen erfordern individuelle und auf die Betroffenen zugeschnittene Entlastungsmöglichkeiten, die flexibel zur Verfügung stehen sollten.

Ein großes Problem stellt die tatsächliche Inanspruchnahme der Entlastungsmöglichkeiten dar. Experten und Betroffenen haben an dieser Stelle wiederholt auf die bereits erwähnten Informationsdefizite und z.T. unflexible Vorgaben bei der Einlösung hingewiesen. Als Beispiel sei an dieser Stelle erwähnt, dass Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege nicht gegeneinander ausgetauscht werden können.

Stationäre Vorsorgeleistungen stellen eine Form der „kumulativen“ Entlastung dar, die auf der Wunschliste von pflegenden Angehörigen weit oben steht: „Neben den Möglichkeiten der Entspannung, die von den privaten Haupthilfe-/pflegepersonen bereits genutzt werden, wie einem Hobby nachgehen oder Sport treiben, standen die Wünsche nach einer Reise und einem Kuraufenthalt an erster Stelle“ (Schneekloth et al. 2005, S. 160).

6.6 Anleitung zur Selbstfürsorge/Primäre Prävention

Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge ist ein wesentlicher Faktor zur Reduktion des Belastungslebens und zum Erhalt der Pflegemotivation und -fähigkeit. Dies wird jedoch von vielen pflegenden Angehörigen selbst nicht wahrgenommen. Insbesondere Frauen stellen ihre eigenen

¹ eine von der Europäischen Union geförderte internationale wissenschaftliche Studie zur Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige älterer Menschen (siehe auch Lamura et al. 2006).

Bedürfnisse unreflektiert und aus einem Automatismus heraus sehr weit zurück (nach Langgehennig 2012). Personengruppen, die Kompetenzen in Selbstfürsorge aufweisen, z. B. in höherem Maße männliche Pflegende, sind subjektiv weniger belastet und weniger dekom-pensationsgefährdet. Ein Beispiel für Selbstfürsorge kann die Annahme von informellen Helfern in die häusliche Pflegearbeit sein. Dies gelingt pflegenden Männern offensichtlich „besser“ als weiblichen pflegenden Angehörigen. Lüdecke und Mnich (2009) beschreiben, dass über 40% der pflegenden Söhne zusätzlich oder ausschließlich Hilfe aus dem informellen Netzwerk in Anspruch nehmen (gegenüber 25% bei den pflegenden Frauen) (siehe auch Klott 2012).

Selbstfürsorge kann auch ambulant gelernt werden, jedoch muss hier oft große Vorarbeit geleistet werden, um ein Bewusstsein für die Notwendigkeit zu wecken und Schuldgefühle zu bearbeiten. Im häuslichen Setting gelingt dies oft nicht, weil der Pflegebedürftige im Mittelpunkt und es für die Sorge um den Pflegenden keine „Zuständigen“ gibt. Zudem erfordert oft jede einzelne Stunde der Abwesenheit u.U. einen hohen organisatorischen Aufwand.

Stationäre Vorsorgeleistungen bieten hier bessere Voraussetzungen, vor allem wenn pflegende Angehörige in Gruppen aufgenommen werden können. Bisweilen kann überhaupt erst hier die Motivation zur Selbstfürsorge hergestellt werden und es können Methoden (Entspannung etc.) in einer Form etabliert und eingeübt werden, die eine häusliche Fortsetzung ermöglichen. Damit die Entlastung nicht nur punktuell für die Zeit der Rehabilitation erfolgt, erscheinen begleitende Nachsorgekonzepte sinnvoll.

6.7 Sekundäre Prävention/Therapie

Die Inanspruchnahme von ambulanter oder stationärer Rehabilitation durch den pflegenden Angehörigen wird notwendig, wenn – mit oder ohne Zusammenhang zur Pflegesituation – eine Erkrankung beim Pflegenden eingetreten ist. Oftmals steht sie am Ende einer Kette von gescheiterten oder unterlassenen Maßnahmen der primären Prävention oder ist Folge eines Akutereignisses beim Pflegenden. Hier steht zunächst die Erkrankung des Pflegenden im Vordergrund. Dennoch muss die häusliche Pflegesituation, vor allem dann, wenn die Erkrankung durch die Pflegesituation bedingt und mitbedingt war, als wichtiger Kontextfaktor in die Behandlung Eingang finden, da der Pflegende in aller Regel in dieselbe Situation zurück kehrt. Zur Prävention einer weiteren Verschlechterung der Erkrankung ist es dann notwendig, die Selbstfürsorge und Entlastung im häuslichen Bereich zu erlernen und zu organisieren. Dies bedingt die Notwendigkeit, dass Rehabilitationseinrichtungen hier die passenden Beratungs- und Schulungsangebote für diese Zielgruppe bereithalten. Unterschiede hinsichtlich der jeweils individuellen Rehabilitation eines pflegenden Angehörigen ergeben sich naturgemäß aus der Grunderkrankung bzw. dem Indikationsbereich (somatisch, psychosomatisch, geriatrisch).

6.8 Wertschätzung der Pflegeleistung

Die Wertschätzung der erbrachten Pflegeleistung wird oft nicht als Bedarf wahrgenommen, ist aber von großer Bedeutung für die pflegenden Angehörigen. Obwohl durch die Pflegeversicherung bereits deutliche Verbesserungen erreicht wurden, sind pflegenden Angehörige und ihre Leistungen – sowohl für den Pflegebedürftigen als auch gesellschaftlich – oft unsichtbar. Bürokratiedschungel, unklare Informationen und fehlende Transparenz bei Entscheidungen, mit denen sie zurechtkommen müssen, werden häufig als Mangel an Anerkennung interpretiert und beeinträchtigen die Lebensqualität. Es folgt daraus häufig ein wei-

terer Rückzug und Entlastungsmaßnahmen werden nicht mehr beantragt, solange bis ein Zusammenbruch der Pflegesituation stattfindet, der eigentlich zu vermeiden gewesen wäre.

6.9 Belastungen und Bedarfe von besonderen Subgruppen

Hinsichtlich vieler Belastungen und Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen ähnelt sich Situation für alle pflegenden Angehörigen, z. B. sind die Antragsprozesse dieselben oder die Problematik der Versorgung des Pflegebedürftigen.

Dennoch lassen sich in den Details Unterschiede feststellen. Diese betreffen das Alter des Pflegebedürftigen (z. B. Kind – Erwachsener – Hochbetagter), das Alter des Pflegenden, die Pflege-begründende Erkrankung sowie den zeitlichen Verlauf, innerhalb dessen die Pflegebedürftigkeit eintritt.

6.9.1 Alter des Pflegebedürftigen

Je nachdem, ob alte Menschen gepflegt werden oder pflegebedürftige behinderte Kinder, finden sich z.T. große Unterschiede in der häuslichen Pflegesituation. Die Pflege von behinderten Kindern wird einerseits als weniger psychisch belastend beschrieben, weil die Beziehung zum pflegebedürftigen Kind seitens des Pflegenden nicht durch eine (möglicherweise belastende) Eltern-Kind-Beziehung in der Vorgeschichte (wie sie häufig bei der Pflege alter Menschen vorliegt) beeinträchtigt wird und im Rahmen der Behinderung eine positive Weiterentwicklung stattfindet, die meist im Alter nicht zu verzeichnen ist. Hier stehen Abschied und Trauerprozesse im Vordergrund, wohingegen die Pflegesituation im Falle behinderter Kinder sehr häufig viele Jahre bis ins Erwachsenenalter der Kinder und das höhere Lebensalter der Eltern fortbesteht.

Pflegende von behinderten Kindern haben zur Bewältigung der Pflegesituation und zur Entlastung nochmals andere Strukturen zur Verfügung wie z. B. Schulen und beschützende Werkstätten, jedoch stehen nur wenige Einrichtungen zur Verfügung, die in der Lage sind schwerstbehinderte Kinder im Falle einer Reha-Leistung für die Eltern mit auszunehmen. Die Situation ist insgesamt von der Pflegesituation alter Menschen sehr verschieden und bedarf es einer gesonderten Betrachtung, um den Bedarfen der pflegenden Eltern gerecht zu werden (siehe Kapitel 11.5)

6.9.2 Alter des pflegenden Angehörigen

Besondere Subgruppen lassen sich anhand des Alters der pflegenden Angehörigen definieren. Auf Jugendliche und junge Erwachsene mit häuslicher Pflegesituation („young carers“) geht das Gutachten nicht speziell ein. Es gibt jedoch Untersuchungen zu dieser Personengruppe und ihrer speziellen Situation (Metzing und Schnepf 2007).

Ältere pflegende Angehörige erleben die Pflgetätigkeit als stärker belastend im Vergleich zu jüngeren Generationen (Eurofamcare). Besonders gefährdet hinsichtlich gesundheitlicher Belastungsfolgen scheinen Senioren, die ihren Partner/ihre Partnerin pflegen. Sie erhalten die in geringerem Umfang Unterstützungsangebote und sind aufgrund ihres Alters hinsichtlich gesundheitlicher Beeinträchtigungen am vulnerabelsten. Aufgrund niedrigerer Geburtenzahlen und möglicherweise nachlassender Pflegebereitschaft jüngerer Menschen ist davon auszugehen, dass der Anteil der (hoch-)betagten Pflegenden in Zukunft weiter steigen wird (Kofahl et al. 2009).

Auch Geschlechtsunterschied lassen sich hinsichtlich der Altersverteilung ausmachen: „Demnach pflegen Frauen im Alter von 50–69 Jahren am häufigsten, während Männer erst in höheren Altersjahren pflegen. Gründe für diese stärkere Verbreitung der Pflege Tätigkeiten in jüngeren Jahren bei den Frauen könnten darin liegen, dass beim Tod des ersten Elternteils meist die weibliche Kindergeneration die Verantwortung für den verbliebenen Elternteil übernimmt. Der höhere Anteil an pflegenden Männern in den höheren Altersjahren ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Männer – bei gleichem Alter – seltener verwitwet sind als Frauen und dadurch auch häufiger ihre Partnerinnen pflegen“ (Rothgang et al. 2011).

Auf die besonderen Bedürfnisse älterer Pflegender wird auch unter den Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation eingegangen (siehe Kapitel 7.8.1)

6.9.3 Pflegebegründende Erkrankung

Die weitaus meisten Untersuchungen finden sich zur pflegebegründenden Diagnose Demenz, so dass an dieser Stelle hauptsächlich auf diese pflegebegründende Erkrankung und die sich daraus ergebende spezielle Problematik eingegangen wird.

Insbesondere die subjektiven Belastungen bei der Pflege Demenzkranker sind überdurchschnittlich hoch. 41% der Hauptpflegepersonen bei Demenzerkrankungen fühlen sich stark bis sehr stark belastet (Schmidt und Gräßel 2012), bei anderen Erkrankungen sind es „nur 14%“ (Gräßel 2001)

Insbesondere die psychischen Verarbeitungsprozesse, die notwendig werden, wenn beim Pflegebedürftigen zunehmende kognitive Einschränkungen und irreversible schwerwiegende Persönlichkeitsveränderungen eintreten, belasten die pflegenden Angehörigen neben der häufig erforderlichen ständigen Präsenz vor Ort. Oft kommt es zu einem völlig Verlust der bekannten Beziehungsmuster, die Pflegesituation kann in aggressives Verhalten und Gewalt sowohl von Seiten des Pflegebedürftigen als auch des pflegenden Angehörigen eskalieren. Gewalt in der Pflege wird bei Demenz besonders häufig beschrieben (PPM PRO PflegeManagement 2013). Müller-Hergl (2011) fasst die Prävalenz für Gewalterfahrung von Pflegebedürftigen zusammen: „Bei dieser Gruppe Pflegebedürftiger [gemeint sind die Demenzkranken, Anmerkung BQS] steigt die Prävalenzrate auf etwa 10-11%, wobei die Gewalt in der Regel von Personen im nahen Umfeld ausgeübt wird.“

Auf die Notwendigkeit, frühzeitig Gewalt in der Pflege und ein Dekompensieren der Pflegesituation zu erkennen wurde bereits in Kapitel 5.2.2 eingegangen. Die Entwicklung eines Frühwarnsystems incl. Ansprechpartner im Notfall und Soforthilfe wird Kapitel 11.2 vorgeschlagen.

Spezielle Therapiezentren für Alzheimerkranke und pflegende Angehörige finden sich unter den recherchierten Kliniken mit speziellen Konzepten (siehe Kapitel 7.3).

6.9.4 Art des Eintritts des Pflegesituation

Je nachdem ob eine Pflegesituation schleichend oder plötzlich eintritt entstehen sehr unterschiedliche Probleme für die pflegenden Angehörigen.

Ein schleichender Beginn wie er z. B. bei Demenzerkrankungen häufig ist, zeichnet sich dadurch aus, dass pflegende Angehörige häufig ihre Rolle überhaupt nicht wahrnehmen, sondern von Tag zu Tag weitere Hilfeleistungen übernehmen und auf diese Weise unreflektiert und ungewollt in die Pflegesituation hineinrutschen. Häufig haben sie kaum Informatio-

nen über Hilfs- und Entlastungsangebote und sehen sich selbst nicht als pflegende Angehörige. Hier sind die Hausärztinnen und Hausärzte oft die einzigen, die diese Personen als pflegende Angehörige identifizieren und die notwendigen Informationen übermitteln können. Dies ist insbesondere der Fall, wenn kein Antrag auf Pflegegeld gestellt wird und kein Pflegedienst einbezogen ist. Zur Rolle der Hausärzte und ihre Sensibilisierung für pflegende Angehörige siehe auch Kapitel 9.2.1.

Wenn die Pflegesituation plötzlich eintritt, z. B. als Folge eines Schlaganfalls, dann muss der Einstieg in die häusliche Pflegesituation oft sehr schnell entschieden werden und entsprechenden Maßnahmen müssen zügig umgesetzt werden. Für diese Gruppe der pflegenden Angehörigen sind die Informationen, die das behandelnde Krankenhaus zur Verfügung stellt (Informationen zum Krankheitsbild, Hinweise zur Pflege, Beratung durch den Sozialdienst), von großer Bedeutung. Das Entlassungsmanagement unter besonderer Berücksichtigung der Unterstützung pflegender Angehöriger wird an dieser Stelle auch von Krankenkassen für besonders wichtig erachtet und im Rahmen von Modellprojekten gefördert (Gröning et al. 2012).

7 Darstellung der Angebote in den Einrichtungen

Die Darstellung der Angebote für pflegende Angehörige in den Einrichtungen umfasst medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (somatische Reha verschiedener Indikationsbereiche und psychosomatische Reha) sowie stationäre Vorsorgeleistungen.

Zunächst werden die Ergebnisse der Klinikumfrage dargestellt (zum Fragebogen, siehe Kapitel 4.4.2 und Anhang 2). Dann folgt eine zusammenfassende Darstellung derjenigen Einrichtungen, die Konzepte und spezielle „Reha-Bausteine“ für pflegende Angehörige anbieten. In die Darstellung der Angebote/Einrichtungen fließen nicht nur die Befragungsergebnisse, sondern auch die Ergebnisse der Internetrecherche und der Expertenbefragung mit ein, sofern uns Einrichtungen auf diesem Wege bekannt geworden sind. Des Weiteren werden einzelne Projekte und Angebote beispielhaft detaillierter beschrieben.

Unabhängig von konkret vorhandenen Angeboten für pflegende Angehörige in den Einrichtungen werden in diesem Zusammenhang zwei zentrale Fragen näher untersucht, nämlich

1. ob und in welcher Weise die pflegenden Angehörigen als solche in Reha-Einrichtungen „erkannt“ und erfasst werden und
2. ob und in welcher Weise eine pflegebedürftige Person versorgt werden kann, wenn ein pflegender Angehöriger eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation oder Vorsorge antritt.

Beide Fragen sind von hoher Relevanz für das Thema und die pflegenden Angehörigen selber. Ein pflegender Angehöriger steht immer, auch bei Antritt einer Reha, die nicht durch Pflegeüberlastung notwendig wird, sondern z. B. wegen eines Unfalls oder einer eigenen Erkrankung, vor der Frage, wo und wie der Pflegebedürftige versorgt werden kann. Hier eröffnet das PNG unabhängig von zusätzlichen therapeutischen Angeboten für pflegende Angehörige die Möglichkeit der Mitnahme des Pflegebedürftigen in die Reha-Einrichtung. Eine Frage im Rahmen der Bestandsaufnahme war, inwieweit diese Möglichkeit tatsächlich angeboten und umgesetzt wird.

In Expertengesprächen und Gesprächen mit Leistungserbringern wurde darüber hinaus eine Diskrepanz deutlich dahingehend, dass auf der einen Seite aufgrund der hohen Zahl informell Pflegenden, deren eher höherem Lebensalter (mittleres – höheres) sowie deren hoher Belastungen ein hoher Bedarf an Reha- und Vorsorgeleistungen konstatiert wird, andererseits aber mitgeteilt wird, dass die pflegenden Angehörigen nicht in den Einrichtungen „auftauchen“, so dass Projekte wieder eingestellt wurden oder aufgrund befürchteter Unterbelegung (des „fehlenden Bedarfs“) gar nicht erst begonnen werden. Daher wurde der Frage nach der Erfassung und ggf. der Anzahl der pflegenden Angehörigen in den Kliniken nachgegangen, um Anhaltspunkte zu gewinnen, ob tatsächlich kein Bedarf vorliegt, ob nur keine Anträge gestellt, ob diese nicht bewilligt werden usw. Diese Fragen werden hier in Bezug auf die Einrichtungen erörtert/geklärt und später im Kapitel 10.2 unter weiterführenden Gesichtspunkten wieder aufgegriffen.

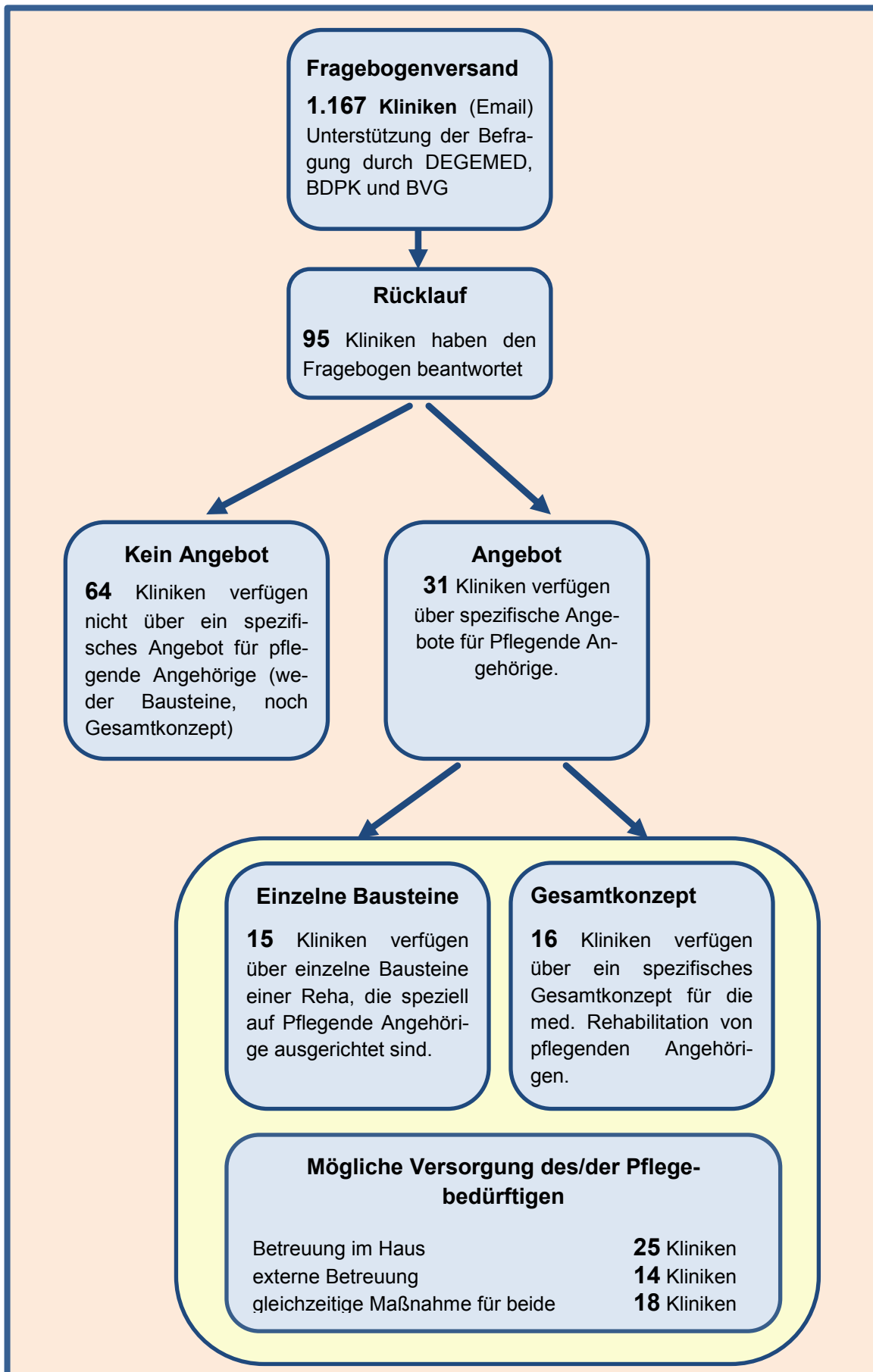
7.1 Ergebnisse der Klinikumfrage

Die Klinikumfrage wurde zwischen August und November 2013 durchgeführt (Methodenbeschreibung siehe Kapitel 4.4). Rückmeldungen liegen von 95 Kliniken vor (Stand: 28.11.2013). Die Rückmeldungen umfassen sowohl eingesandte Fragebögen im Rahmen der Mailingaktion als auch diejenigen Fragebögen, die nach individueller Nachfrage infolge

von anderweitig recherchierten oder bekannt gewordenen Projekten/Maßnahmen/Angeboten nachgereicht wurden. (d. h. nicht alle Einrichtungen mit Projekten haben den Fragebogen primär ausgefüllt, manchmal ist er nicht an der richtigen Stelle gelandet und wir haben anderweitig von den Projekten erfahren.)

Abbildung 8 zeigt eine Auswertung der Antworten auf die Befragung. 31 Kliniken konnten gefunden werden, die ein spezifisches Konzept oder zielgruppenspezifische Einzelbausteine für pflegende Angehörige anbieten. Eine detaillierte Beschreibung der inhaltlichen Ergebnisse folgt ab Kapitel 7.5.

Abb. 8: Auswertung der Klinik-Befragung



7.2 Erfassung des „Status (Kontextfaktors) pflegender Angehöriger“

Für die Bereitstellung und die Inanspruchnahme von speziellen Angeboten der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge für die Zielgruppe pflegende Angehörige ist es von zentraler Bedeutung, dass Personen, die einen entsprechenden Antrag stellen, auch in ihrer Eigenschaft als Pflegende erfasst werden und in den Einrichtungen als solche bekannt sind, und zwar möglichst bereits vor dem Antritt der Maßnahme, damit die Klinik ggf. die Versorgung des Pflegebedürftigen und/oder die Teilnahme an dem spezifischen Programm planen und ermöglichen kann.

Die Kenntnis dieses Status ist auch entscheidend für die Zuweisung in die passende Einrichtung.

Bei der Klinikbefragung und in den Gesprächen mit Leistungserbringern wurde daher speziell nachgefragt, ob und auf welchem Wege der jeweiligen Einrichtung bekannt wird, dass ein Rehabilitand Angehörige pflegt. Die Einrichtungen sollten außerdem Angaben machen zum tatsächlich erfassten oder geschätzten Anteil von pflegenden Angehörigen an ihren Rehabilitanden (siehe Fragebogen, Anhang 2, Frage 2 und Frage 3). Diese Frage bezog sich bewusst nicht nur auf Einrichtungen, die spezielle Angebote für pflegende Angehörige vorhalten, sondern wurde allen Einrichtungen gestellt, da davon auszugehen ist, dass pflegende Angehörige unabhängig von einem spezifischen Angebot in allen Reha-Einrichtungen „auf-tauchen“.

Es gibt zwei Ebenen, auf denen ein pflegender Angehöriger in einer Einrichtung erfasst werden kann:

1. Die Klinik erfährt „systematisch auf Einrichtungsebene“ (im Vorfeld bei Zuweisung oder bei Aufnahme durch einen entsprechenden Aufnahmebogen) davon, dass ein Rehabilitand informelle Pflege übernommen hat (Angaben zur Lebenssituation).
2. Die Erfassung erfolgt im Rahmen der Frage nach belastenden psychosozialen Faktoren im (Einzel-) Gespräch mit Psychologen oder Sozialarbeitern. Eine „Erfassung“ in diesem Zusammenhang ist üblicher Bestandteil einer Reha-Maßnahme, da psychosoziale Faktoren bei der Durchführung der Maßnahme berücksichtigt werden müssen. Hierunter fällt auch der Kontextfaktor „pflegende(r) Angehörige(r)“. Die Inhalte dieser Gespräche werden jedoch nicht systematisch auf Einrichtungsebene erfasst. Auf dieser „Art der Erfassung“ basieren jedoch vermutlich die von Kliniken in der Befragung angegebenen „Schätzzahlen“.

Beide Ebenen wurden im Fragebogen abgebildet: 1. Systematische Erfassung (z. B. Aufnahmebogen) und 2. Schätzwerte aus der Frage nach psychosozialen Faktoren.

7.2.1 Ergebnisse aus der Klinikbefragung

Rund 81 % der antwortenden Kliniken gaben an, dass sie erfahren, ob ein Rehabilitand einen Angehörigen pflegt. 14 der 96 antwortenden Kliniken nannten als Informationsquellen die gezielte Zuweisung durch die Krankenkasse, 6 die gezielte Zuweisung durch den Rentenversicherungsträger und 13 das Arztattest. 52 Kliniken nehmen eine Abfrage vor Ort vor und 32 Kliniken erfahren, dass ein Rehabilitand pflegender Angehöriger ist, (zusätzlich) auf anderem Wege (z. B. aus der Anamneseerhebung oder aus dem Aufnahmegespräch).

7.2.2 Ergebnisse aus anderen Quellen:

Das Müttergenesungswerk hat in einer Auswertung der von den Frauen angegebenen psychosozialen Belastungsfaktoren festgestellt, dass 18% der Mütter, die 2013 eine Mütterkur oder eine Mutter-Kind-Maßnahme erhielten, auch Angehörige pflegen (Müttergenesungswerk und Elly Heuss-Knapp-Stiftung 2013a).

7.2.3 Fazit

Trotz des hohen Prozentsatzes von 81% der Kliniken in der durchgeführten Umfrage, die Kenntnis vom Status „pflegender Angehöriger“ haben, kann nicht von einer Erfassung der pflegenden Angehörigen in den Einrichtungen und/oder im Vorfeld eines stationären Aufenthaltes ausgegangen werden, die in einer Weise „flächendeckend“ ist, dass ein systematisches und strukturiertes Vorgehen möglich erscheint im Sinne einer Schaffung bedarfsge rechter Angebote, Zuweisung, Steuerung und Erkennen der Nachfrage.

In Kapitel 10.2, in dem es um Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Unterstützung pflegender Angehöriger geht, werden daher Möglichkeiten der systematischen Erfassung des Kontextfaktors „informelle häusliche Pflege“/„pflegender Angehöriger“ diskutiert.

7.3 Tabelle mit Einrichtungen, die spezifische Angebote für pflegende Angehörige haben

Tabelle 4 fasst alle Einrichtungen zusammen, die aktuell Maßnahmen für pflegende Angehörige anbieten – soweit uns dies zur Kenntnis gelangt ist. Die Angaben entstammen den Rückmeldungen aus der Fragebogenaktion und/oder sie wurden ergänzt durch Informationen aus der Internet-Recherche, der Expertenbefragung sowie durch individuelle Nachfragen. Da die Fragebogenerhebung auf einer freiwilligen Teilnahme der Rehabilitations- und Vorsorgekliniken basierte und nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne spezifische Maßnahmen für pflegende Angehörige nicht im Rahmen der Recherchen identifiziert werden konnten, kann für die Vollständigkeit der in der Tabelle dargestellten Ergebnisse nicht garantiert werden.

Die einzelnen Rehabilitationskliniken verfügen aufgrund der definierten Reha-Inhalte im Allgemeinen über ähnliche Bausteine (körperliches Training, Entspannung, psychosoziale Beratung usw.). Diese weisen je nach Indikationsbereich therapeutische Besonderheiten mit unterschiedlichen Gewichtungen auf. Oft war aus den Angaben der Einrichtungen in den Fragebögen nicht ersichtlich, welche Therapieeinheiten welche Spezifika für pflegende Angehörige enthalten. Daher werden die einzelnen Reha-Bausteine in der Tabelle nicht einzeln aufgeführt. In Gesprächen mit Leistungserbringern wurde aber deutlich, dass Einrichtungen, die sich mit dem Thema pflegende Angehörige auseinandersetzen, differenzierte Überlegungen anstellen sowohl hinsichtlich der Versorgung der Pflegebedürftigen als auch zu den in ihrem Indikationsbereich notwendigen Inhalten für pflegende Angehörige. Dies kann an einzelnen Beispielen gut belegt werden (siehe Kapitel 7.6). Insgesamt konnten 31 Einrichtungen gefunden werden, die über spezifische Konzepte oder zumindest über einzelne Bausteine für pflegende Angehörige verfügen. 53 Einrichtungen (mit oder ohne ein spezifisches Angebot für pflegende Angehörige) können die Pflegebedürftigen im Hause mitbetreuen, 14 arbeiten mit nahe gelegenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen zusammen. 55 der 96 antwortenden Kliniken bieten keine Versorgung des Pflegebedürftigen an; dabei handelt es sich überwiegend um Vorsorgeeinrichtungen und den Versorgungsbereich psychosomatische Rehabilitation.

Tab. 4: Einrichtungen mit spezifischem Angebot für pflegende Angehörige

Einrichtungen mit einem aktuellen, spezifischen Konzept für stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen für pflegende Angehörige			
Einrichtung Kontaktperson	Leistungsbereich	Mitnahme des Pflegebedürftigen	Art der Unterbringung des Pflegebedürftigen
AHG Klinik Münchwies Zentrum für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Suchtmedizin Turmstraße 50-58 66540 Neunkirchen Tel: 06858-691-0 Fax: 06858-691-420 muenchwies@ahg.de	Stationäre psychosomatische Reha	Nein	
AOK-Klinik Schloßberg Hindenburgstraße 47 75378 Bad Liebenzell Tel.: 07052-509-0 Fax: 07052-509-111 info@aoklinik-bad-liebenzell.de	Stationäre Vorsorgeleistung (Aufnahme pflegender Angehöriger in Gruppen)	Nein	Unterbringung des Pflegebedürftigen in externer Pflegeeinrichtung (jedoch keinen festen Kooperationspartner)
Asklepios Klinik Schaufling Hausstein 2 94571 Schaufling Tel.: 09904-77-0 Fax: 09904-72-99 schaufling@asklepios.com	Stationäre neurologische, orthopädische, kardiologische, geriatrische und psychosomatische Reha im Rahmen der Rehabilitation demenziell Erkrankter (zeitgleiche Reha von zu Pflegendem und pflegendem Angehörigen)	Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2	Gemeinsame Unterbringung von Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen
Bad Sebastiansweiler Hechinger Straße 26 72116 Mössingen Tel: 07473-3783-0 Fax: 07473-3783-479 info@bad-sebastiansweiler.de	Stationäre geriatrische, orthopädische Reha Ambulante orthopädische Reha	Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3	Wahlweise gemeinsame oder (interne) getrennte Unterbringung von Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen
Balzerborn Kliniken Balzerbornweg 27 37242 Bad Sooden-Allendorf Tel: 05652-58762-000 Fax: 05652-58762-018 info@balzerborn-kliniken.de	Stationäre orthopädische, rheumatologische Reha, (Aufnahme pflegendender Angehöriger in Gruppen)	Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3	Wahlweise gemeinsame oder (interne) getrennte Unterbringung von Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen
Bückeberg-Klinik GmbH & Co. KG Wiesenstraße 1 31707 Bad Eilsen Tel: 05722-881-0 Fax: 05722-881-159 info@bueckeberg-klinik.de	Stationäre orthopädische Reha	Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3	Unterbringung des Pflegebedürftigen in externer Pflegeeinrichtung

Medizinische Rehabilitation und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige
Teil B: Ergebnisse

<p>Klinik Dahlemer Heide Rehabilitationsklinik für Orthopädie und Psychosomatik Waldstraße 6 04774 Dahlen-Schmannewitz Tel.: 034361-62-130 Fax: 034361-62-100</p>	<p>Stationäre orthopädische, psychosomatische Reha</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3</p>	<p>Unterbringung des Pflegebedürftigen in externer Pflegeeinrichtung</p>
<p>Der Fürstenhof Am Hylligen Born 7 31812 Bad Pyrmont Tel: 05281-15-03 Fax: 05281-15-1100 fuerstenhof@staatsbad-pyrmont.de</p>	<p>Stationäre orthopädische, dermatologische Reha</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2</p>	<p>Unterbringung des Pflegebedürftigen in externer Pflegeeinrichtung</p>
<p>Dr. Ebel Fachkliniken GmbH & Co. Rehabilitationsklinik CAROLINUM KG Mündener Str. 9-13 34385 Bad Karlshafen Tel: 05672-181-0 Fax: 05672-181-403</p>	<p>Stationäre orthopädische, dermatologische Reha</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3</p>	<p>Unterbringung des Pflegebedürftigen in externer Pflegeeinrichtung</p>
<p>HolsingVital GmbH Brunnenallee 3 32361 Preussisch Oldendorf/Bad Holzhausen Tel: 05741-275-0 Fax: 05741-275-444 info@holsingvital.de</p>	<p>Stationäre orthopädische psychosomatische Reha</p>	<p>Nein</p>	<p>Unterbringung des Pflegebedürftigen in externer Pflegeeinrichtung</p>
<p>Klinik am Stein Alzheimer Therapiezentrum Olsberg (ATZ) Wattmeckestraße 1-7 59939 Olsberg Tel: 02962-808-0 Fax: 02962-808-250</p>	<p>Stationäre Vorsorgeleistung für Pflegende Angehörige im Rahmen der Rehabilitation demenziell Erkrankter</p>	<p>Pflegestufe 0</p>	<p>Gemeinsame Unterbringung von Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen</p>
<p>Klinikum Coburg Ketschendorfer Straße 33 96450 Coburg Tel: 09561-22-0 info@klinikum-coburg.de</p>	<p>Stationäre geriatrische Reha</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3</p>	<p>Wahlweise gemeinsame Unterbringung oder Unterbringung des Pflegebedürftigen in interner Pflegeeinrichtung</p>
<p>Landhaus Fernblick Wernsdorfer Straße 44 59955 Winterberg Tel: 02981-898-0 Fax: 02981-898-299 landhaus-fernblick@awkur.de</p>	<p>Vorsorge- und Entlastungsangebot für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3</p>	<p>Gemeinsame Unterbringung von Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen</p>
<p>MATERNUS-Klinik für Rehabilitation GmbH & Co. KG Am Brinkkamp 16 32545 Bad Oeynhausen Tel: 05731-85-0 Fax: 05731-85-8103 info@maternus-klinik.de</p>	<p>Stationäre kardiologische, orthopädische, neurologische Reha</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3</p>	<p>Unterbringung des Pflegebedürftigen in externer Pflegeeinrichtung.</p>

**Medizinische Rehabilitation und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige
Teil B: Ergebnisse**

<p>MEDIAN Klinik Bad Sülze Kastanienallee 1 18334 Bad Sülze Tel: 038229-72-0 Fax: 038229-72-951</p>	<p>Stationäre orthopädische Reha</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3</p>	<p>Gemeinsame Unterbringung von Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen</p>
<p>MediClin Rose Klinik Parkstr. 45-47 32805 Horn-Bad Meinberg Tel: 05234-907-0 Fax: 05234-907-777</p>	<p>Stationäre orthopädische, onkologische Reha</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2</p>	<p>Gemeinsame Unterbringung von Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen (in Klinik oder in angeschlossener Seniorenresidenz)</p>
<p>Parkklinik Bad Rothenfelde Parkstraße 12-14 49214 Bad Rothenfelde Tel: 05424-648-0 Fax: 05424-648-100 parkklinik@denggkliniken.de</p>	<p>Stationäre orthopädische, psychosomatische Reha</p>	<p>Nein</p>	<p>Extern in Kooperations-einrichtungen</p>
<p>Rehaklinik Klausenbach Klausenbach 1 77787 Nordrach Tel: 07838-82-0 Fax: 07838-82-425 info@rehaklinik-klausenbach.de</p>	<p>Stationäre psychosomatische, orthopädische, neurologische, internistische Reha</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3</p>	<p>Wahlweise gemeinsame Unterbringung von Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen oder – bei schwerer Demenz und Notwendigkeit der Betreuung – in externer Pflegeeinrichtung</p>
<p>Rehaklinik Sankt Marien Fachklinik für orthopädische und medizinische Rehabilitation Im Grün 2-4 79415 Bad Bellingen Tel: 07635-3-110 Fax: 07635-3-502 info@rehaklinik-sankt-marien.de</p>	<p>Stationäre orthopädische, dermatologische, geriatrische, internistische, neurologische Reha</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2</p>	<p>Gemeinsame Unterbringung von Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen</p>
<p>Röpersbergklinik Ratzeburg GmbH Alzheimer Therapiezentrum Schmilauer Str. 108 23909 Ratzeburg Tel: 04541-133-450 info@atrzr.de</p>	<p>Stationäre psychosomatische Reha</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3</p>	<p>Bis Pflegestufe 0 Unterbringung von Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen in unmittelbarer räumlicher Nähe. Bei Pflegestufe 1-3 Unterbringung in interner Pflegeeinrichtung.</p>
<p>Saale Reha-Klinikum Bad Kösen –Klinik II Elly-Kutscher-Straße 14 06628 Bad Kösen Tel: 034463-42-0 Fax: 034463-42-799 verw-sr2@rehaklinik.de</p>	<p>Stationäre geriatrische, kardiologische, orthopädische, neurologische Reha</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3</p>	<p>Gemeinsame Unterbringung von Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen</p>

Medizinische Rehabilitation und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige
Teil B: Ergebnisse

<p>Schön Klinik Bad Aibling Alzheimer Therapiezentrum Kolbermoorer Straße 72 83043 Bad Aibling Tel.: 08061-3879-10 Fax: 08061-3879-11</p>	<p>Stationäre Vorsorgeleistung für Pflegende Angehörige im Rahmen der Rehabilitation demenziell Erkrankter</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2</p>	<p>Gemeinsame Unterbringung von Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen</p>
<p>Wicker-Klinik Fürst-Friedrich-Str. 2-4 34537 Bad Wildungen Tel: 05621-792-0 Fax: 05621-792-695 info@wicker-klinik.de</p>	<p>Stationäre Vorsorgeleistung Stationäre psychosomatische Reha</p>	<p>Nein</p>	

Die Angebote des Müttergenesungswerkes (Tabelle 5) werden gesondert dargestellt, da diese Einrichtungen vermutlich über die längste Erfahrung mit pflegenden Angehörigen (allerdings bisher ganz überwiegend für Frauen) verfügen und konzeptuell nach ähnlichen Prinzipien aufgebaut sind. Das Konzept wird in Kapitel 7.6.2 erläutert.

Tab. 5: Angebote des Müttergenesungswerkes

Einrichtungen des Müttergenesungswerks mit einem aktuellen, spezifischen Konzept für stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen für pflegende Angehörige			
Einrichtung	Leistungsbereich	Mitnahme des Pflegebedürftigen	Art der Unterbringung des Pflegebedürftigen
Mütterkliniken			
<p>DIE INSEL Vorsorgeklinik für Frauen Billstraße 14 26571 Juist Tel: 04935-915-005 Fax: 04935-915-015 juist@regenesa.de</p> <p>Ev. Frauen- und Mütterkurklinik – Prävention und Rehabilitation Sanatorium Bad Wurzach Elly-Heuss-Knapp-Weg 5 88410 Bad Wurzach Tel: 07564-946-0 Fax: 07564-946-502 info@muettergenesungkur.de</p> <p>Fachklinik Maria am Meer Rehabilitation und Prävention für Frauen Kirchstraße 4 26548 Norderney Tel: 04932-633 Fax: 04932-733 fachklinik-maria-am-meer@caritas-gesundheitszentrum.de</p> <p>Fachklinik St. Marien Wertach GmbH Vorsorge und Rehabilitation für Frauen in Familienverantwortung Am Berg 11 87497 Wertach/Allgäu Tel: 08365-700-0 Fax: 08365-700- 333 info@haus-st-marien.de</p>	<p>Stationäre Vorsorgeleistung (Aufnahme Pflegender Angehöriger in Gruppen) Stationäre somatische Reha</p>	Nein	

<p>Klinik Hohes Licht gemeinnützige GmbH Prävention und Rehabilitation für Frauen Kratzerstraße 20 87561 Oberstdorf Tel: 08322-9773-0 Fax: 08322-9773-50 info@klinik-hoheslicht-oberstdorf.de</p>			
<p>Mutter/Vater-Kind-Kliniken</p>			
<p>AWO Klinik Zur Solequelle Gesundheit für Mutter und Kind Zur Solequelle 2 91438 Bad Windsheim Tel: 09841-6698-0 Fax: 09841-6698-26 a-wo.solequelle.badwindsheim@awo-ofr-mfr.de</p> <p>Evangelische Mutter-KindKlinik Spiekeroog DÜNENKLINIK Tranpad 16 26474 Spiekeroog Tel: 04976-917-0 Fax: 04976-917-199 verwaltung@duenenklinik.de</p> <p>Ev. Mutter-Kind-Kurklinik Loßburg Prävention und Rehabilitation Pflegersäcker 21 72290 Loßburg Tel: 07446-932-0 Fax: 07446-932-150 info@muettergenesungkur.de</p> <p>Ev. Mutter-Kind-Kurklinik Scheidegg Prävention und Rehabilitation Sanatorium Kurstraße 25 88175 Scheidegg Tel: 08381-913-0 Fax: 08381-913-199 info@muettergenesungkur.de</p>	<p>Stationäre Vorsorgeleistung (Aufnahme Pflegender Angehöriger in Gruppen) Stationäre somatische Reha</p>	<p>Teilweise möglich</p>	<p>Gemeinsame Unterbringung der Pflegenden Angehörigen und der Pflegebedürftigen</p>

<p>Gertrud-Völcker-Haus Am Ring 15 23746 Kellenhusen/Ostsee Tel: 04364-4923-100 Fax: 04364-4923-101 mukikuren-kellenhusen@awo-sh.de</p> <p>Klinik Werraland Zentrum für Familiengesundheit Balzerbornweg 2 37242 Bad Sooden-Allendorf Tel: 05652-955-0 Fax: 05652-955-100 info@klinik-werraland.de</p> <p>Louise-Schroeder-Haus Am Kliff 6 25980 Sylt/OT Keitum Tel: 04651-9387-0 Fax: 04651-9387-32 mukikuren-keitum@awo-sh.de</p> <p>Mütter-/Mutter-Kind-Kurhaus Schanzenberg Vorsorge u. Rehabilitation für Mutter und Kind Schanzenberg 23 32805 Horn-Bad Meinberg Tel: 05234-8951-0 Fax: 05234-8951-23 info@kurhaus-schanzenberg.de</p>			
<p>Kliniken für Mütter/Väter mit pflegebedürftigen behinderten (evtl. erwachsenen) Kindern</p>			
<p>DRK Haus Elstersteinpark Vorsorge- und Rehabilitationsklinik Elversberger Straße 55 66386 St. Ingbert Tel: 06894-9010 Fax: 06894-36276 info@haus-elstersteinpark.de</p> <p>DRK-Therapiezentrum Mardorf für Menschen mit Behinderungen, deren Mütter und Angehörige Rote-Kreuz-Straße 11 31535 Neustadt-Mardorf Tel: 05036-161-0 Fax: 05036-161-159 info@behindertenkuren.de</p>	<p>Stationäre Vorsorgeleistung (Aufnahme Pflegender Angehöriger in Gruppen) Stationäre somatische Reha</p>	<p>Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3</p>	<p>Gemeinsame Unterbringung der Pflegenden Angehörigen und der Pflegebedürftigen</p>

Einige Projekte befinden sich aktuell noch in der Planungsphase, andere Einrichtungen waren in den 1990iger Jahren oder Anfang 2000 aktiv, mussten aber ihre Angebote aus verschiedenen Gründen wieder einstellen. Tabelle 6 zeigt die aktuell nicht mehr oder noch nicht realisierten Projekte. Da im Fragebogen nicht nach wieder eingestellten Projekten gefragt wurde, mag die Zahl der Einrichtungen, die vor einigen Jahren noch Projekte hatten, deutlich höher sein.

Tab. 6: Geplante oder wieder eingestellte Projekte

Einrichtungen mit einem aktuell in Planung befindlichen spezifischen Konzept für stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen für pflegende Angehörige			
Einrichtung	Leistungsbereich	Mitnahme des Pflegebedürftigen	Art der Unterbringung des Pflegebedürftigen
Rehabilitations-Klinik Wiesengrund Berliner Straße 100 59505 Bad Sassendorf Tel: 02921-502-0 Fax: 02921-502-200 RehaKlinikWiesengrund@t-online.de	Stationäre orthopädische Reha Stationäre internistische Reha	Angebot in der Konzeptionsphase	
Reha- und Präventionszentrum QUELLENHOF Klinik Quellenhof GmbH Hepper Straße 3 59505 Bad Sassendorf Tel: 02921-507-0 Fax 02921-507-497 empfang@klinik-quellenhof.de	Stationäre Vorsorgeleistung Stationäre somatische Reha	Angebot in der Konzeptionsphase	
Einrichtungen mit eingestellten oder geplanten und wieder verworfenen spezifischen Konzepten für stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen für pflegende Angehörige			
Einrichtung	Leistungsbereich	Mitnahme des Pflegebedürftigen	Art der Unterbringung des Pflegebedürftigen
Klinik am schönen Moos Klinik für Psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie Am schönen Moos 7 88348 Bad Saulgau Tel: 07581-507-0 Fax: 07581-507-211 info@klinik-a-s-moos.de	Stationäre Psychosomatische Reha	Pflegestufe 1	Gemeinsame Unterbringung von Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen mit Betreuung durch ambulanten Pflegedienst

Dr. Becker Klinik Möhnese Schnappweg 2 59519 Möhnese Tel: 02924-800-0 Fax: 02924-800-555 info.klinik- moehnese@dbkg.de	Stationäre kardiologische Reha Stationäre psychosomatische Reha	Das offenbar ausgefeilte und in Zusammenarbeit mit Betroffenen erarbeitete Konzept konnte wegen der Insolvenz des damaligen Trägers (Deutscher Orden) nicht umgesetzt werden.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eine Liste mit Einrichtungen, die zwar keine spezifischen inhaltlichen Angebote für die Rehabilitation pflegender Angehöriger haben, aber die Versorgung/Mitnahme des Pflegebedürftigen ermöglichen, findet sich im Anhang 4.

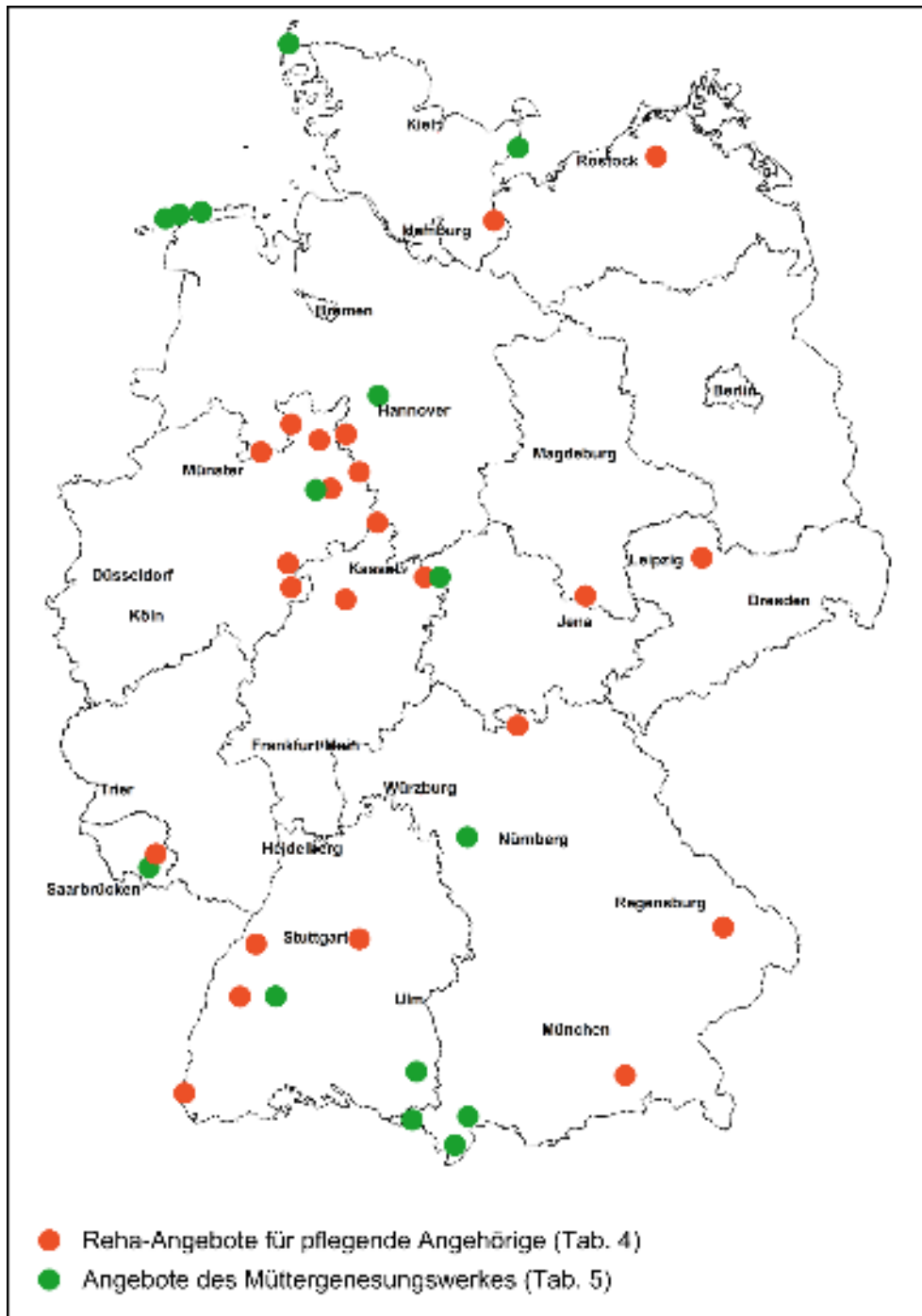
7.4 Regionale Verteilung der Angebote

Für pflegende Angehörige spielt die Entfernung der Klinik, in der sie eine Maßnahme antreten sollen, eine bedeutsame Rolle im Hinblick auf mehrere Faktoren:

- die Mitnahme des Pflegebedürftigen wird oft wesentlich erleichtert durch kurze Wege
- auch das Zurücklassen des Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung wird erleichtert, wenn das Gefühl besteht, bei Problemen schnell vor Ort sein zu können.
- die Kenntnis der Strukturen und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige an ihrem Heimatort ist essenziell für eine gute Beratung und Nachsorge.

Es wurde daher eine Geodarstellung angefertigt, die zeigt, wie die Kliniken, die aktuelle Angebote für pflegende Angehörige haben, innerhalb Deutschlands regional verteilt sind (Abb. 9). Eine Differenzierung der indikationsspezifischen Reha-Angebote und Vorsorgeleistungen ist aktuell aufgrund der noch recht geringen Anzahl nicht sinnvoll. Deutlich wird, dass ein flächendeckendes Angebot bei weitem nicht verfügbar ist.

Abb. 9: Regionale Verteilung der Kliniken mit Angeboten für pflegende Angehörige



7.5 Versorgung des Pflegebedürftigen während der Maßnahme des pflegenden Angehörigen

Die adäquate Versorgung des Pflegebedürftigen während der Abwesenheit des/der pflegenden Angehörigen wird von allen Experten und vor allem von den Betroffenen als grundlegend für die Inanspruchnahme einer Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme durch den pflegenden Angehörigen angesehen und es stellt gleichzeitig eine Einflussgröße für den Erfolg der Maßnahme dar (Holz 2004). An dieser Stelle ist zu beachten, dass die Bedürfnisse der Pflegenden und der Gepflegten je nach persönlicher Situation ganz verschieden sind. Wiederholt haben Betroffene und Experten in den Interviews darauf hingewiesen, dass hier individuelle Lösungen ermöglicht werden müssen, wenn die Leistungen in Anspruch ge-

nommen werden sollen, und nicht pauschalisierend davon ausgegangen werden kann, dass eine gemeinsame oder eine getrennten Unterbringung von Pflegeperson und Gepflegtem vorzuziehen ist.

Im Folgenden werden die verschiedenen Möglichkeiten der Versorgung dargestellt. Es handelt sich im Einzelnen um

- Die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung nach Pflegeneuaustrichtungsgesetz (PNG)
- Die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung in einer hauseigenen oder kooperierenden Kurzzeitpflege (nach SGB XI)
- Die zeitgleiche Reha des Pflegebedürftigen in derselben Reha-Einrichtung
- Die Versorgung des Pflegebedürftigen in einer Kurzzeitpflege am Heimatort.
- Die Versorgung des Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung

7.5.1 Die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung nach PNG

Das Pflegeneuaustrichtungsgesetz bietet die Möglichkeit, den Pflegebedürftigen in die Einrichtung, in der der pflegende Angehörige eine Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme durchführt, mitzunehmen. Das PNG sieht vor, dass Einrichtungen, die Reha- und Vorsorgeleistungen erbringen, die von Rehabilitanden gepflegten Personen in ihre Einrichtung mit aufnehmen dürfen. Der Aufenthalt des Pflegebedürftigen kann als Kurzzeitpflege abgerechnet werden, auch wenn die Klinik keine Einrichtung nach SGB XI vorhält. Eine Begrenzung auf bestimmte Pflegestufen ist hierbei nicht vorgesehen. Diese richtet sich nach den Möglichkeiten der jeweiligen Einrichtung.

Vor- und Nachteile: Aus Sicht der Leistungserbringer wurde hier eine Möglichkeit geschaffen, Pflegebedürftige aufzunehmen, ohne eine getrennte Einrichtung nach SGB XI (Kurzzeitpflege) schaffen oder aufrechterhalten zu müssen. Es kann ohne den Aufbau neuer, kostenintensiven Strukturen direkt eine Versorgung Pflegebedürftiger erfolgen. Die Kliniken können hier nunmehr flexibel und einzelfallbezogen entscheiden.

Diese Regelung kommt insbesondere geriatrischen Reha-Einrichtungen entgegen, die ohnehin auch auf pflegebedürftige Menschen ausgerichtet sind und die über Personalschlüssel verfügen, die eine Mitversorgung von pflegebedürftigen Begleitpersonen häufig möglich machen. Der Bedarf seitens der pflegenden Angehörigen wird ebenfalls im geriatrischen Bereich gesehen, da ältere Paare häufig nicht getrennt werden möchten und eine Reha- oder Vorsorgemaßnahme des/der Pflegenden oft nur angetreten wird, wenn der Ehepartner/die Partnerin mitgebracht und (ggf. sogar im selben Raum) untergebracht werden kann.

Von Vorteil für die pflegenden Angehörigen kann es sein, dass die Pflegepersonen den Pflegebedürftigen gut kennenlernen und daher gut in der Lage sind, die pflegenden Angehörigen individuell zugeschnitten auf den Einzelfall zu schulen und zu beraten. In einigen Kliniken wird dieses Potential gezielt für die Durchführung von Pflegeschulungen genutzt.

Nachteilig für die Pflegebedürftigen und die Pflegenden Angehörigen kann sich auswirken, dass die Preise für die Kurzzeitpflege im Falle einer Unterbringung nach PNG wegen des fehlenden Bezugs zum SGB XI von den Einrichtungen selber festgelegt und direkt mit den zu Pflegenden abgerechnet werden können (Rechnungsstellung). Der pflegende Angehörige muss also die Frage der Kostenübernahme und ausreichenden Kostendeckung im Vorfeld selber klären oder ggf. Zuzahlungen riskieren. Das Pflegegeld wird während der Inanspruch-

nahme einer Kurzzeitpflege halbiert, so dass hier oft auch kein finanzieller Puffer vorhanden ist.

7.5.2 Die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung in einer häuslichen oder kooperierenden Kurzzeitpflege

Wenn eine Einrichtung eine eigene Kurzzeitpflege vorhält, dann kann in der Regel ein Pflegebedürftiger im Rahmen einer Reha-Maßnahme des pflegenden Angehörigen dort untergebracht werden. Aufgrund der Vorgaben des SGB XI kann die Kostenübernahme für die Kurzzeitpflege durch die Pflegeversicherung direkt erfolgen und zusätzliche Kosten dürften nicht anfallen.

Die Aufnahme in einer getrennten Kurzzeitpflege ermöglicht sowohl die räumliche Nähe und Sicherheit, über die Versorgung und den Zustand des Pflegebedürftigen stets persönlich informiert zu sein, als auch einen gewissen Abstand, der z. B. eine ausreichende Nachtruhe gewährleistet und weniger dazu veranlasst, Pflegeleistungen auch in der Klinik doch selber zu erbringen.

Von Kliniken, die nicht aus anderen Gründen bereits eine eigene Kurzzeitpflege vorhalten, werden derzeit der Aufwand und die Investitionskosten in der Regel als zu groß erachtet, um eine solche Struktur eigens für die Mitversorgung von Pflegebedürftigen bei Reha-Maßnahmen für pflegende Angehörige aufzubauen. Es wird die nicht ausreichende Belegung der vorgeschriebenen 18 Betten befürchtet, zumal auch das Personal getrennt zu beschäftigen ist und nicht flexible und nach Bedarf in anderen Teilen der Klinik eingesetzt werden kann (Mitteilung von Kliniken).

Die Versorgung des Pflegebedürftigen in einer kooperierenden Kurzzeitpflege in der Nähe der Reha-Klinik vereint die Vorteile der Pflege vor Ort mit dem Vorteil der klaren Kostenübernahme-Regelung und entspricht damit weitgehend der Versorgung in einer Klinik-eigenen Kurzzeitpflege. Da jedoch viele Kliniken keine eigene Kurzzeitpflege vorhalten können, bietet sich eine Kooperation vor Ort an, wenn nicht die Möglichkeit besteht, die Pflegebedürftigen nach PNG mit aufzunehmen.

7.5.3 Zeitgleiche stationäre Maßnahmen für den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen

Die zeitgleiche Durchführung einer stationären Reha- oder Vorsorgemaßnahme bei beiden, dem Pflegenden und dem Gepflegten, erfordert das Vorhandensein einer zum gleichen Zeitpunkt bestehenden Indikation und der Möglichkeit der jeweiligen Einrichtung(en) beide Patienten zeitgleich und indikationsspezifisch aufnehmen und behandeln zu können. Insbesondere der Aspekt des zeitgleichen Vorliegens einer Reha-begründenden Diagnose dürfte nicht so häufig vorkommen, außer vielleicht im geriatrischen Bereich.

Möglich ist auch die Konstellation, dass ein pflegender Angehöriger den Pflegebedürftigen in dessen Reha begleitet und dort ein spezielles Programm als Vorsorgeleistung oder als (ganze oder teilweise) Selbstzahlerleistung (z. B. ambulante Bäderkur) erhält. Ein Beispiel hierfür ist das Alzheimer Therapiezentrum Olsberg. Dort werden betreuende Angehörige als Begleitpersonen des Demenzkranken mit aufgenommen und im Rahmen eines eigenen Therapieprogramms für Angehörige versorgt.

In den meisten Kliniken betreffen die Angebote für pflegende Angehörige allerdings Schulungen zu bestimmten Krankheitsbildern der Pflegebedürftigen (insbesondere Demenz) oder

Beratung durch Fachpersonal im Hinblick auf bestimmte Probleme des Pflegebedürftigen (z. B. zu Ernährung, weiterem Procedere etc.), sowie bei plötzlich aufgetretener Pflegebedürftigkeit das Entlass- und Überleitungsmanagement (z. B. Pflegeschulungen, Modellprogramm der AOK (Gröning et al. 2012).

7.5.4 Die Versorgung des Pflegebedürftigen in einer Kurzzeitpflege am Heimatort

Hier liegt der Vorteil darin, dass dem pflegenden Angehörigen im Vorfeld die Einrichtung bekannt ist oder leicht bekannt gemacht werden kann, die den Pflegebedürftigen während seiner Abwesenheit betreuen wird. Dies ist für viele pflegende Angehörige ein wichtiger Faktor bei der Entscheidung, eine stationäre Maßnahme überhaupt anzutreten. Gleichzeitig ermöglicht diese Konstellation einen größeren Abstand zwischen Pflegendem und Gepflegtem.

7.5.5 Die Versorgung des Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung

Die Möglichkeit der Fortsetzung der Pflege in der gewohnten häuslichen Umgebung durch andere Personen als den/die normalerweise pflegende Angehörige(n) ist von großer Bedeutung, wenn der Pflegebedürftige eine anderweitige Versorgung verweigert oder durch einen Ortswechsel eine Dekompensation des Pflegebedürftigen zu befürchten ist. Letzteres ist vor allem bei Demenzkranken manchmal der Fall, die zu Hause noch ganz gut zurechtkommen, an fremden Orten aber weglaufgefährdet sind oder z. B. aggressiv dekompenzieren. Häufig treten pflegende Angehörige Maßnahmen unter Vernachlässigung ihrer eigenen Gesundheit nicht an, wenn sie eine solche Dekompensation befürchten (Zegelin & Segmüller, Döhner; Expertengespräch; Schilder und Florian 2012, S. 259).

Eine Kostenübernahme kann im Rahmen der Verhinderungspflege erfolgen – diese wird aber von ihrem Umfang her für die Dauer einer dreiwöchigen Maßnahme nicht ausreichen – oder eventuell im Rahmen von Familienpflege.

Egal, welche Form der Versorgung gewählt wird, beträgt die jährlich zur Verfügung stehende Kurzzeitpflege drei Wochen. Mit diesem Zeitraum kann eine durchschnittliche Reha- oder Vorsorgeleistung gerade eben abgedeckt werden. Allerdings gibt es dann außer der Verhinderungspflege, die kumuliert über ein Jahr etwa eine Woche ausmacht, keine zeitlichen Freiräume mehr über die Pflegeversicherung, z. B. um in Urlaub zu fahren oder andere Termine wahrzunehmen. Gegenüber Berufstätigen, die im Falle einer Reha- oder Vorsorgemaßnahme keine Kürzung ihres Urlaubs erfahren erscheint diese „Anrechnung“ der Kurzzeitpflege auf die Abwesenheit infolge einer Reha-Maßnahme nicht gerechtfertigt.

Tabelle 7 fasst die verschiedenen Möglichkeiten der Versorgung des Pflegebedürftigen und ihre Vor- und Nachteile zusammen.

Tab. 7: Versorgung des Pflegebedürftigen während einer Vorsorge oder Rehabilitationsmaßnahme

Art der Versorgung	Vorteil	Problem
Mitnahme nach PNG	Reha-Einrichtung muss keine Kurzzeitpflege vorhalten	Abrechnung über Pat. Keine festen Preise „Urlaub aufgebraucht“
Hauseigene oder kooperierende Kurzzeitpflege	Räumliche Trennung und zugleich räumliche Nähe	„Urlaub aufgebraucht“
Zeitgleiche stationäre Maßnahme für PA und Pflegebedürftigen	Pflegender Angehöriger kann Pflegebedürftigen begleiten	Wenig Angebote Zeitgleiche Indikation
Kurzzeitpflege am Heimatort	Einrichtung vorher bekannt	„Urlaub aufgebraucht“
Versorgung in der häuslichen Umgebung	Auch bei fehlender Einwilligung od. Demenz	Verhinderungspflege nicht ausreichend Familienpflege?

7.5.6 Umfrage und Recherche-Ergebnisse zur Mitnahme von Pflegebedürftigen

Im vorliegenden Gutachten sollte die Versorgung des Pflegebedürftigen während einer stationären Maßnahme des pflegenden Angehörigen besonders recherchiert werden, insbesondere im Hinblick auf die Möglichkeiten durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz. Daher wurden alle Einrichtungen dazu befragt, ob, wo und ggf. mit welcher Pflegestufe ein Pflegebedürftiger versorgt werden kann.

Die recherchierten Mitnahme- und Versorgungsmöglichkeiten sind den Listen mit den Einrichtungen zu entnehmen. Eine Liste mit Einrichtungen, die nur die Mitnahme/Versorgung des Pflegebedürftigen anbieten ohne eine spezifisches Reha- oder Vorsorge-Programm für pflegende Angehörige, ist im Anhang einzusehen.

Insgesamt fanden sich 50 Einrichtungen, die sich um die Versorgung des Pflegebedürftigen – intern oder extern – kümmern. In den Expertengesprächen wurde darüber hinaus deutlich, dass eine Reihe von Kostenträgern, Klinik-Verbänden und Verbänden dabei sind, Informationen darüber einzuholen, bei welchen Einrichtungen eine Mitnahmemöglichkeit besteht. Die Ergebnisse dieser Recherchen wurden teilweise zur Verfügung gestellt, teilweise stehen die Auskünfte aktuell noch aus. Sofern wir die Angaben erhalten, werden sie in das Gutachten noch aufgenommen.

Von den 50 Einrichtungen, die die Mitnahme einer pflegebedürftigen Begleitperson ermöglichen, verfügen 21 über spezifische Reha- oder Vorsorgemaßnahmen für pflegende Angehörige – drei davon sind Einrichtungen des Müttergenesungswerkes, von denen wiederum zwei auch schwerstbehinderte Kinder mit aufnehmen. Die übrigen 29 Einrichtungen bieten keine spezifischen Maßnahmen für pflegende Angehörige an.

Mindestens 11 Einrichtungen bieten eine Versorgung bis Pflegestufe 3 an.

7.5.7 Auswertung aus dem QS-Reha[®]-Verfahren

In der Strukturhebung im Rahmen des QS-Reha[®]-Verfahrens der GKV wird nach der Mitnahme von erwachsenen Begleitpersonen gefragt. Diese ist in 95 % der Einrichtungen (über alle Indikationsbereiche) möglich, jedoch wird nicht differenziert, ob es sich um pflegebedürftige „Begleitpersonen“ handelt. Es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei im ganz überwiegenden Teil um die Unterbringung nicht-pflegebedürftiger erwachsener Begleitpersonen handelt.

7.6 Beschreibung einzelner, besonderer Angebote/Projekte

7.6.1 Beispiele für Reha-Leistungen

Die jeweiligen Einrichtungen, die Angebote für pflegende Angehörige vorhalten, tun dies auf der Basis der bereits vorhandenen Angebote ihres Indikationsbereiches.

Rehabilitationsleistungen haben per definitionem bereits Bausteine, die eine gewisse Individualisierung des Angebotes vorsehen. So sollen in der Reha individuelle Rehabilitationsziele besprochen und festgelegt werden und es müssen die jeweiligen Kontextfaktoren berücksichtigt werden. Sozialberatung und Gespräche mit Psychologen sowie Gruppenangebote sind ebenso Reha-Bestandteile wie das Erlernen von Entspannungsmethoden und Sport und Bewegungsangebote.

Je nach Indikationsbereich haben auch die Reha-Leistungen für pflegende Angehörige den jeweiligen Schwerpunkt auf z. B. orthopädischen, psychosomatischen oder neurologischen Maßnahmen, die aber jeweils derart ausgestaltet werden, dass sie besonders auf die pflegenden Angehörigen zugeschnitten sind. Dies ist besonders gut möglich, wenn die pflegenden Angehörigen als Gruppe gemeinsam die Reha durchlaufen – wie dies von einigen Kliniken explizit angeboten wird. Ein Beispiel für die konzeptuelle Anpassung einer orthopädischen Reha an die Bedürfnisse pflegender Angehöriger wären die Balzerborn Kliniken in Bad Sooden-Allendorf.

Da viele pflegende Angehörige Probleme sowohl körperlicher als auch psychischer Art haben, ergänzen die Einrichtungen ihr Maßnahmenspektrum in der Regel um Bestandteile, die sonst eine untergeordnete Rolle spielen. Für Reha-Zyklen mit pflegenden Angehörigen werden dann externe Fachkräfte hinzugeholt, die z. B. in orthopädischen Einrichtungen Vorträge über den Umgang mit Demenzkranken halten oder ein Kommunikationstraining durchführen, wohingegen z. B. psychosomatische Einrichtungen Altenpfleger hinzuziehen, die eine Schulung zu rückschonender Pflege durchführen können, usw.

Die einzelnen Konzepte variieren hier zu einem gewissen Grad, decken aber überwiegend die wesentlichen Bedarfe ab. Problematisch kann jedoch sein, dass die Reha nicht immer heimatnah stattfinden kann und dadurch die Beratung zu Entlastungsangeboten und lokalen Strukturen am Heimatort des pflegenden Angehörigen nicht suffizient möglich ist, da diese Angebote innerhalb einzelner Regionen sehr unterschiedlich vorhanden und organisiert sein können.

Eine heimatnahe Reha wäre aufgrund der Vernetzungsmöglichkeiten und fundierterer Kenntnisse der Strukturen vor Ort sowie der Möglichkeit einer besseren Nachsorge oder der Entwicklung gemeinsamer Nachsorgekonzepte wünschenswert.

7.6.2 Beispiele für Vorsorgeleistung

Beispielhaft für Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige werden die Projekte des Müttergenesungswerkes dargestellt.

Das Müttergenesungswerk beschäftigt sich im Rahmen von Vorsorgeleistungen für Mütter auch mit dem Thema Pflege von Angehörigen als einem – oft zusätzlichen – Belastungsfaktor für die Patientinnen ihrer Einrichtungen. Der Kontextfaktor „Pflege eines Angehörige“ wird bei allen Müttern, die eine stationäre Vorsorgeleistung in Anspruch nehmen, erfasst. Dem Mütterdatenreport 2013 ist zu entnehmen, dass 18% der Mütter, die 2013 an einer stationären Vorsorgemaßnahme teilgenommen haben, die Pflege eines Angehörigen als Belastungsfaktor genannt haben. Aufgrund des festgestellten Bedarfs werden Schwerpunktmaßnahmen für Mütter angeboten, die Angehörige pflegen, d. h. Mütter, die Angehörige pflegen, werden in einer Gruppe gemeinsam aufgenommen und erhalten ein 3-wöchiges spezielles Programm, das zielgruppenspezifische Angebote in die üblichen medizinischen, physiotherapeutischen und psychosozialen Angebote integriert. Im Vordergrund stehen dabei Empowerment, Nachhaltigkeit und Hilfe zur Selbsthilfe.

In die überwiegende Zahl der Einrichtungen können Kinder mitgebracht werden, in einige auch schwerstbehinderte pflegebedürftige Kinder im Erwachsenenalter (Vergl. Tabelle 3) und eine Einrichtung ermöglicht die Versorgung Pflegebedürftiger in der Nähe der Klinik.

Anne Schilling vom Müttergenesungswerk beschreibt die Maßnahmen wie folgt: „In den anerkannten Kliniken des MGW werden verschiedene Modelle von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige seit Jahren praktiziert – oft als Schwerpunktmaßnahmen“. „Unterschieden wird z. B. danach, ob die pflegende Frau allein in einer Mütterkurmaßnahme oder – wie in einer Klinik angeboten – mit dem zu pflegenden Angehörigen in unmittelbarer Nähe behandelt wird. Auch die Kliniken, in denen Mütter mit behinderten und z.T. schwerstbehinderten – und erwachsenen – Kindern aufgenommen werden, haben wertvolle Erfahrungen und effektive Angebote für pflegende Angehörige. Die Schwerpunktmaßnahmen arbeiten spezifisch und ganzheitlich der körperlichen und seelischen Belastung der pflegenden Frauen entgegen. Medizinische, physiotherapeutische Angebote sind genauso wichtig wie die psychosoziale Therapie mit indikations- und themenzentrierten Gruppen- und Einzelgesprächen sowie Körper- und Entspannungsübungen. Ziel soll es sein, dass die Frauen ihren eigenen Bedürfnissen und den alltäglichen Erfordernissen wieder gerecht werden können ohne selbst zu erkranken. Dabei steht Empowerment, Nachhaltigkeit und Hilfe zur Selbsthilfe ganz oben“.

Nach einer Pressemitteilung vom Oktober 2013 und nach mündlicher Mitteilung der Geschäftsführerin des Müttergenesungswerkes hat die gemeinnützige Stiftung ihren Stiftungszweck erweitert und öffnet sich nun ganz allgemein für Menschen, die im familiären Kontext Sorgearbeit leisten. Das Müttergenesungswerk bietet somit nun auch Beratung und Kurmaßnahmen für pflegende Angehörige, die nicht Mütter sind. Dies war bisher aus stiftungsrechtlichen Gründen nicht möglich, weil die Stifterin verfügt hatte, dass die Stiftungsmittel Müttern zu Gute kommen sollten (Müttergenesungswerk und Elly Heuss-Knapp-Stiftung 2013b).

Das Müttergenesungswerk berücksichtigt in seinen Angeboten ausdrücklich Gender-Aspekte und bietet innerhalb der durchgeführten Maßnahmen Frauen- (und ggf. auch Vätergruppen) an, die auf die unterschiedliche Situation und die verschiedenen Bedürfnisse von pflegenden

Männern und Frauen eingeht. Die Genderperspektive ist langjähriger Bestandteil des Konzeptes des Müttergenesungswerkes.

Für Mütter-Kuren und Mutter-Kind-Maßnahmen liegen Evaluationen vor, die im Kapitel 8.2 dargestellt werden (Faßmann et al. 2008).

7.6.3 Modellprojekte/Pilotprojekte

Der Übergang von Modell- oder Pilotprojekten zu kontinuierlich vorhandenen Angeboten ist fließend. Kliniken, die relativ leicht ein Angebot für pflegende Angehörige generieren können, weil sie dafür gute Voraussetzungen haben, erarbeiten meist ein Konzept und machen dies soweit es in ihren Möglichkeiten liegt, bei den Kostenträgern etc. bekannt. Diese Angebote sind dann quasi in einer Erprobungsphase und werden je nach den Erfahrungen, die damit gemacht werden, modifiziert.

Modellprojekte im engeren Sinne werden meist in Zusammenarbeit mit einem Kostenträger ins Leben gerufen. Ein Beispiel aus der Vergangenheit ist das Modellprojekt der AOK-Baden-Württemberg „Hilfen für Pflegende“, in dessen Rahmen u. a. die Wirksamkeit von dreiwöchigen Vorsorgekuren für pflegende Angehörige in AOK-Kliniken wissenschaftlich untersucht wurde (Gröning et al. 2012).

Die überwiegende Zahl an Modellprojekten findet sich jedoch im ambulanten Bereich, wie z. B. das Modellprojekte Entlassungsmanagement der AOK Nordost (Pfleges Schulungen für Angehörige bei akutem Eintritt der Pflegebedürftigkeit) oder ambulante psychologisch betreute Gesprächsgruppen (Zank, Expertengespräch), Problemlösetraining oder der Einsatz von „family support workers“ (GKV-Spitzenverband et al. 2011a) u. a.. Diese Projekte sind nicht zentral für den Gegenstand des vorliegenden Gutachtens und fließen daher nur ein, sofern sie das Thema Reha- und Vorsorgeleistungen tangieren.

7.6.4 Beispiel für Selbstzahlerleistung

Der Gutachtauftrag umfasste ausdrücklich auch die Recherche von Selbstzahlerangeboten. Eine Nachfrage beim deutschen Heilbäderverband erbrachte in Bezug auf Angebote für pflegende Angehörige den Verweis auf die entsprechenden Reha- und Vorsorgeleistungen, die sich jedoch alle erstattungsfähig erwiesen.

Beispiele für Selbstzahlerleistungen gibt es in Einrichtungen, die Maßnahmen für den Pflegebedürftigen durchführen und die selbstfinanzierte Begleitung des pflegenden Angehörigen vorsehen, der in der Einrichtung auf eigenen Kosten Wellness- und Entspannungsmaßnahmen in Anspruch nehmen kann. Meist enthalten diese Angebote aber keine spezifischen Bausteine für pflegende Angehörige, sondern bieten allgemeine Wellness. Eine Einrichtung, die in diesem Zusammenhang auch spezifische Angebote für die pflegenden Angehörigen bereithält, ist das Alzheimer Therapiezentrum Olsberg. Dieses Angebot ist aber grundsätzlich auch für den pflegenden Angehörigen als Vorsorgeleistung erstattungsfähig.

Bei der Internetrecherche fanden sich Urlaubsangebote mit organisierter Betreuung pflegebedürftiger Begleitpersonen. Listen von Reiseanbietern sind z. B. über den Altenhilfefachberater des Landratsamtes München erhältlich. Die Pflegebedürftigen können am Urlaubsort von einem Pflegedienst versorgt oder in einer Kurzzeitpflege untergebracht werden. Da jedoch für die Pflegenden keine speziellen medizinischen oder therapeutischen Angebote gemacht werden, sind diese reinen Urlaubsangebote nicht Gegenstand des Gutachtens. Mög-

licherweise wäre eine selbstorganisierte Verbindung mit einer ambulanten Badekur aber möglich.

7.7 Fazit zu den Angeboten

Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen decken konzeptionell bereits viele Bedarfe und Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen ab. Reha-Leistungen sollen per definitionem auf individuelle Ziele ausgereicht werden, die mit den Rehabilitanden zu vereinbaren sind. Individuelle Zielvereinbarungen sind aber ohne die Berücksichtigung der jeweiligen speziellen Kontextfaktoren, zu denen z. B. die Pflege eines Angehörigen gehört, nicht denkbar. Psychosoziale Beratung, Einzel- und Gruppengespräche z. B. mit Psychotherapeuten oder Sozialarbeitern sind ebenfalls obligatorischer Bestandteil von Reha-Maßnahmen. Präventive verhaltensbeeinflussenden gesundheitsfördernde Programmpunkte, die in der Regel Bewegungs- und Sportangebote, das Einüben von Entspannungsverfahren sowie Achtsamkeits- und Selbstfürsorgeübungen beinhalten sind in jeder Reha-Einrichtung zu finden.

Für pflegende Angehörige muss also kein eigener Reha-Zweig geschaffen werden. Es reicht aber andererseits auch nicht aus, die pflegenden Angehörigen einfach unter die übrigen Rehabilitanden zu subsummieren, sondern die vorhandenen Angebote müssen an die spezifischen Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen angepasst werden.

Viele Kliniken können aufgrund ihres bestehenden Angebotes solche Anpassungen relativ einfach und mit vertretbarem Aufwand vornehmen und tun dies auch bereits. Die Möglichkeiten und Angebote für pflegende Angehörige können dabei aufgrund der Verschiedenheit der Reha-Einrichtungen gut auf unterschiedliche Subgruppen von pflegenden Angehörigen und unterschiedliche Reha-Indikationen zugeschnitten werden.

7.8 Besonderheiten und Problemlagen einzelner Indikationsbereiche

Je nach Indikationsbereich sehen sich die Einrichtungen unterschiedlichen Anforderungen gegenüber, wenn sie Angebote für pflegende Angehörige etablieren und durchführen wollen, die sie unterschiedlich gut meistern können. Die jeweiligen Bedingungen beeinflussen und begrenzen die Gestaltungsmöglichkeiten der Angebote, schaffen aber andererseits auch ein differenziertes Angebot für unterschiedliche Bedürfnisse.

Die Besonderheiten und Problemlagen einzelner Indikationsbereiche, die sich im Gespräch und in der Projektrecherche gezeigt haben, werden im Folgenden dargestellt.

7.8.1 Geriatrische Rehabilitation

Geriatrische Reha-Einrichtungen sind ausgerichtet auf alte und pflegebedürftige Menschen. Die Pflege auch höhergradig pflegebedürftiger Menschen stellt in der Regel kein Problem dar, da die Strukturen und die Personalausstattung vorhanden sind, die Versorgung von mitgebrachten Pflegebedürftigen kann häufig relativ problemlos geleistet werden. Pflegeschulungen finden oft im Rahmen von Angehörigenschulungen oder im Rahmen des Entlassungsmanagements ohnehin schon statt. Kostendeckung aus Mitteln der Kurzzeitpflege wird nicht von allen Einrichtungen gesehen.

Die geriatrische Reha ist geeignet für Ehepaare höheren Lebensalters, wenn ein Partner den anderen pflegt und eine Trennung problematisch erscheint oder nicht gewollt ist.

7.8.2 Psychosomatische Rehabilitation

Psychosomatische Reha-Einrichtungen haben oft keine Möglichkeiten, höhergradig pflegebedürftige Menschen im Rahmen des PNG mitzuversorgen, da weder entsprechendes Personal, noch die notwendige Ausstattung vorhanden sind. Pflegeschulungen und die Mitnahme der Pflegebedürftigen können häufig nur mit einer kooperierenden Kurzzeitpflege geleistet werden.

Vorteil: Es gibt in der Regel ein hohes Bewusstsein für die psychischen Belastungen durch Pflege; das Thema „Pflege von Angehörigen“ wird in der Regel erfragt und aufgegriffen. Es liegt eine hohes Fachwissen zu Belastungssituationen vor, deren Folgen und zu den intrapsychischen Verarbeitungsprozessen. Dieses Wissen kann individuell auch auf die pflegenden Angehörigen gut angewendet werden. Für pflegende Angehörige wichtige Anforderungen an die Reha – wie das Erlernen von Coping-Strategien, Selbstfürsorge, Entspannung, Bearbeitung von Schuldgefühlen, Kommunikationstrainings etc. – können sehr gut auch für einzeln aufgenommene pflegende Angehörige erbracht werden.

Wegen des intensiveren Austausches und der Bereitstellung spezieller Angebote (z. B. Pflegeschulung etc.) streben viele Einrichtungen eine Aufnahme der PA in Gruppen an.

7.8.3 Somatische Rehabilitation

Die Möglichkeiten somatischer Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich der Etablierung von Angeboten für pflegende Angehörige sind sehr von den individuellen Gegebenheiten in der Einrichtung abhängig. Je nachdem, über welches Personal und welche Strukturen die Einrichtung verfügt, können Pflegebedürftige versorgt oder nicht versorgt werden.

Angebote finden sich in der somatischen Reha überwiegend im Indikationsbereich Orthopädie. Aufgrund der häufig bei pflegenden Angehörigen vorliegenden Probleme aus dem orthopädischen Bereich liegt hier auch ein Bedarf. Manche Kliniken sind für die Mitnahme von Pflegebedürftigen gut ausgestattet sind, da sie für ältere orthopädische Rehabilitanden bereits Pflegestrukturen vorhalten oder eine eigene Kurzzeitpflege betreiben, andere können aufgrund der engen Personalschlüssel kein solches Angebot vorhalten.

Es ist eine ausreichend große Zahl an Zuweisungen zur Aufnahme in geschlossenen Gruppen notwendig, weil je nach Einrichtung zusätzliche Expertise organisiert und finanziert werden muss, um ein umfassendes Angebot bereitstellen zu können.

Angebote aus anderen somatischen Indikationsbereichen (z. B. Kardiologie, Neurologie) wurden von Kliniken im Fragebogen angegeben (siehe Tabelle 4). Allerdings wird an dieser Stelle nicht deutlich, ob in Kliniken mit mehreren Leistungsbereichen in jedem Leistungsbereich ein eigenes Angebot vorgehalten wird oder ob pflegende Angehörige hinsichtlich ihres spezifischen Bedarfs an gemeinsamen, indikationsübergreifenden Reha-Bausteinen teilnehmen (z. B. psychologische Gesprächsgruppe für pflegenden Angehörige).

7.8.4 Stationäre Vorsorgeleistungen

Wie bereits am Beispiel der Einrichtungen des Müttergenesungswerkes beschrieben, können stationäre Vorsorgeleistungen inhaltlich gut an die Bedarfe pflegender Angehöriger angepasst werden, vor allem wenn eine Durchführung in Gruppen erfolgt. Allerdings besteht in vielen Einrichtungen, die Vorsorgeleistungen durchführen, keine Mitnahmemöglichkeit des pflegenden Angehörigen, wobei auch hier die Kooperation mit einer nahe gelegenen Kurz-

zeitpflege denkbar wäre. Ausnahmen stellen die Einrichtungen für Eltern mit (schwerst-) behinderten pflegebedürftigen Kindern und die Angebote für Pflegende von Demenzkranken dar.

8 Evidenz für die Wirksamkeit von Reha- und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige

Der Nachweis einer – möglichst nachhaltigen – Wirksamkeit von Maßnahmen ist wünschenswert, um bei begrenzten Ressourcen deren Durchführung und Finanzierung begründen zu können und Entscheidungshilfen für oder gegen bestimmte Strategien zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen zur Verfügung zu haben.

8.1 Spezifische Untersuchungen zu pflegenden Angehörigen

Wie bereits erwähnt, gibt es viele Untersuchungen zu Belastungen und Bedarfen durch informelle Pflege und einige Studien zu ambulanten begleitenden Maßnahmen (GKV-Spitzenverband et al. 2011, DEGAM-Leitlinie 2005 und andere). Zur Wirksamkeit von medizinischen Reha- und Vorsorgeleistungen speziell für pflegende Angehörige liegen jedoch nahezu keine Untersuchungen vor.

Die einzige Studie, die sich speziell mit dem vorliegenden Thema befasst, stammt von Petra Holz und wurde 2004 veröffentlicht (Holz 2004). Evaluiert wurden dreiwöchige Vorsorgekuren für pflegende Angehörige im Rahmen des Modellprojektes „Hilfen für Pflegende“ der AOK Baden-Württemberg.

Zentrale Fragestellungen waren:

- 1) Inwiefern können Kurmaßnahmen dazu beitragen, Pflegende bei ihren täglichen Aufgaben zu unterstützen und die Gesundheit Pflegenden zu erhalten bzw. zu fördern?
- 2) Lassen sich Personengruppen identifizieren, die in unterschiedlichem Ausmaß von der Kurmaßnahme profitieren?
- 3) Welche Faktoren können unterschiedliche Effekte der Kurmaßnahme vorhersagen?

Insgesamt zeigten sich für die Gesamtgruppe der Pflegenden deutlich positive Kureffekte, die vor allem kurz- und mittelfristig (6 Monate) waren. Langfristig (9 Monate) wurde eine psychische Stabilisierung erreicht und ein signifikant verbessertes Wohlbefinden im Vergleich zum Kurbeginn. Es ließen sich Subgruppen mit unterschiedlichen Verlaufsmustern identifizieren: Diejenigen Personen mit der höchsten Ausgangsbelastung im Bereich Depressivität, Wohlbefinden und Beschwerden wiesen die größten Verbesserungen auf. Insbesondere die Risikogruppe „hohe psychophysische Gesamtbelastung“ profitierte von der Kur. Personen, bei denen während der Kur ein belastendes Ereignis eingetreten war (z. B. starke Verschlechterung der Gesundheit des Gepflegten oder Probleme bei seiner Fremdbetreuung), profitierten von der Kur in geringerem Ausmaß.² Akute Krisenintervention wurde daher als ein wichtiger Bestandteil der Kuren für Pflegende angesehen. Weitere positive Einflussfaktoren waren das Erleben sozialer Kontakte in der Kur, eine positive Bewertung der psychosozialen und medizinischen Maßnahme.

²Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Mitnahme des Pflegebedürftigen in die Rehabilitationseinrichtung noch nicht vorgesehen bzw. nicht möglich war.

8.2 Untersuchungen aus nahe-liegenden Bereichen

Da eine bedeutsame Zahl der Einrichtungen, die Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige anbieten, Einrichtungen des Müttergenesungswerkes sind, liegt es nahe, die vorhandenen Studien zu Mutter-Kind-Kuren und Mütterkuren in die Evidenz-Analyse mit einzubeziehen.

Der Forschungsverbund Familiengesundheit an der Medizinischen Hochschule Hannover, ein Zusammenschluss von Vorsorge- und Rehabilitationskliniken für Mütter, Väter und Kinder und einem wissenschaftlichen Team der Medizinischen Hochschule Hannover (Soziologie), hat mehrere einschlägige Studien durchgeführt. Der Verbund betreibt praxisbezogene Forschung, Konzeptentwicklung und Qualitätssicherung im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter/Väter und Kinder Mutter-Kind-Einrichtungen.

Die aktuellste Untersuchung, die 2013 in der Zeitschrift Rehabilitation veröffentlicht wurde (Otto 2013), kommt zur Schlussfolgerung, dass stationäre Mutter-Kind-Maßnahmen nicht nur kurzfristig (bei Kurende), sondern auch mittelfristig (6 Monate nach Kurende) zu einer klinisch bedeutsamen Reduktion der Belastungen und Beschwerden (Zahl der Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen, psychische Gesamtbelastung und Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe) führen. Demgegenüber verschlechterte sich die gesundheitliche Lage in beiden Kontrollgruppen (Wartegruppen und abgelehnte Anträge) bei den meisten Frauen (siehe Poster, Otto 2010).

Die länger zurück liegenden Untersuchungen von Meixner et al. (2001), Arnhold-Kerri et al. (2003) und Farin (2009) kommen zu ähnlichen Ergebnissen.

Studien aus den Bereichen der geriatrische Rehabilitation (Donath et al. 2011, GiB-DAT Studiengruppe et al. 2011) befassen sich zwar auch mit pflegenden Angehörigen, aber immer mit dem Pflegebedürftigen im Fokus. Ergebnisse zur Rehabilitation der pflegenden Angehörigen selbst fanden sich nicht. Ergebnisse aus der Psychosomatik??

Die Studienlage ist also sehr begrenzt. In Kapitel 11.3 werden daher Vorschläge unterbreitet, wie an eine Evaluation der Wirksamkeit der aktuell vorhandenen Angebote sinnvoll herangegangen werden könnte.

Teil C: Analyse der Ergebnisse und Vorschläge für mögliche Weiterentwicklungen

9 Vom Bedarf zur Reha

Die Gutachtenbeauftragung erfolgte im Kontext des Pflegeeneuausrichtungsgesetz, dem die Annahme zugrunde lag, dass die pflegenden Angehörigen aufgrund ihrer vielfältigen Belastungen und Belastungsfolgen von einem spezifischen Bedarf an medizinischen Reha- und Vorsorgemaßnahmen haben. Daher beinhaltet das Gesetz entsprechende Vorgaben zur besonderen Berücksichtigung pflegender Angehöriger (siehe Kapitel 3.1.3). Mit dem vorliegenden Gutachten sollte geprüft werden, in welchem Umfang die Vorgaben des PNG in den Reha-Einrichtungen und letztendlich bei den pflegenden Angehörigen angekommen sind.

Betrachtet man die Ergebnisse, die in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben wurden, so finden sich die folgenden Diskrepanzen:

Obwohl einerseits vielfach beschriebene Belastungen und Belastungsfolgen bei pflegenden Angehörigen vorliegen, aus denen ein erhöhter Bedarf an medizinischen Reha- und Vorsorgemaßnahmen abzuleiten ist (siehe Kapitel 5.2), findet sich andererseits nur eine relativ kleine Anzahl an Kliniken, die zielgruppenspezifische Angebote für pflegende Angehörige vorhält (Kapitel 7.3). In Gesprächen mit Leistungserbringern stellte sich sogar heraus, dass bereits bestehende Angebote von Kliniken wieder eingestellt wurden, weil die Angebote nicht ausgelastet waren, d. h. die entsprechenden Patientinnen und Patienten nicht in den Einrichtungen ankamen. Auch aktuell sind eine Reihe von Einrichtungen trotz des Bedarfs zurückhaltend bezüglich der Implementierung neuer Konzepte für pflegende Angehörige, weil sie befürchten, nicht in ausreichender Zahl Patienten zugewiesen zu bekommen.

Nachfragen bei den Kostenträgern ergaben, dass viele Probleme pflegender Angehöriger zwar bei diesen grundsätzlich bekannt sind und diskutiert werden. Die Wahrnehmung der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen unterscheidet sich jedoch deutlich. Sowohl die DRV Bund als auch die DRV Rheinland erteilten auf Nachfrage die Auskunft, dass es sich bei Reha-Anträgen von pflegenden Angehörigen um eine „Konstellation“ handle, die „bisher nur in sehr wenigen Einzelfällen aufgetreten“ sei. Auch wird eine Zuständigkeit für diese Personengruppe aufgrund der häufig nur geringfügigen Beschäftigung oder gänzlichen Aufgabe der Berufstätigkeit von der DRV nicht gesehen.

Zwar ist die Abgrenzung der Zuständigkeiten (DRV – GKV) für die Kostenübernahme im Falle von Reha-Maßnahmen rechtlich eindeutig geregelt, jedoch sind diese Regelungen oft nicht ausreichend bekannt. So erhält man unterschiedliche Auskünfte darüber, ob die Rentenversicherung auch für prekär-Beschäftigte zuständig ist oder ob sich aus den Beiträgen für die Rentenversicherung bei Bezug von Pflegegeld ein Anspruch auf Reha-Maßnahmen bei der DRV ableiten lässt.

Es sollte klar kommuniziert werden, dass alle Beschäftigten, für Beiträge bei der Rentenversicherung gezahlt werden (auch prekär-Beschäftigte) einen Anspruch auf Reha-Leistungen durch die Rentenversicherung haben. Für Nicht-Beschäftigte, für Rentenversicherungsbeiträge wegen des Bezugs von Pflegegeld gezahlt werden, ist die GKV zuständig. An dieser Stelle fehlt eine transparente und leicht zugängliche Darstellung der Zuständigkeiten.

Die gesetzlichen Krankenkassen beschäftigen sich mit dem Thema pflegende Angehörige in Form von Modellprojekten und eigenen Datenanalysen (z. B. die Techniker Krankenkasse (mündliche Mitteilung), die Siemens BKK: Billinger et al. 2011, AOK: Gröning et al. 2011). Dennoch ist auch hier überwiegend nicht bekannt, wann es sich bei Antragstellern um pflegende Angehörige handelt. Einige Krankenkassen verfügen über Listen von Einrichtungen, die Pflegebedürftige mit aufnehmen können, mit dem Ziel eine passende Zuweisung zu ermöglichen. Jedoch sind diese Prozesse noch nicht in die Routine übergegangen und auch nicht flächendeckend und bei allen Krankenkassen etabliert.

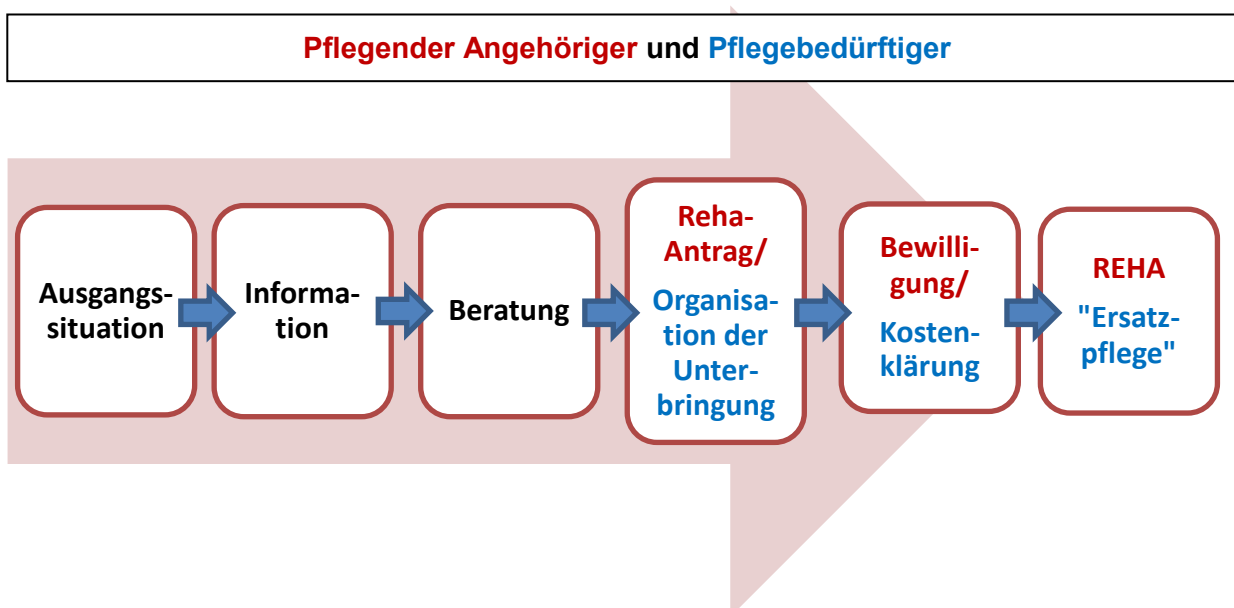
Insgesamt ist der Personenkreis der pflegenden Angehörigen aufgrund der fehlenden systematischen Erfassung dieses Kontextfaktors bei der Antragstellung von Reha- und Vorsorgeleistungen weitgehend unsichtbar. Es gibt keine Daten oder Informationen zur Anzahl der gestellten Anträge oder über gezielte Zuweisungen zu spezifisch auf diese Zielgruppe ausgerichteten Maßnahmen. Ganz überwiegend werden an dieser Stelle Einzelfallentscheidungen getroffen, wenn die Problematik bei einem Versicherten wahrgenommen wird.

Obwohl also der Bedarf vorhanden ist (mindestens in einem ähnlichen Anteil wie bei der übrigen Bevölkerung, vermutlich aber in höherem Maße) und die entsprechenden Angebote in den Kliniken relativ leicht zu schaffen wären (siehe Kapitel 7.2.3) oder schon vorhanden sind, finden Angebot und Nachfrage nicht zueinander.

Neben der fehlenden Erfassung durch die Kostenträger, als der die Zuweisung steuernden Schnittstelle, lassen sich jedoch noch weitere Faktoren ausfindig machen, die die Inanspruchnahme von Reha- und Vorsorgemaßnahmen durch pflegende Angehörige erschweren.

Um diese Faktoren darstellen zu können bedarf es einer näheren Betrachtung der Rahmenbedingungen und Prozesse, die auf komplexe Weise zusammenwirken müssen, wenn ein pflegender Angehöriger eine Reha-Maßnahme in Anspruch nehmen soll.

Abb. 10: "Vom Bedarf zur Reha" – Pflegender Angehöriger und Pflegebedürftiger

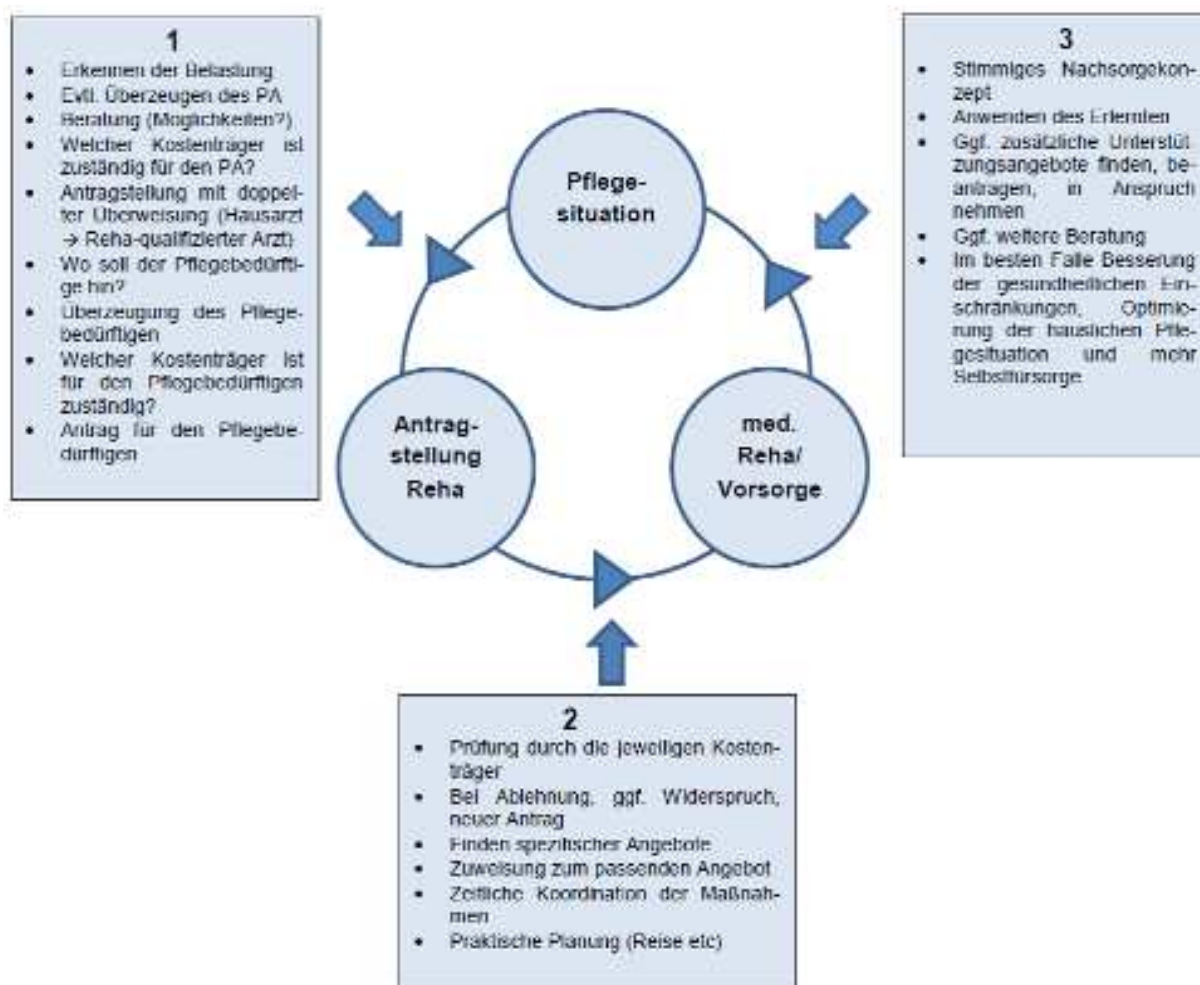


Die simple Gleichung „Bedarf + Angebot = Reha-Maßnahme“ geht nicht auf und die Annahme, dass kein Handlungsbedarf bestehe, da das vorhandene Angebot ja nicht ausgeschöpft werde, ist nicht haltbar. Vielmehr gibt es vielfältige Hemmnisse in den Prozessen, die den Zugang erschweren.

Anhand der dargestellten Prozesskette, in der sich auch die in Kapitel 6 systematisch beschriebenen Bedarfe aus dem Umfeld von Reha-Maßnahmen für pflegende Angehörige wieder finden (siehe Tabelle 3) wird im Folgenden aufgezeigt, wie die einzelnen Glieder der Kette mit Leben gefüllt und verknüpft werden müssen, damit der pflegende Angehörige die Reha-Maßnahme antreten kann und welche Barrieren hier beseitigt werden sollten. Wie am Ende deutlich werden wird, ist es die Qualität dieser Prozesse, die über die erfolgreiche Inanspruchnahme einer Reha-Maßnahme wesentlich entscheidet und weniger das Fehlen von Strukturen.

Beispielhaft zeigt Abbildung 11 eine Auswahl der Fragestellungen, die in diesem Zusammenhang beantwortet werden müssen. Wenn nur eine der unter 1 und 2 genannten Fragen/Problemfelder nicht positiv beantwortet oder gelöst werden kann, wird der pflegende Angehörige vermutlich eine Maßnahme nicht antreten (können). Der Reha-Erfolg wird von Faktoren aus 3 wesentlich mitbestimmt.

Abb. 11: Fragestellungen und Herausforderungen auf dem Weg vom Bedarf zur Reha



9.1 Ausgangslage des pflegenden Angehörigen und des Pflegebedürftigen

Sofern pflegende Angehörige aufgrund einer eigenen, von der Pflegesituation unabhängigen Erkrankung oder aufgrund Pflege-bedingter Überlastung eine medizinische Reha-Maßnahme oder Vorsorgeleistung antreten müssen, stehen sie – trotz vorhandener Motivation – der Frage gegenüber, ob es ein passendes Angebot für sie gibt, ob und wie sie in der Zeit ihrer Abwesenheit ihren Angehörigen versorgt bekommen, wer wofür die Kosten übernimmt, wie sie den organisatorischen Aufwand bewältigen sollen usw. Hinzukommen können psychische und/oder soziale Hemmschwellen, den Pflegebedürftigen in eine externe Pflege zu geben, der dies vielleicht nicht möchte, und Ängste hinsichtlich einer Verschlechterung seines Zustandes in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung oder anderweitigen Ersatzpflege. In der Regel steht der Angehörige an dieser Stelle auch vor der Entscheidung, das Jahresbudget an Kurzzeitpflege (drei Wochen) für die Reha-Maßnahme aufzuwenden und damit kaum noch Freiraum für anderweitige Entlastung zu haben (z. B. Urlaub). Hier besteht ein deutlicher Unterschied zu Arbeitnehmern, die für eine stationäre Maßnahme nicht ihren Urlaub aufwenden müssen. Eine gewisse Parallele besteht zu Müttern und Vätern, für die es aktuell jedoch mehr zuverlässige und strukturierte Möglichkeiten gibt, ihre Kinder zur Maßnahme mitzunehmen (z. B. Mutter-Kind-Kuren).

Die im aktuellen Koalitionsvertrag vorgesehene Einführung von Budgets für die verschiedenen Leistungen der Pflegeversicherung (Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege etc.) ermöglichen an dieser Stelle eine größere Flexibilität und sind zu begrüßen (Bundesregierung 2013). Darüber hinaus sollte die Kurzzeitpflege, die während einer stationären Behandlung eines pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen wird, nicht auf das Kurzzeitpflegekontingent angerechnet werden.

Die Ausgangslage für den pflegenden Angehörigen und den Pflegebedürftigen ist durch die Problematik der gleichzeitigen Versorgung des Pflegebedürftigen noch viel komplexer. Gleichzeitig hat der pflegende Angehörige in der Regel weniger Valenzen sich um die oft wenig transparenten organisatorischen und bürokratischen Vorgänge zu kümmern. Oft wird die Beantragung einer Reha-Leistung selbst zur Belastung, die angesichts der Priorität, die die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Regel hat, nicht mehr bewältigt wird.

9.2 Information

Zunächst braucht der pflegende Angehörige zuverlässige und leicht zugängliche Informationen über seine Möglichkeiten und Rechte. Gemeint ist an dieser Stelle keine umfassende Beratung, sondern das aufsuchende, proaktive Mitteilen, welche Hilfs- und Unterstützungsangebote es für ihn gibt und die Herstellung eines Kontaktes zu einer Beratungsmöglichkeit.

Hierfür kommen Personen in Frage, die ohnehin regelmäßig Kontakt zum Pflegenden haben, seine Situation kennen und auch Veränderungen der Lage erkennen und einschätzen können.

9.2.1 Die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte

An erster Stelle ist hier der Hausarzt zu nennen, der optimalerweise als „Family Doctor“ die ganze Familie kennt und betreut. Eine aktuelle Promotionsarbeit am Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Universität Magdeburg (Lichte, Expertengespräch) beschäftigt sich im Rahmen einer Umfrage bei Hausärzten mit deren Rolle und Selbstverständnis bei der Versorgung pflegender Angehöriger. Die Arbeit ist noch nicht abgeschlossen, könnte aber wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung der hausärztlichen Aufgaben in dieser Hinsicht er-

geben. Das Werkstatt-Projekt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, das die Rolle der Hausärzte an dieser Stelle stärken möchte, wurde bereits in Kapitel 6.1 beschrieben.

Eine Sensibilisierung der Hausärzte für die Situation der pflegenden Angehörigen sowie die Vermittlung von Kompetenzen in deren Betreuung erscheint dringend erforderlich. Standards für die Versorgung pflegender Angehöriger könnten z. B. sein: Identifikation fester Ansprechpartner für deren Belange in der Praxis, kontinuierliche Kontakte und evtl. Anwendung von Assessments zum Erkennen von Krisensituationen, Vorhalten bestimmter Informationen für pflegende Angehörige in den Praxen, z. B. zu Vorsorgeleistungen, Entlastungsangeboten vor Ort, Zusammenarbeit mit Beratungsstellen und ehrenamtlichen Pflegebegleitern, psychosomatische Mitversorgung, Unterstützung bei Reha-Anträgen etc. Zu beachten ist hierbei, dass Hausärzte für eine derartig umfangreiche Betreuung (je Schwierigkeit bis hin zum Case-management) derzeit keine Abrechnungsmöglichkeit haben, so dass eine Motivation, hier in Personal und Zeit zu investieren aktuell zumindest aus finanzieller Sicht nicht unbedingt gegeben ist.

9.2.2 Die Rolle des Pflegedienstes

Falls die pflegenden Angehörigen die Pflege nicht komplett selbst übernommen haben, sondern ein häuslicher Pflegedienst involviert ist, kann und sollte auch dieser für die Situation der pflegenden Angehörigen sensibilisiert sein und entsprechende Informationen aktiv an die Pflegenden herantragen. Zwar hat der Pflegedienst kein Mandat für eine Reha-Beratung, er kann aber besondere Belastungssituationen, eventuell mit Hilfe einfacher Assessments (ob dies sinnvoll ist, müsste geprüft werden), erkennen und weiterführenden Maßnahmen einleiten.

Da nicht selten auch Konflikte zwischen den professionell Pflegenden und den informell Pflegenden auftreten (sog. Pflegedreieck), die möglicherweise einen förderlichen Kontakt beeinträchtigen, sollten Fortbildung und Kompetenzerweiterung des Pflegedienstes dieses Interaktionsfeld besonders berücksichtigen und die Rolle und das Befinden der pflegenden Angehörigen ausdrücklich mit in seine Tätigkeit einbeziehen. Für diese Aufgabe steht aktuell allerdings möglicherweise ebenfalls keine ausreichende Abrechnungsmöglichkeit zur Verfügung.

9.2.3 Pflegeberatung nach §37 SGB XI

Wenn Pflegegeld beantragt wird und kein häuslicher Pflegedienst involviert ist, ist eine Pflegeberatung nach §37 an die Pflegenden obligatorisch. In dieser Situation besteht die Möglichkeit, den pflegenden Angehörigen zu Beginn einer Pflegesituation wichtige Informationen zukommen zu lassen, die nicht nur den Pflegebedürftigen betreffen, sondern auch den pflegenden Angehörigen und seine Möglichkeiten und Ansprüche auf Entlastung.

Wichtig ist an dieser Stelle eine Sensibilisierung der Beraterinnen und Berater für die Situation der pflegenden Angehörigen und ihre Belastungen und damit eine Erweiterung des Beratungsfokus auf die Belange dieser Zielgruppe. Der Erstkontakt sollte unbedingt genutzt werden, um frühzeitig und proaktiv zu informieren.

Die inhaltlichen Beratungsdetails, für die die Pflegeberatung nach §37 SGB XI zuständig ist, werden im Kapitel 9.3.1 dargestellt.

9.2.4 Die Rolle des Medizinischen Dienstes

Der Medizinische Dienst ist ebenfalls – zumindest bei Erstbeantragung oder Antrag auf Veränderung der Pflegestufe – verpflichtend vor Ort und auch angehalten, die Belange der pflegenden Angehörigen zu berücksichtigen. Auch diese Kontakte sollten genutzt werden, um ein Bild über die Belastungen, die Coping-Strategien, eventuelle Belastungsfolgen und Entlastungsbedarf zu bekommen. Von Vorteil ist hier, dass der MDK die fachliche Kompetenz hat, eine Indikation für eine medizinische Reha- oder Vorsorgeleistung zu stellen. Allerdings liegt hier nicht Schwerpunkt seines Auftrages, der sich aktuell weitgehend auf den Pflegebedürftigen beschränkt. Hier ist in der Praxis ebenfalls eine Sensibilisierung für die pflegenden Angehörigen wünschenswert, damit der MDK seinem Auftrag, die Belange der Pflegenden zu berücksichtigen, verstärkt nachkommt. Dieser Auftrag könnte auch erweitert werden, z. B. wäre eine Dokumentation der Einschätzung der Belastungen durch die Pflege möglich, evtl. auch die Durchführung eines praktikablen Assessments. Eine Auswertung dieser Daten würde zudem eine Einschätzung von Belastungsfolgen und des Bedarfs an Entlastung ermöglichen.

Damit die stärkere Berücksichtigung der pflegenden Angehörigen durch den Medizinischen Dienst auch praktische Relevanz entfaltet, muss sichergestellt werden, dass die Belastungen nicht lediglich dokumentiert werden, sondern dass diese Dokumentationen auch als Grundlage weiteren Handelns genutzt werden.

9.3 Beratung

Im Rahmen der häuslichen Pflege spielen aufgrund der komplexen organisatorischen und bürokratischen Gegebenheiten einerseits und der geschilderten Belastungen und Entlastungsbedarfe bei den Pflegenden andererseits Beratungsleistungen eine wichtige Rolle. Die Strukturen für die Erbringung dieser Leistungen sind in Form unterschiedlicher, teilweise verpflichtender Beratungen vorhanden. Aufgrund ihrer Bedeutsamkeit, aber auch um einen Überblick über die vorhandenen Angebote zu erhalten, werden die verschiedenen Beratungsmöglichkeiten hier im Einzelnen dargestellt (die für die pflegenden Angehörigen bedeutsamen Passagen wurden von den Autoren hervorgehoben).

9.3.1 Beratung nach §37 SGB XI – verpflichtende Pflegeberatung

„(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal,
2. bei Pflegestufe III vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. **Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.** Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 21 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 31 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erhebli-

cher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach §45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach §45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegestufen I und II nach Satz 4. In diesen Fällen kann die Beratung auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen wahrgenommen werden, ohne dass für die Anerkennung eine pflegefachliche Kompetenz nachgewiesen werden muss.

(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte **haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen**, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.“ (§37 Abs 3-6, SGB XI)

Zur Sicherung und Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen müssen alle, die nur Pflegegeld beziehen zweimal im Jahr (bei Pflegestufe III in jedem Quartal) einen Pflegedienst kommen lassen. Ziel dieser Beratungen, "Pflegeeinsätze" oder "Qualitätssicherungsbesuche" ist einerseits die Beratung. Häufig werden in der Praxis Fragen zu Höherstufung, Hilfsmittelbeschaffung, Hebetekniken oder zur Schmerztherapie angesprochen.

Wenn regelmäßiger Hilfebedarf besteht, aber nicht die Voraussetzungen für die Pflegestufe I erfüllt werden (das wird oft Pflegestufe 0 genannt), können diese Beratungen auch in Anspruch genommen werden. Andererseits dienen diese Beratungseinsätze dazu, den Missbrauch des Pflegegeldes zu verhindern. Immer wieder gab es in der Vergangenheit Schlagzeilen, weil Menschen unter schrecklichen Bedingungen leben mussten, obwohl Pflegegeld zur Verfügung stand. Missbrauch soll durch diese Pflicht zur Beratung in der eigenen Wohnung erschwert werden.)“

9.3.2 Beratung nach §7a SGB XI

Die Beratung nach §7a SGB XI kann in Pflegestützpunkten, deren Ausgestaltung im Detail im §92 c SGB XI geregelt ist, oder alternativ in eigenen Beratungsstellen der Pflegekassen stattfinden.

„Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). **Aufgabe der Pflegeberatung** ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf **die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen** einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Der Versorgungsplan beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 2 Nr. 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. **Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen.** Eine **enge Zusammenarbeit** mit anderen Koordinierungsstellen, **insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach §23 des Neunten Buches**, ist sicherzustellen. Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; §80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Vor dem 1. Januar 2009 kann Pflegeberatung gewährt werden, wenn und soweit eine Pflegekasse eine entsprechende Struktur aufgebaut hat. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach §92c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.

(2) Auf Wunsch erfolgt die Pflegeberatung unter **Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen** und Lebenspartnern, und **in der häuslichen Umgebung** oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt. Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet.

(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und

Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen gibt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. August 2008 Empfehlungen ab. Die Qualifikationsanforderungen nach Satz 2 müssen spätestens zum 30. Juni 2011 erfüllt sein.

(4) Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen bis zum 31. Oktober 2008 zu treffen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; §81 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekassen und die gesetzlichen Krankenkassen können zur Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen. Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach §46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.

(5) Zur Durchführung der Pflegeberatung können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Personen nutzen. Dies setzt eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen voraus. Soweit Vereinbarungen mit den Pflegekassen nicht zustande kommen, können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen treffen.

(6) Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befaste Stellen, insbesondere

1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,
2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach §77,
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie
5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende, dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegeberatung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(7) Über die Erfahrungen mit der Pflegeberatung legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2011 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor. Er kann hierzu Mittel nach §8 Abs. 3 einsetzen.

9.3.3 Beratung durch die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation

§23 SGB IX:

„(1) Die Rehabilitationsträger stellen unter Nutzung bestehender Strukturen sicher, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen bestehen. Gemeinsame Servicestellen können für mehrere kleine Landkreise oder kreisfreie Städte eingerichtet werden, wenn eine ortsnahe Beratung und Unterstützung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gewährleistet ist. In den Ländern Berlin, Bremen und Hamburg werden die Servicestellen entsprechend dem besonderen Verwaltungsaufbau dieser Länder eingerichtet.

(2) Die zuständigen obersten Landessozialbehörden wirken mit Unterstützung der Spitzenverbände der Rehabilitationsträger darauf hin, dass die gemeinsamen Servicestellen unverzüglich eingerichtet werden.

(3) Die gemeinsamen Servicestellen werden so ausgestattet, dass sie ihre Aufgaben umfassend und qualifiziert erfüllen können, Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen und Wartezeiten in der Regel vermieden werden. Hierfür wird besonders qualifiziertes Personal mit breiten Fachkenntnissen insbesondere des Rehabilitationsrechts und der Praxis eingesetzt. §112 Abs. 3 ist sinngemäß anzuwenden.

(4) In den Servicestellen dürfen Sozialdaten nur erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach §22 Abs. 1 erforderlich ist.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat im Juli 2010 eine „Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen“ vereinbart und veröffentlicht (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2010). Dort wird die zentrale Aufgabe der Servicestellen festgelegt: „Die Gemeinsamen Servicestellen gewährleisten umfassende, qualifizierte und individuelle Beratung zu allen Fragen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe“. Diese Beratung betrifft behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Im Hinblick auf die pflegenden Angehörigen ist besonders bedeutsam, dass die Servicestellen „aktiv den Kontaktaufbau und die Kontaktpflege“ betreiben sollen zu den Pflegestützpunkten, zu Ärzten, Gutachtern und Fachkräften in der Rehabilitation, zu Leistungserbringern und weiteren Partnern. Beratungsinhalte betreffen Informationen über Leistungsvoraussetzungen und Leistungen der Rehabilitationsträger einschließlich Inhalt, Ablauf und Zuständigkeit, Bedarfsklärung, Beratung zu Verwaltungsabläufen, Inanspruchnahme von Leistungen, unterstützende Begleitung und Koordination z. B. bei unterschiedlichen Reha-Trägern usw.

Aufgrund der geschilderten Aufgaben und Kompetenzen sind/wären die Gemeinsamen Servicestellen prädestiniert für die Beratung pflegender Angehöriger. Pflegende Angehörige sind jedoch bei den Servicestellen als Thema/Zielgruppe derzeit unterschiedlich präsent. Eine stichprobenartige (jedoch nicht repräsentative!) Anfrage unsererseits (Anruf von 12 Servicestellen unterschiedlicher Träger) ergab, dass bei den Servicestellen diesbezüglich offenbar nicht oft nachgefragt wird und dass spezifische Informationen zum Beispiel zu Angeboten für die Zielgruppe pflegender Angehöriger oder zur Mitnahmemöglichkeit von Pflegebedürftigen nicht zentral vorliegen und oft nur durch eigene Recherche der bei den Trägern zuständigen Stellen zu beschaffen sind.

9.3.4 Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass grundsätzlich die Strukturen für eine suffiziente Beratung der pflegenden Angehörigen nicht nur im Hinblick auf die Pflegebedürftigen, sondern auch im Hinblick auf ihre eigenen Belange, vorhanden sind. Die konkrete Ausgestaltung weist allerdings nach Auskunft von Experten regional große Unterschiede auf und oft sind nicht alle benötigten Kompetenzen an einer Stelle verfügbar. Wünschenswert wäre eine Vereinheitlichung der Beratungsleistungen mit Zusammenführung verschiedener Kompetenzen. So sollte eine Beratung zu Versicherungsleistungen ebenso möglich sein wie zu Entlastungsangeboten vor Ort, Reha- und Vorsorgemaßnahmen oder psychologische Unterstützung. Die Fachkompetenzen von Pflege, Sozialarbeit, Psychologie/Psychotherapie und Versicherungswirtschaft sollten zusammen mit ehrenamtlichen Angeboten vorhanden sein und neben der Beratung bedarfsweise sowohl eine kontinuierliche Pflegebegleitung als auch eine wirkungsvolle Krisenintervention (siehe Kapitel 11.2) ermöglichen. Wie auch im aktuellen Koalitionsvertrag (Bundesregierung 2013, S.85/86) angesprochen, ist eine kommunale Organisation einer solchen Infrastruktur wünschenswert, um die Angebote lokal besser zu bündeln und zu vernetzen und damit einen möglichst niederschweligen Zugang zu gewährleisten.

9.4 Antragstellung

Wie bereits beschrieben, besteht eine besondere Schwierigkeit für den pflegenden Angehörigen im Falle der Notwendigkeit einer medizinische Reha-Maßnahme darin, dass er nicht nur sein eigenes Antragsverfahren in die Wege leiten, sondern sich zusätzlich auch um die Versorgung des Pflegebedürftigen kümmern muss.

Die unterschiedlichen Möglichkeiten der Versorgung des Pflegebedürftigen mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen und Problemen wurden bereits in Kapitel 7.5 ausführlich dargelegt. An dieser Stelle wird die mit der Versorgung des Pflegebedürftigen zusammen hängende Problemstellung daher nur gestreift.

Folgende Probleme und Barrieren treten bei der Antragstellung auf:

9.4.1 Antragsformalitäten

Die doppelte Antragstellung für eine Kostenübernahme („Reha/Ersatzpflege“) stellt oft einen hohen zusätzlichen bürokratischen Aufwand dar

Die Zuständigkeiten der Kostenträger und die Antragsformalitäten (bei wem was wann mit welchem Formular beantragen?) sind oft nicht transparent. Eigene Nachfragen bei unterschiedlichen Beratungsstellen im Rahmen der Recherche ergaben nicht selten widersprüchliche Aussagen oder es wurde die Auskunft erteilt, der Sachverhalt müsse erst „im back-office“ geklärt werden.

9.4.2 Zuständigkeiten

Insbesondere die Zuständigkeit für die Reha-Maßnahmen von prekär Beschäftigten muss an auffindbarer Stelle eindeutig und für alle verbindlich klar dargelegt werden, so dass ein „Hin- und herschicken“ von Antragstellern vermieden wird. Zwar besteht bereits heute nach §14 SGB IX eine Verpflichtung der Rehabilitationsträger, Reha-Anträge, die in den Zuständigkeitsbereich eines anderen Kostenträgers fallen, direkt an den zuständigen Träger weiterzu-

leiten. Nichtsdestotrotz gab es im Rahmen der Expertengespräche die Rückmeldung, dass Anträge mit der Begründung mangelnder Zuständigkeit abgelehnt worden seien.

Neben der rechtlichen Zuständigkeit ist auch die zeitliche Koordination – insbesondere, wenn unterschiedliche Kostenträger für den Pflegenden und den Pflegebedürftigen zuständig sind – eine Schwierigkeit. In den Expertengesprächen wurden mehrfach Fälle geschildert, in denen eine Kostenzusage zum jeweiligen Zeitpunkt nur für entweder den Pflegenden oder den Pflegebedürftigen vorlag, so dass eine gemeinsam Aufnahme z. B. in ein Alzheimer Therapiezentrum mit Behandlungsmöglichkeiten für beide nicht realisiert werden konnte. Insbesondere die Zusammenarbeit der Servicestellen und der Pflegestützpunkte in der Beratung sollte wie in der Rahmenvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation vorgesehen stattfinden. Eine Zusammenlegung dieser beiden Institutionen, sofern sie lokal jeweils vorhanden sind, wäre denkbar, möglicherweise sinnvoll und sollte geprüft werden.

Die Möglichkeit einer gemeinsamen Antragstellung für den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen auch bei unterschiedlichen Indikationen (z. B. Reha für Pflegebedürftigen und Vorsorgeleistung für pflegenden Angehörigen) sollte geprüft werden. Eine zentrale Antragstelle könnte die Anträge dann an den jeweils zuständigen Kostenträger weitergeleiten.

9.4.3 Antragsformulare: Muster 60/61 und G100

Die Antragsformulare für Reha- und Vorsorgeleistungen der GKV (Muster 60/61) und der DRV (G100) sollten dahin gehend überarbeitet werden, dass der Kontextfaktor „pflegender Angehöriger“ systematisch erfasst wird. Eine Erfassung wie sie – vermutlich- in der Reha-Einrichtung selbst z. B. durch den Sozialdienst oder den behandelnden Psychologen im Rahmen der Analyse von Belastungsfaktoren und der Therapieplanung stattfindet, ist nicht ausreichend, da sie für eine bedarfsgerechte Zuweisung in die passende Einrichtung zu spät kommt. Eine systematische Erfassung bei Antragstellung würde darüber hinaus eine Analyse der Bedarfslage hinsichtlich spezifischer Angebote für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen ermöglichen.

9.4.4 Reha-Verordnung durch qualifizierten Vertragsarzt

Im Rahmen der Antragstellung muss der behandelnde Hausarzt, sofern er nicht über eine entsprechende Zusatzqualifikation verfügt, an einen Kollegen mit Qualifikation zu Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation überweisen. Dies stellt für den pflegenden Angehörigen eine zusätzliche Hürde dar, zumal er von einer Person beurteilt wird, die seine häusliche Situation nicht persönlich kennt. Da der soziale Kontext im Falle der pflegenden Angehörigen jedoch ein bedeutsame Rolle spielt, wäre hier die Frage, ob nicht ein Hausarzt, der die Familie kennt (ggf. mit speziellen Kompetenzen in der Betreuung pflegender Angehöriger (siehe Kapitel 6.1) ebenso qualifiziert wäre, eine Reha-Maßnahme oder stationäre Vorsorgeleistung für pflegende Angehörige zu verordnen.

9.5 Bewilligung und Kostenübernahme

Wie bereits dargestellt, sind die Zuständigkeiten und Abgrenzungen zwischen DRV und GKV nicht allen beteiligten Akteuren in ausreichendem Maße bekannt. Dies führt zu unnötigen Verzögerungen und im Zusammenhang mit den sonstigen bürokratischen Hürden bei der Antragstellung nicht selten dazu, dass pflegende Angehörige wegen zu vieler Barrieren den Antrag fallen lassen und auf eine Maßnahme verzichten.

9.5.1 Bewilligungsvorbehalt

Die Kostenübernahme für Reha-Maßnahmen unterliegt dem sog. Bewilligungsvorbehalt. Dies betrifft alle Reha-Maßnahmen und damit auch die Anträge von pflegenden Angehörigen. Stationäre Reha- und Vorsorgeleistungen nehmen also gegenüber Leistungen in Akutkrankenhäusern eine Sonderstellung ein, da die Kostenübernahme für Reha-Maßnahmen nach entsprechender Prüfung vom jeweiligen Kostenträger abgelehnt werden kann. Diese Prüfung, die meist patientenfern und „auf dem Papier“ stattfindet, folgt einerseits definierten Kriterien, andererseits besteht in gewissen Grenzen ein Interpretationsspielraum bei der Bewilligung und Begutachtung. Speziell bei pflegenden Angehörigen wie auch bei Müttern oder Vätern können hier – insbesondere bei den stationären Vorsorgeleistungen - Schwierigkeiten bei der Indikationsstellung insofern entstehen, als familiäre Kontextfaktoren eine besondere Rolle bei dem vorliegenden Beschwerdekomples spielen, die oft nicht ausreichend über Diagnosen abgebildet werden können. Arnold-Kerri schlägt bei den Müttern deshalb ein „Spezifisches Leitsyndrom als Rahmenindikation“ für eine stationäre Vorsorgemaßnahme vor (Arnold-Kerri 2005). Analog könnte ein spezifisches Leitsyndrom für pflegenden Angehörige definiert werden oder insgesamt für „Sorgearbeitleistende“ (siehe Kapitel 11.1) Dies ermöglicht einerseits eine realistischere Abbildung der tatsächlichen Problemlage und vermeidet andererseits eine Pathologisierung durch eine Aneinanderreihung von Einzeldiagnosen oder ein Diagnose-„Upgrading“.

Entsprechend der Handhabung bei den Mutter-/Vater-Kind-Kuren, bei denen der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht gilt, sollte dies auch für die pflegenden Angehörigen gelten.

Für die Bearbeitung von Anträgen ist das Begutachtungsverfahren des MDK bedeutsam. Das PNG sieht bei medizinischen Reha- und Vorsorgeleistungen eine besondere Berücksichtigung pflegender Angehöriger vor. Dies setzt einerseits voraus, dass dem MDK bekannt ist, dass es sich beim Antragsteller um einen pflegenden Angehörigen handelt (siehe Kapitel 9.4.3). Zum anderen sollte die Art und Weise, in der die besondere Berücksichtigung umgesetzt werden soll, in die Begutachtungsrichtlinie des MDS Eingang finden, ebenso wie dies für die Mutter-/Vater-/Kind-Maßnahmen der Fall ist. Eine diesbezügliche Überarbeitung sollte kurzfristig angestrebt werden.

9.5.2 Interessenskonflikte zwischen Reha-Kostenträger und Pflegeversicherung

Bei der Kostenübernahme von Reha- und Vorsorgeleistungen für Pflegende und für pflegende Angehörige ist außerdem bedeutsam, dass insbesondere die GKV an dieser Stelle Leistungen erbringt, die der Pflegeversicherung Einsparungen bringen, ohne dafür einen Ausgleich zu erhalten. Die Aufrechterhaltung der häuslichen Pflegesituation kann z. B. dazu führen, dass Leistungen für die medizinische Pflege anfallen, die von der GKV bezahlt werden, wohingegen eine Heimunterbringung diese Kosten zur Pflegeversicherung verschiebt (die GKV gibt jährlich 4 Mrd. Euro für medizinische Behandlungspflege/häusliche Krankenpflege aus (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2013b). Im Pflegereport der BARMER-GEK 2013 wird dieser Anreiz der (wettbewerblich agierenden) GKV ebenfalls thematisiert, die stationäre Pflegen gegenüber der häuslichen Pflege aus Kostengründen zu präferieren (Rothgang et al. 2013).

Ein weiterer Interessenskonflikt besteht in einer Verbesserung der Pflegestufe durch eine Reha-Maßnahme des Pflegebedürftigen. Dies bringt Einsparungen für die Pflegekasse ohne Vorteile für die GKV. Eine Trennung von GKV und Pflegeversicherung erschien bereits im Jahre 2005 dem Sachverständigenrat in einer Stellungnahme zum Thema Pflege aus Grün-

den finanzieller Fehlanreize nicht sinnvoll (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2006). Diese Ansicht unterstützten auch zahlreiche Experten, die im Rahmen des Gutachtens befragt wurden.

9.5.3 Ablehnungsraten

Eine Analyse der Ablehnungsraten der Kostenträger DRV und GKV ergab, dass von der DRV im Jahre 2011 20% der eingegangenen Anträge auf medizinische Rehabilitation abgelehnt wurden (Deutsche Rentenversicherung Bund 2012). Laut KG5 Statistik (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2013c) hat die GKV im Jahre 2012 21% der eingegangenen Anträge auf stationäre Vorsorgeleistungen und 16% der Anträge auf medizinische Rehabilitation abgelehnt.

9.5.4 Zuweisung

Einige Krankenkassen verfügen bereits über Listen mit Einrichtungen, die es ermöglichen, dass im Falle einer Maßnahme eines pflegenden Angehörigen der Pflegebedürftige mitgebracht und versorgt werden kann, so dass diesbezüglich in gewissen Umfang eine gezielte Zuweisung möglich ist. Die wenigsten Kostenträger scheinen bislang aber über entsprechende Informationen zu den spezifischen Angeboten für pflegende Angehörige in den einzelnen Leistungsbereichen zu verfügen. Eine Möglichkeit, diese Informationen auf relativ einfache Weise und aktuell zu erhalten, wäre die Aufnahme entsprechender Zuweisungskriterien in die Strukturfassung des QS-Reha[®]-Verfahrens der GKV und des entsprechenden Strukturhebungsinstruments der Rentenversicherung. Dort könnte nach den Aufnahmemöglichkeiten Pflegebedürftiger und nach den spezifischen Angebotselementen gefragt werden. Diese Informationen würden dann direkt für jeden Leistungsbereich vorliegen.

9.6 Rehabilitation

Die zielgruppenspezifischen Angebote der Reha-Einrichtungen wurden in Kapitel 7 ausführlich dargestellt und bezogen auf verschiedene Leistungsbereiche in ihren jeweiligen Besonderheiten geschildert. Die fachliche Expertise der Einrichtungen und die Grundsätze der Rehabilitation ermöglichen relativ einfach die Schaffung und den Ausbau von indikationspezifischen medizinischen Reha-Angeboten wie auch von Vorsorgeleistungen. Die Organisation der Mitversorgung des Pflegebedürftigen kann je nach den vorliegenden Voraussetzungen intern oder extern geregelt werden und dürfte ebenfalls kein größeres Hindernis für Schaffung von Angeboten sein.

Die größte Barriere ist die Abhängigkeit von der Zuweisung entsprechender Patientinnen und Patienten durch die Kostenträger, die wiederum davon abhängig ist, dass pflegende Angehörige tatsächlich Anträge stellen und die Kostenträger sie entsprechend als pflegende Angehörige erkennen, zuordnen und bei bestehender Indikation eine passgenaue Zuweisung veranlassen. Eine gesetzliche Vorgabe, dass auch die Rentenversicherung pflegende Angehörige besonders berücksichtigen soll, würde es auch schwerpunktmäßig DRV-belegten Kliniken erleichtern entsprechende Angebote zu entwickeln. Bislang findet sich eine entsprechende Passage nur im SGB V (GKV) und nicht im SGB VI (DRV) und auch nicht trägerübergreifend im SGB IX (Rehabilitation).

Ein flächendeckendes Angebot mit der Möglichkeit der wohnortnahen Zuweisung hat den Vorteil, dass die Kliniken sich lokal vernetzen können und dann auch über Entlastungs- und Nachsorgemöglichkeiten vor Ort informiert sind und dieses Wissen weiter vermitteln können.

Wünschenswert wäre eine Evaluation der stationären Maßnahmen für pflegende Angehörige, um einen Wirksamkeitsnachweis zu erbringen und die Angebote weiter entwickeln zu können (siehe Kapitel 11.3).

9.7 Fazit: „Vom Bedarf zur Reha“

Grundsätzlich sind alle Strukturen zu den jeweiligen Bedarfen vorhanden. Angaben zur regionalen Verteilung und Mengenanalysen können im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht gemacht werden, jedoch erscheint es möglich, aufgrund der bisher etablierten Strukturen bei Vorhandensein der entsprechenden Rahmenbedingungen weitere Angebote zu schaffen.

Die auf dem Weg vom Bedarf zur Reha anzutreffenden Probleme betreffen nicht fehlende Strukturen, sondern eine Reihe von Prozessen, die ineinandergreifend funktionieren müssen, um die Inanspruchnahme einer Reha- oder Vorsorgeleistung durch pflegende Angehörige möglich zu machen. Hierzu gehören:

- die Identifikation und das Sichtbarmachen von pflegenden Angehörigen z. B. auch als Antragsteller von Reha- und Vorsorgeleistungen
- die Information über zielgruppenspezifische Angebote,
- die Definition primärer Anlaufstellen und Koordination weiterer Maßnahmen
- die Vereinheitlichung der Beratungsleistungen,
- die Möglichkeit einer kontinuierlichen Pflegebegleitung
- die Entbürokratisierung der Antragstellung für Reha- und Vorsorgeleistungen
- das Sicherstellen einer unkomplizierten und vollständigen Kostenübernahme für den pflegenden Angehörigen und die zeitgleiche Versorgung des Pflegebedürftigen
- die zielgerichtete Zuweisung in die passenden Einrichtungen
- Kurzzeitpflege und Ersatzpflegeangebote von guter Qualität, die eine adäquate Versorgung des Pflegebedürftigen sicher stellen, Vertrauen schaffen und Ängste abbauen helfen

9.8 Beteiligte Akteure und ihre jeweilige Rolle/Situation

Zusammenfassend beschreibt Tabelle 8 fasst die in den vorausgegangenen Abschnitten dargestellten Prozesse und die beteiligten Akteure mit ihren Stärken und Schwäche und stellt nochmals die Maßnahmen im Überblick zusammen, die sinnvoll wären, um die jeweiligen Akteure in die Lage zu versetzen oder zu motivieren, die beschriebenen Prozesse zu verbessern.

Tab. 8: Akteure und ihre Rollen bei einer Reha-Maßnahme für pflegende Angehörige in Abhängigkeit von der Stelle im Prozess „vom Bedarf zur Reha“

Akteure	Stärken	Schwächen/ Herausforderungen	Maßnahmen
Ausgangssituation			
Pflegender Angehöriger	Vorsorgemotivation oft vorhanden	fehlende Informationen zu Vorsorge- und Rehabilitationsangeboten sowie zur Mitnahme Pflegebedürftiger hoher organisatorischer Aufwand psychische und soziale Hemmschwellen	standardisierter Informations- und Beratungsprozess vor Ort
Pflegebedürftiger	Interesse an Erhalt der häuslichen Pflegesituation	Angst vor Veränderung Angst vor Verschlechterung in Kurzzeitpflege	qualitätsgesicherte (Kurzzeit-) oder alternative Ersatzpflege
Information			
Hausarzt	Fachliche Qualifikation zur Einschätzung der Gesundheit des pflegenden Angehörigen Nähe zur Pflegesituation Family Doctor aufsuchend	evtl. fehlende Sensibilisierung oft mangelnde Kenntnisse über und fehlende Vernetzung mit lokalen Unterstützungs- und Beratungsangeboten keine Vergütung für Case-Management Pflegender Angehöriger nicht im Fokus, wenn dieser nicht denselben Hausarzt hat	Sensibilisierung Fortbildung zu Unterstützungsstrukturen Vergütung
Pflegedienst	Nähe zur Pflegesituation aufsuchend	Fehlende Qualifikation und fehlendes Mandat für Reha-Beratung des pflegenden Angehörigen Kein Kontakt bei ausschließlich selbst organisierter Pflege	Sensibilisierung Fortbildung (Umgang mit dem Pflegedreieck, Krisenerkennung, Einleitung von Maßnahmen) Vergütung

Pflegeberatung nach §37 SGB XI	Qualität der Pflege überprüfen und sicherstellen proaktiv aufsuchend verpflichtend	(gesundheitliche) Situation des pflegenden Angehörigen selten im Mittelpunkt Nur wenn kein Pflegedienst in Anspruch genommen wird	Fokus auf pflegende Angehörige erweitern
MDK	Besondere Berücksichtigung der pflegenden Angehörigen im Kontext der Pflegesituation ist vorgesehen Fachlich kompetente Einschätzung z. B. von Reha-Bedarf ist möglich	Kein Fokus auf Reha- oder Vorsorgeempfehlung Keine Dokumentation oder Auswertungen zur Lage der pflegenden Angehörigen nur bei Veränderung der Pflegestufe Kontakt zur konkreten Pflegesituation oft von pflegenden Angehörigen kritisch gesehen	Sensibilität für die Situation der pflegenden Angehörigen fördern Fokus auf Reha- und Vorsorgeleistungen erweitern Konkrete Erhebung von Belastungsparametern bei pflegenden Angehörigen wäre denkbar
Beratung			
individuelle Pflegeberatung (§7a SGB XI)	multidisziplinär auf individuelle Bedarfe ausgerichtet	nur unmittelbar nach erstmaligem Antrag auf Leistungen nach SGB XI proaktiv, danach keine weitere Kontaktabahnung mehr kein explizites Mandat zur Beratung hinsichtlich der Gesundheit pflegender Angehöriger	Fokus auf wiederholte Kontakte Zusammenarbeit mit Gemeinsamen Servicestellen sicherstellen (rechtlich bereits verankert)
verpflichtende Pflegeberatung (§37 SGB XI)	proaktiv verpflichtend	kein explizites Mandat zur Beratung hinsichtlich der Gesundheit pflegender Angehöriger nur wenn kein Pflegedienst in Anspruch genommen wird	Mandat erweitern Krisenerkennung, Einleitung von Maßnahmen
Gemeinsame Servicestellen (§23 SGB IX)	Übergeordnete Beratung zu Reha, da verschiedene Sozialversicherungen vereint	Ausreichende telefonische Erreichbarkeit? unklar inwiefern Wissen zur med. Reha für pflegende Angehörige dort vorliegt; in jedem Fall ist Wissen stark trägerabhängig	Gemeinsame Datenbank mit Informationen zur Rehabilitation pflegender Angehöriger „one entry point“ für Anträge (pflegende Angehörige und Pflegebedürftige)?

Antragstellung			
Pflegender Angehöriger/ Pflegebedürftiger		doppelte Antragstellung (bzw. Klärung der Kostenübernahme)	„one entry point“ vereinheitlichtes Antragsverfahren
Hausarzt	Fachliche Qualifikation Nähe zur Pflegesituation Family Doctor	kein Einweisungsrecht u.U. keine Zusatzqualifikation mit Berechtigung zur Beantragung einer Rehabilitation, dann Überweisung an entsprechenden Arzt notwendig	Notwendigkeit einer Zusatzqualifikation für die Indikationsstellung einer Reha-Maßnahme überprüfen.
Arzt mit Zusatzqualifikation zur Beantragung einer Rehabilitation	Zusatzqualifikation mit Berechtigung zur Beantragung einer Rehabilitation	kein Einweisungsrecht keine Nähe zur Pflegesituation	
Bewilligung			
GKV	Zuständig für die Rehabilitation zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit und Behinderung, wenn keine andere Sozialversicherung zuständig breites Wissen zu den Angeboten der Rehabilitations-einrichtungen	unklar, inwiefern GKV auf das Thema „Pfle-gende Angehörige“ vorbereitet ist; erbringt Leistungen, die (auch) GPV nutzen, ohne einen Ausgleich zu erhalten; könnte Motivation für pflegende Angehörige aktiv zu werden negativ beeinflussen	Aufnahme der besonderen Berücksichtigung der pflegenden Angehörigen (nach PNG) in die Begutachtungs-RL Reha und Vorsorgeleistungen durch den GKV-SV Pflege eines Angehörigen in Muster 60/61 erfassen Gezielte Zuweisung von pflegenden Angehörigen in geeignete Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen implementieren bzw. ausbauen Klare Abgrenzung und Kommunikation der Zuständigkeit insbesondere hinsichtlich prekär Beschäftigter

Rentenversicherung	Zuständig für sozialversicherte erwerbstätige pflegende Angehörige	unklar, inwiefern DRV auf das Thema „Pflegerische Angehörige“ vorbereitet ist; hält sich für überwiegend nicht zuständig erbringt Leistungen, die GPV und evtl. auch GKV nutzen	Sensibilisierung und Einbezug in das Thema pflegende Angehörige Erfassung des Status „pflegender Angehöriger“ über das Reha-Antragsformular Gezielte Zuweisung in Kliniken mit spezifischen Angeboten Besondere Berücksichtigung der pflegenden Angehörigen auch bei Reha-Maßnahmen der DRV (Ergänzung des Gesetzestextes) Klare Abgrenzung und Kommunikation der Zuständigkeit insbesondere hinsichtlich Beschäftigter mit Minijobs
GPV	Interesse an Aufrechterhaltung der Pflegesituation	keine Zuständigkeit für Reha des pflegenden Angehörigen	
Rehabilitation			
Rehabilitations-Einrichtung	Fachliche Expertise und Grundsätze der Reha bieten meist gute Möglichkeiten, zielgruppenspezifische Angebote für pflegende Angehörige zu entwickeln.	Abhängig von Zuweisung durch Kostenträger je nach Ferne zum Wohnort keine Vernetzung mit lokalen Unterstützungsangeboten oder Nachsorgemöglichkeiten	Angebote schaffen (spezifisch und ggf. für Subgruppen wie z. B. Demenzerkrankte etc.) Evaluation der Maßnahmen für pflegende Angehörige
Pflegender Angehöriger	Freiräume durch Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Nachtpflege etc. Mitnahmemöglichkeit nach PNG in die Reha	Reha braucht Jahresanspruch für Kurzzeitpflege komplett auf → Entscheidung: Urlaub oder Reha Kosten für Versorgung des Gepflegten nach PNG in Reha-/Vorsorge-Einrichtungen nicht fix, übersteigen möglicherweise die individuellen finanziellen Mittel	Keine Anrechnung der Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege während stationären Maßnahmen auf das Kurzzeit/Verhinderungspflegebudget Flexiblere Handhabung durch Gesamtbudget mit der Möglichkeit der individuellen Aufteilung der Inanspruchnahme

Pflegebedürftiger	Mitnahmemöglichkeit nach PNG in die Reha des pflegenden Angehörigen	Furcht vor Verschlechterung in der Kurzzeitpflege	Qualität von Kurzzeitpflege und Ersatzpflege sicher stellen
--------------------------	---------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

10 Handlungsempfehlungen

10.1 Adäquate Versorgung des Pflegebedürftigen während des stationären Aufenthaltes des/der pflegenden Angehörigen

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Pflegesituationen ist eine freie Wahlmöglichkeit in der Art der Unterbringung des Pflegebedürftigen (Mitnahme in die Einrichtung, Kurzzeitpflege in der Nähe der Reha-/Vorsorge-Einrichtung, Versorgung in Pflegeeinrichtung am Wohnort oder im häuslichen Umfeld) unabdingbar. Für jede mögliche Pflegekonstellation sollte eine qualitativ hochwertige Versorgung zur Verfügung gestellt werden können, für die die Kosten vollständig von der Pflegekasse übernommen werden und zwar egal, welcher Versorgungstyp gewählt wird.

Problematisch kann hier sein, dass Kosten der Unterbringung nach PNG nicht unbedingt durch das Kurzzeitpflegebudget gedeckt werden und entsprechend Zuzahlungen notwendig werden.

Die Anrechnung der Unterbringung des Pflegebedürftigen während einer Reha-Maßnahme auf das Kurzzeitpflegebudget ist vor dem Hintergrund der Vorsorge-/Reha-Begründung zu hinterfragen. Medizinische Rehabilitation und Vorsorgeleistungen sind medizinisch notwendige Maßnahmen, die im Falle der pflegenden Angehörigen aufgrund von Belastungsfolgen oder Erkrankungen notwendig werden. Wenn jedoch durch die Vorsorge-/Reha-Maßnahme eine weitere Möglichkeit des Urlaubs oder der Freiraum für eine Krisenbewältigung „aufgebraucht“ wird, da das Kurzzeitpflegebudget erschöpft ist, ist dies kontraproduktiv.

Eine unabhängige Beratungsstelle, die die Maßnahmen rund um die Reha-, Vorsorgeleistung koordiniert, sollte vor Ort zur Verfügung stehen und auch komplexe Fragen schnell und zuverlässig beantworten können (z. B. die zeitgleiche Kostenübernahme und Organisation für beide, Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen) auch bei unterschiedlichen Kostenträgern, Finden der passenden Einrichtung etc.)

10.2 Systematische Erfassung des Kontextfaktors „informelle häusliche Pflege“/„pflegende Angehörige“

10.2.1 Erfassung in Antragsformularen

Im Antragsformular der GKV zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation (Muster 60/61, Mustersammlung der KBV: http://www.kbv.de/media/sp/02_Mustersammlung.pdf) finden sich ganz am Anfang unter „Sozialanamnese“, „Angaben zur Lebenssituation“. An dieser Stelle könnte ein Feld „informell Pflegende(r)“ oder „pflegt pflegebedürftige Person(en)“ (evtl. mit Angabe der Pflegestufe) eingefügt werden. Das Formular sieht außerdem vor, dass für Kinder/Jugendliche, Mütter und weitere Personenkreise ggf. weitergehende spezifische Fragestellungen zu beantworten sind. Auch an dieser Stelle bestünde die Möglichkeit die „pflegenden Angehörigen“ als weitere Personengruppe aufzunehmen und spezifische Fragestellungen zu ermöglichen.

Ähnliches gilt für die entsprechenden Formulare der Rentenversicherung (G100).

Die Miterfassung von weiteren Informationen zur Pflegesituation (Pflegestufe, Erkrankung des Pflegebedürftigen etc.) sollte geprüft werden. Diese Informationen könnten eventuell für die Zuweisung in die passende Einrichtung (Mitaufnahme mit welcher Pflegestufe? Auch für Demenzkranke geeignet? etc.) von Bedeutung sein.

10.2.2 Weitere Erfassungsmöglichkeiten

Die Pflegekassen erfassen die Personen, für die Pflegegeld gezahlt wird und für die Beiträge an die Rentenversicherung abgeführt werden – diese Personen sind den Pflegekassen als informell Pflegende bekannt. Gemeinsame Auswertungen von Kranken- und Pflegekasse zu ambulanten Diagnosen, AU-Daten etc. sind grundsätzlich denkbar und erscheinen für eine proaktive Ansprache der pflegenden Angehörigen durch die Krankenkassen sinnvoll – stellen datenschutzrechtlich jedoch eine Herausforderung dar. Über diese Daten könnten ggf. Vorsorge- und Reha-Bedarfe ermittelt werden. Im Rahmen von einzelnen Projekten scheinen einzelne Krankenkassen diese Datenzusammenführung zumindest geprüft und evtl. auch zu haben.

10.2.3 Schaffen einer Datengrundlage

Voraussetzungen für eine erfolgreiche Unterstützung der Personengruppe der pflegenden Angehörigen ist aber, dass Zahlen über die Bedarfe an und die Inanspruchnahme von medizinischen Reha- und Vorsorgeleistungen vorliegen. Diese werden zur Kostenabschätzung benötigt und dienen Kliniken, die Angebote vorhalten oder einrichten möchten für ihre Planung.

10.3 Passgenaue Zuweisung

10.3.1 Entwicklung von Zuweisungskriterien für pflegende Angehörige

Im Rahmen der Strukturhebung im QS-Reha[®]-Verfahren der gesetzlichen Krankenkassen und der entsprechenden Strukturfassung für Kliniken der DRV können Zuweisungskriterien für die Erfassung von spezifischen Angeboten für pflegende Angehörige sowie die Möglichkeiten der Mitaufnahme von Pflegebedürftigen entwickelt werden.

10.3.2 Umsetzung der Zuweisung in die passenden Einrichtungen

Durch die Einführung der entsprechenden Zuweisungskriterien in den QS-Verfahren würden die zielgruppenspezifischen Angebote zu den jeweiligen Leistungsbereichen den Kostenträgern vorliegen. In Kombination mit der Erfassung des Status „pflegender Angehöriger“ bei der Antragstellung kann eine passgenaue Zuweisung der Patienten durch die Kostenträger relativ einfach umgesetzt werden.

Dadurch würden die Kliniken bereits im Vorfeld der Aufnahme und nicht erst im Aufnahmegespräch erfahren, dass ein Patient pflegender Angehöriger ist. Dies ermöglicht die Bildung von Gruppen, die ggf. auch gemeinsam nachbetreut werden können.

10.4 Fort- und Weiterbildung

Wie bereits in Kapitel 6.1 dargestellt, kommt den Hausärztinnen und Hausärzten eine Schlüsselrolle bei der Identifikation und Information von pflegenden Angehörigen zu. Gerade bei schleichendem Eintritt in die Pflegesituation (siehe Kapitel 6.9.4) sind sie oft die einzigen fachkundigen Kontaktpersonen zu den pflegenden Angehörigen. Auch die DEGAM-Leitlinie (DEAGAM 2005), deren aktuelle Fassung noch nicht vorliegt, sieht die Hausärzte in einer zentralen Position.

Auf die Sensibilisierung von Hausärzten für die Situation und die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen sollte bei der Gestaltung von Fort- und Weiterbildung geachtet werden.

Hausärzte sollten mit Beratungsstellen lokal vernetzt sein und proaktiv und frühzeitig auf Beratungs- und Unterstützungsangebote aufmerksam machen.

Eine begleitende psychische Unterstützung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung kann vor allem dann hilfreich sein, wenn Patienten keine anderweitige psychologische Hilfe in Anspruch nehmen können oder wollen.

10.5 Ergänzung von gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien

10.5.1 Pflegeneuaustrichtungsgesetz

Im Rahmen des PNG wurden die gesetzlichen Krankenkassen aufgefordert, pflegende Angehörige besonders bei Reha- und Vorsorgemaßnahmen zu berücksichtigen. Diese Aufforderung sollte auch für die Rentenversicherung gelten, da anzunehmen ist, dass – wenn auch möglicherweise in geringerem Umfang – pflegende Angehörige Reha-Anträge bei der DRV stellen, weil sie sozialversichert berufstätig sind.

10.5.2 Reha-Begutachtungs-Richtlinie des MDS

Die Begutachtungs-Richtlinie des MDS für Reha- und Vorsorgeleistungen (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) 2012) sollte im Hinblick auf die Umsetzung des PNG die besondere Berücksichtigung der pflegenden Angehörigen enthalten. Die begriffliche Ausweitung könnte hier in Anlehnung an die Vorgehensweise des Müttergenesungswerkes in Richtung „Sorgearbeitleistende“ erfolgen. Der GKV-Spitzenverband sollte eine Anpassung der Richtlinie zeitnah vornehmen.

10.6 Vereinheitlichung und Zusammenfassung von Beratungsangeboten

Für pflegende Angehörige stehen viele Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung (siehe Kapitel 9.3). Was zunächst positiv klingt, erweist sich insofern als Hürde, als vielfach nicht klar ist, welche Beratungsstelle welche Kompetenzen aufweist und welche Fragen beantworten kann. Die Beratung ist in weiten Teilen des Landes nicht koordiniert, die verschiedenen Beratungsstellen wissen oft nichts voneinander und arbeiten nicht zusammen (z. B. Servicestellen und Pflegestützpunkte).

Wünschenswert wäre ein lokaler „one entry point“, den alle pflegenden Angehörigen anrufen können und dessen Telefonnummer und Adresse überall bekannt ist (bspw. als bundesweit einheitliche Rufnummer, ähnlich dem Ärztlichen Notdienst).

Es sollte ein bundesweit einheitliches System verpflichtender Stützpunkte geschaffen werden, die jeweils über die Kompetenzen

- Beratung zu Versicherungsrecht und Versicherungsleistungen
- Psychologische Beratung
- Beratung zu Pflegefragen
- Pflegebegleitung (bei Bedarf)
- Sozialarbeit (Informationen über Entlastungsangebote vor Ort)
- Notfalltelefon
- Kriseninterventionsmöglichkeiten incl. Soforthilfe

verfügen. Es müsste diskutiert werden, ob nicht bestimmte Beratungsstellen zusammengelegt werden können, z. B. die Gemeinsamen Servicestellen, die Demenzberatungsstellen

und die Pflegestützpunkte. Auf jeden Fall sollte eine gemeinsame Anlaufstelle vor Ort geschaffen werden („one entry point“), die ggf. weiter verweisen kann.

Die Umsetzung von in allen notwendigen Kompetenzen funktionsfähigen und unabhängigen Beratungs- und Anlaufstellen für pflegende Angehörige muss von den Kommunen nachgehalten werden.

10.7 Stabilität der Rahmenbedingungen

Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen können sich nur dann etablieren, wenn sichergestellt ist, dass über einen ausreichend langen Zeitraum stabile Rahmenbedingungen herrschen: Investitionen sind erforderlich und es dauert einige Zeit, bis Angebote eingerichtet und bekannt gemacht sind. Insbesondere Kliniken, die Angebote für pflegende Angehörige planen möchten, haben in den Expertengesprächen immer wieder betont, dass sie zuverlässige Vergütungs- und Zuweisungsmodalitäten brauchen, um planen und investieren zu können.

10.8 Öffentliche Wertschätzung

Öffentliche Wertschätzung und Anerkennung der Leistungen, die pflegende Angehörige für die Gesellschaft erbringen, sollte kein Allgemeinplatz sein, sondern sich in konkreten Taten für diese Personengruppe niederschlagen. Öffentlichkeitsarbeit und Aktionen wie die „Berliner Woche der pflegenden Angehörigen“ der Fachstelle pflegende Angehörige (Fachstelle für pflegende Angehörige 2013) mit der Verleihung des Berliner Pflegebären können einen Beitrag leisten, dass die Arbeit der pflegenden Angehörigen wahrgenommen wird.

Am wichtigsten ist jedoch der unbürokratische und niederschwellige Zugang zu Entlassungsmöglichkeiten, der zeigt, dass die Probleme und Belastungen der pflegenden Angehörigen gesehen und ernstgenommen werden und Unterstützung bereitgestellt wird.

11 Weiterentwicklungen und Forschungsbedarf

11.1 Indikationsstellung – Sorgearbeit spezifisches Leitsyndrom

Wie bereits dargelegt, kann es schwierig sein, die Belastungsfolgen bei Pflege eines Angehörigen mittels ICD-Schlüsseln und -Diagnosen zu fassen, da die Kontextkomponente als ein wesentlicher Faktor für Einschränkungen der Funktion und Teilhabe nicht abgebildet werden kann. Es sollte geprüft werden, ob die typische Symptomenkonstellation, die Arnold-Kerri (2005) für Mütter als „Mütterspezifisches Leitsyndrom“ definiert hat, auch für „Sorgearbeit“ leistende Personengruppe der pflegenden Angehörigen zur Indikationsstellung von stationären Vorsorgeleistungen verwendet werden kann. Da es sich in beiden Fällen (Mütter/Väter und pflegende Angehörige) um ein „familienmedizinisches Problem“ und um Überlastungsphänomene bei Sorgearbeit, mit in der Literatur sehr ähnlich beschriebener Symptomatik handelt, liegt es nahe, dass von einer Übertragbarkeit ausgegangen werden kann.

Über ein „Spezifisches Leitsyndrom „Sorgearbeit“ als Rahmenindikation“ für eine Reha-Maßnahme für pflegende Angehörige würde eine realistischere Abbildung der tatsächlichen Problemlage möglich, da die tatsächlichen Beschwerden und Belastungen und die dafür bedeutsamen psychosozialen Kontextfaktoren erfasst werden. „Pfleger Angehöriger“ ist nicht per se eine Krankheit und auch keine Indikation für eine Rehabilitationsmaßnahme. Dennoch müssen ggf. das Gefährdungspotential sowie eine drohende oder tatsächliche Dekompensation der pflegenden Person rechtzeitig erfasst werden und eine adäquate Reaktion darauf erfolgen können, die auch von den Kostenträgern entsprechend beurteilt werden kann. Die Kombination von Einzeldiagnosen, die die häufig auftretende Symptomatik wiedergeben (wie z. B. Rückenschmerzen, Erschöpfung etc.), reicht hier oftmals entweder nicht aus oder die Einzeldiagnosen pathologisieren die Betroffenen unnötig, da die Diagnose aggraviert wird, um eine Maßnahme zu erhalten.

Es gilt an dieser Stelle ein schlüssiges Konzept für die Indikationsstellung von Vorsorgeleistungen zu entwickeln, unter Einbezug wesentlicher Kontextfaktoren aus dem familiären Umfeld. Es geht um eine praktikable und transparente Umsetzung der vom Gesetzgeber vorgesehenen stationären Prävention.

11.2 Frühwarnsystem und Notfallhilfe

Wenn im Pflegealltag unerwartet kritische Situationen auftreten, z. B. im Rahmen von Verhaltensauffälligkeiten des Pflegebedürftigen oder im Sinne eines psychischen Zusammenbruchs des Pflegenden, haben pflegende Angehörige oft keine Anlaufstelle, die ihnen Soforthilfe bietet. Ein Betroffener schilderte die Situation drastisch mit Hilfe eines Vergleich aus der Automobilbranche: „Wenn Sie mit dem Auto hängen bleiben, kommt kurzfristig jemand auf die Autobahn und schleppt den Wagen ab. Wenn Sie als pflegender Angehöriger jemand rufen, dann wird Ihnen vorgeschlagen, einen Beratungstermin in der darauffolgenden Woche wahrzunehmen. Das ist als würde man Ihnen bei einer Autopanne sagen: Kommen Sie bitte nächste Woche in meine Werkstatt“ (Fussek, Expertengespräch).

Einerseits sollte wie bereits angeregt darüber nachgedacht werden, mit welchen Hilfsmitteln (bspw. Assessmentinstrumente) und über welchen Personenkreis (Pflegedienst, Hausärzte u. a.) ein Frühwarnsystem etabliert werden könnte, das eine drohende Dekompensation des pflegenden Angehörigen bzw. der Pflegesituation frühzeitig erkennt. Auch die Handlungskaskade, die dann in Gang wird, müsste definiert und etabliert werden.

Der aktuelle Koalitionsvertrag sieht die Weiterentwicklung des Pflegetelefons zu einem Notruftelefon „Pflege für Angehörige“ vor (Bundesregierung 2013). Ein Hilfesystem ähnlich dem des ADAC mit tatsächlicher Soforthilfe vor Ort müsste auch für pflegende Angehörige geschaffen werden.

Neben der Dekompensation der Pflegesituation ist drohende Gewalt ein weiterer Parameter, der in einem Frühwarnsystem erfasst werden sollte. „Das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden, erhöht sich deutlich, wenn ein Mensch pflegebedürftig und damit abhängig wird – allerdings ist hier die Dunkelziffer besonders hoch, weil diese Delikte nur in Ausnahmefällen polizeikundlich werden. Professionellen ambulanten Diensten käme hier eine Schlüsselstellung für die Aufdeckung von Viktimisierungen zu: allerdings fehlt es hier an verbindlichen Interventionsstrategien, zum anderen besteht ein Konflikt mit der Rolle der ambulant tätigen Pflegekraft im häuslichen Milieu (Angehörige sind die primären Kunden). Bisherige Studien zeigen, dass auch nach Aufdeckung Interventionen nur zögerlich erfolgen und kurzfristig verfügbare Schutzmassnahmen (vgl. mit Frauenhäusern) für alte Menschen nicht vorhanden sind“ (Müller-Hergl 2011).

11.3 Evaluation

Die mit diesem Gutachten in Auftrag gegebene Bestandsaufnahme von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge für pflegende Angehörige hatte ausdrücklich auch die Zielsetzung, etablierte stationäre Maßnahmen oder Modellprojekte mit spezifischen Inhalten für diese Zielgruppe für eine künftige Evaluation ausfindig zu machen, um mehr Klarheit über die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zu erhalten.

Bislang finden sich in der wissenschaftlichen Literatur keine belastbaren Studien zur Wirkung von Rehabilitation bei pflegenden Angehörigen (siehe Kapitel 8). Eine Evaluation der bestehenden Vorsorge- und Reha-Konzepte für pflegende Angehörige könnte diese Lücke füllen und den beteiligten Leistungserbringern und Kostenträgern helfen, die Angebote zu optimieren sowie die Zuweisungen in eine Maßnahme passgenauer zu gestalten. Damit könnten die häusliche Pflege unter Umständen gefördert und stabilisiert, der Übergang in die stationäre Versorgung vermieden oder verzögert und die Sozialkassen entlastet werden.

Die folgenden Ausführungen befassen sich mit der Evaluation von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige. Dabei handelt es sich jedoch nicht um ein vollständiges Evaluationskonzept. Vielmehr sollen die Grundzüge einer möglichen Evaluation skizziert und praktisch relevante Überlegungen für entsprechende Untersuchungen aufgeführt werden.

Der Fokus dieser Beschreibungen wird auf den Maßnahmen selbst und nicht auf dem Zugang zu den Maßnahmen liegen – letzteres würde eine deutlich abweichende Zielstellung der Evaluation beinhalten (bspw. Gewinnung von Erkenntnis zur Optimierung des Zugangs).

Der Evaluationsgegenstand – die Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen und die an ihnen teilnehmenden Personen – zeichnet sich durch eine große Heterogenität aus: Diese beruht insbesondere darauf, dass es keine einrichtungsübergreifenden Maßnahmenkonzepte gibt. Hinzu kommt, dass es sowohl indikationsspezifische als auch indikationsübergreifende Angebote für pflegende Angehörige gibt. Einige Einrichtungen halten ein kontinuierliches Angebot vor, während andere nur wenige Wochen im Jahr Maßnahmen für in Gruppen stationär aufgenommene pflegende Angehörige durchführen. Und auch die Zielgruppe selbst, die pflegenden Angehörigen, ist eine überaus heterogen. So reichen die Altersgruppen von Pflegenden von Personen im jungen Lebensalter (young carers) bis hin zu Hochaltrigen, die ihren Ehepartner pflegen. Auch die Pflegekontexte unterscheiden sich: Pflege des Kindes, des Lebenspartners, der Eltern oder auch einer nicht verwandten Person; unterschiedliche Pflegestufen der Pflegebedürftigen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern; Berufstätigkeit der Pflegenden versus Nicht-Erwerbstätigkeit usw.

Eine Evaluation der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige sollte sich mit dem Aspekt der „Wirkung“ befassen, um – sofern sich die Maßnahmen als wirksam erweisen – eine gesteigerte Akzeptanz bei allen beteiligten Akteuren zu schaffen (Pflegende, Pflegebedürftige, Ärzte, Kostenträger, Leistungserbringer).

Dabei sollten die Erhebungsinstrumente so gestaltet werden, dass sie nicht alleine Veränderungen im Bereich der physischen oder psychischen Gesundheit erfassen, sondern ein breites Spektrum von Belastungsdimensionen (bspw. auch sozialer Art), aber auch von Bewältigungsressourcen. Damit die Ergebnisse der Evaluation Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung bestehender und die Schaffung neuer Angebote sein können, muss zudem der Ursache-Wirkungszusammenhang abgebildet werden. Das heißt, es muss analysiert wer-

den, durch welche Elemente der unterschiedlichen Vorsorge- und Reha-Konzepte welche Art von Wirkung erreicht werden kann.

Idealerweise sollte ein Evaluationsansatz verfolgt werden, in dem zum einen die Vorsorge- und Reha-Konzepte derjenigen Einrichtungen miteinander verglichen werden, von denen bekannt ist, dass sie spezifische Konzepte für pflegende Angehörige anbieten. Zusätzlich sollte aber auch die Wirkung einzelner Elemente dieser Vorsorge- und Reha-Angebote untersucht werden. Werden gleichartige Reha-Module (etwa Gruppengespräche für pflegende Angehörige) hinsichtlich ihrer Wirkung in verschiedenen Einrichtung verglichen, kann von einrichtungsspezifischen Faktoren (bspw. das Angebot stark prägende Einzelpersonen) abstrahiert werden und die Ergebnisse lassen sich im besten Fall verallgemeinern.

Um tatsächlich die Wirkung der spezifischen Angebote für pflegende Angehörige messen zu können, sollte das Evaluationsdesign neben mehreren Treatmentgruppen auch eine oder sogar mehrere Kontrollgruppen vorsehen. Zur Kontrolle kommen grundsätzlich mehrere Personengruppen in Frage: Rehabilitanden, die keine pflegenden Angehörigen sind, pflegende Angehörige, die einen Antrag auf eine Maßnahme gestellt haben und auf den Maßnahmenbeginn warten; Pflegende, die keinen Antrag auf eine Maßnahme stellen und/oder pflegende Angehörige, die eine Maßnahme ohne spezifische Ausrichtung auf Pflegende in Anspruch nehmen. Die Vergleiche der Treatmentgruppen mit den genannten Kontrollgruppen sind mit jeweils unterschiedlichen Aussagemöglichkeiten verbunden.

Da sich die Treatment- und die Kontrollgruppen sowohl hinsichtlich ihrer demografischen als auch ihrer gesundheitlichen Merkmale unterscheiden dürften, sind die Ergebnisse einzelner Ergebnisse entsprechend zu bewerten.

Für den Vergleich von Treatment- und Kontrollgruppe ist zudem zu überlegen, dass Erhebungen zu mehreren Zeitpunkten durchgeführt werden, bspw. zum Zeitpunkt der Reha-Antragstellung, zu Reha-Beginn, zu Reha-Ende und nach drei bzw. sechs Monaten nach Maßnahmenende. Unter Umständen ist auch über einen längeren Beobachtungszeitraum nachzudenken (bspw. 12 oder 24 Monate), insbesondere wenn mögliche Übergänge in die institutionalisierte Pflege beobachtet werden sollen.

Als mögliche zusätzliche Informationsquellen zur Erfassung von Veränderungen (etwa der psychischen und physischen Gesundheit und des Soziallebens) sind zunächst die pflegenden Angehörigen und die Pflegebedürftigen denkbar. Daneben könnten aber auch Hausärzte, ambulante Pflegedienste sowie die Rehabilitationseinrichtungen, etwa mittels Assessments, in die Messung von Effekten in verschiedenen Belastungsbereichen und hinsichtlich verschiedener psychischer und sozialer Ressourcen mit einbezogen werden.

Das Evaluationsdesign hat zudem die verschiedenen Formen der Versorgung des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen: Welche Versorgungsoptionen bietet eine Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung an? Welche Optionen werden besonders häufig genutzt? Wie wird die Versorgung von den pflegenden Angehörigen und den Pflegebedürftigen selbst wahrgenommen?

Mögliche Maße, um die Wirkung von Rehabilitationen zu beschreiben sind die Dauer der häuslichen Pflege bis zum Übergang des Pflegebedürftigen in eine stationäre Versorgung, Häufigkeit der Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten (bspw. Kurzzeit- und Verhinderungspflege), Kennzahlen zum Belastungsempfinden, Beurteilung der Pflegesituation durch den Pflegebedürftigen, etc.

Eine methodisch korrekte Evaluation setzt voraus, dass bereits vor Beginn der Evaluation folgende Punkte präzise definiert werden:

- Evaluationsgegenstand
- Zielstellung der Evaluation
- Fragestellung der Evaluation
- Evaluationshypothesen
- Evaluationsdesign
- Datenquellen
- Bewertungsverfahren
- Bewertungskriterien
- organisatorischer und zeitlicher Ablaufplan.

11.4 Anregung von Diskussion und Vernetzung

Im Rahmen der Expertengespräche und der Kontakte zu Kliniken während der Recherche von Reha-Angeboten für pflegende Angehörige wurden die unterschiedlichen Perspektiven der verschiedenen Akteure, die sich mit pflegenden Angehörigen beschäftigten, deutlich. Dabei stellte sich heraus, dass sowohl Leistungserbringer mit spezifischen Angeboten für pflegende Angehörige nichts voneinander wussten, als auch, dass die Kommunikation mit anderen Beteiligten nur in geringem Ausmaß stattfand oder von Missverständnissen geprägt war.

Zur Anregung der Diskussion zum Thema medizinische Rehabilitation und stationäre Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige, zum Erfahrungsaustausch und zur Vernetzung der verschiedenen Akteure wird vorgeschlagen, ein Symposium, auf Einladung des BMG zu veranstalten. Dieses kann einen Rahmen bilden für die Vorstellung und Diskussion des vorliegenden Gutachtens sowie Kliniken die Möglichkeit bieten, ihre Projekte und ihre Erfahrungen vorzustellen und sich darüber untereinander und mit weiteren Akteuren auszutauschen. Mögliche Maßnahmen, aber auch Bedenken und Hindernisse könnten aus den verschiedenen Perspektiven von Leistungserbringern, Kostenträgern, Betroffenen und wissenschaftlichen Experten diskutiert werden. Da die Kostenträger zum Teil ebenfalls über Projekterfahrung verfügen, kann ein Austausch über mögliche Weiterentwicklungen stattfinden. Zentrales Anliegen ist die Weitergabe von Informationen und die Vernetzung der Akteure und die Weiterentwicklung von Unterstützungsmaßnahmen.

11.5 Betrachtung und Berücksichtigung weiterer Subgruppen von Pflegenden

Im Rahmen des Gutachtens konnte auf die folgenden Personenkreise nicht in der notwendigen Ausführlichkeit eingegangen werden:

- Eltern pflegebedürftiger behinderter Kinder
- 24-Stundenpflege durch ausländische Pflegekräfte
- young carers
- Kulturspezifische Besonderheiten bei pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund

Die besondere Situation und Problematik dieser Subgruppen von häuslich Pflegenden hätte den Rahmen des Gutachtens gesprengt. Es wird aber darauf hingewiesen, dass hier ein weiterer Bedarf vorliegt, die Situation dieser Personen näher zu analysieren und zu verbessern. Auch Genderaspekte sollten weiter verfolgt werden, da Männer und Frauen sehr unter-

schiedlich an die Pflegesituation herangehen und immer noch Rollenerwartungen und deren Erfüllung eine große Bedeutung beim Umgang mit Anforderungen des familiären Umfeldes spielen.

12 Literaturverzeichnis

- Arnhold-Kerri S. Das mütterspezifische Leitsyndrom als Rahmenindikation. In: Collatz J, Barre F, Arnhold-Kerri S (Hrsg.). Prävention und Rehabilitation für Mutter und Kind. Berlin. Wissenschaftlicher Verlag Berlin; 2005: 119-129.
- Arnhold-Kerri S, Sperlich S, Collatz J. Krankheitsprofile und Therapieeffekte von Patientinnen und Patienten in Mutter-Kind-Einrichtungen. Rehabilitation 2003; 42 (5): 290-299.
- Bakas T, Champion V. Development und psychometric testing of the Bakas Caregiving Outcomes Scale. Nurs Res 1999; 48 (5): 250-259.
- Bakas T, Champion V, Perkins SM, Farran CJ, Williams LS. Psychometric testing of the revised 15-item Bakas Caregiving Outcomes Scale. Nurs Res 2006; 55 (5): 346-355.
- Billinger F. Analyse der Siemens-Betriebskrankenkasse: Pflegende Angehörige werden besonders häufig krank. Die BKK 2011; (5): 272-273.
- Bischoff C. Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. 2. Auflage, Frankfurt/Main; New York. Campus Verlag; 1994.
- Bührlen B. Laienpflege – professionelle Pflege: Chance und Konflikt. Mit Erfahrung Zukunft gestalten. Würzburg, 19.11.2009. http://www.wir-stiftung.org/cms/media/chronik/2009/friedrich_ebert_stiftung_wer_soll_und_kann_in_zukunft_pflegen_referat.pdf (Recherchedatum: 17.01.2014).
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen in der Fassung vom 1. Juli 2010. Frankfurt am Main. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR); 2010.
- Bundesministerium für Familie SFuJB. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Wie Unternehmen Beschäftigte mit Pflegeaufgaben unterstützen können. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Berlin. 2011.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Pflegeversicherung: Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen. Stand: 18.11.2013a. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Pflegestufen/04-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Pflegestufen_Stand_Juni2013.pdf (Recherchedatum: 20.01.2014).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Gesetzliche Krankenversicherung, vorläufige Rechnungsergebnisse 1.-4. Quartal 2012. Stand: 11. März 2013. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). Berlin. 2013b.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Ergebnisse der Statistik KG 5, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen. Stand: 18. November 2013c. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftergebnisse/KG_5_-_2012.pdf (Recherchedatum: 17.01.2014).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Nationales Gesundheitsziel "Gesund älter werden" gesundheitsziele.de Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). Berlin. 2012.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), TNS Infratest Sozialforschung, Schmidt M, Schneekloth U. Abschlussbericht zur Studie "Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), TNS Infratest Sozialforschung (Hrsg.). Berlin, München. 2011.

Bundesregierung BRD 18.Legislaturperiode. Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Bundesregierung BRD 18.Legislaturperiode (Hrsg.). Berlin. 2013.

Carretero S, Garces J, Rodenas F, Sanjose V. The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. Arch Gerontol Geriatr 2009; 49 (1): 74-79.

Carver CS, Weintraub JK, Scheier MF. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. Journal of Personality and Social Psychology 1989; 56 (2): 267-283.

Deeken JF, Taylor KL, Mangan P, Yabroff KR, Ingham JM. Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. J Pain Symptom Manage 2003; 26 (4): 922-953.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). DEGAM-Leitlinie Nr. 6 "Pflegerische Angehörige". omikron publishing (Hrsg.). Düsseldorf. 2005.

Deutsche Rentenversicherung Bund. Reha-Bericht. Update 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Berlin. 2012.

Deutscher Bundestag. Drucksache 17/12330. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Sven-Christian Kindler, Katja Dörner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Berlin. 2013a.

Deutscher Bundestag. Drucksache 17/12166. Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Sven-Christian Kindler, Katja Dörner, Birgitt Bender, Ekin Deligöz, Kai Gehring, Monika Lazar, Britta Haßelmann, Maria Klein-Schmeink, Tabea Rößner, Ulrich Schneider, Arfst Wagner (Schleswig) und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Berlin. 2013b.

Deutscher Bundestag. Drucksache 11/6782. Beschlußempfehlung und Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (13. Ausschuß) zu der Unterrichtung durch die Bundesregierung – Drucksache 10/1943 – Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Berlin. 1990.

Döhner H, Lüdecke D, Mnich E. Pflegende Angehörige älterer Menschen in Europa. Belastungen, Bedürfnisse, Bewältigungsstrategien. In: Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Gewalt und Vernachlässigung gegenüber alten Menschen. Entstehungsbedingungen und Wege wirksamer Prävention. Frankfurt. Verlag für Polizeiwissenschaft; 2010: 148-169.

Donath C, Knöpfler F, Gaßmann K-G, Gräßel E. Nachhaltigkeit stationärer geriatrischer Rehabilitation: Medizinische und psychologische Prädiktoren für die Selbstständigkeit 6 Monate nach Entlassung. Phys Med Rehab Kuror 2011; 21 (1): 22-26.

Dräger D, Blüher S, Kummer K, Budnick A, Seither C, Banzhaf J, Charite Berlin - CC1 Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften IfMS, Deutsche BKK Wolfsburg. Schlussbericht: Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Assessments zur Primärprävention in vernetzten Strukturen. Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, Förderkennzeichen: 01EL0705, Laufzeit: 01.09.2007. Charite Berlin - CC1 Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Medizinische Soziologie (Hrsg.). Berlin. 2012.

The EUROFAMCARE consortium. Zusammenfassende Übersicht der Ergebnisse aus der EUROFAMCARE-Sechs-Länder-Studie. Draft version 15.12.2005.
http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/summary_of_findings_de.pdf
(Recherchedatum: 20.01.2014).

Fachstelle für pflegende Angehörige c/o Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V. Woche der pflegenden Angehörigen 2013. <http://www.woche-der-pflegenden-angehoerigen.de> (Recherchedatum: 12.11.2013).

Farin E. Integration of patient and provider assessments of mobility and self-care resulted in unidimensional item-response theory scales. J Clin Epidemiol 2009; 62 (10): 1075-1084.

Faßmann H, Grüninger M, Schneider AH, Steger R. Bedarfs- und Bestandsanalyse von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter in Einrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerkes (MGW). Abschlussbericht zu einem Forschungsprojekts des BMFSFJ. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (IfeS) (Hrsg.). Nürnberg. 2008.

GiB-DAT-Studiengruppe, Tümena T, Gaßmann K-G, Trögner J. Geriatrie in Bayern – Datenbank GiB-DAT. Nachhaltigkeit geriatrischer Rehabilitation in Bayern: GiB-DAT Follow-up-Studie. Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e.V. (AFGiB) (Hrsg.). Neuburg/Donau. 2011.

Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. Cancer J Clin 2001; 51: 213-231.

GKV-Spitzenverband, Pfeiffer K, Becker C. Telefongestützte Intervention für Pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 8. Berlin. GKV-Spitzenverband; 2011a.

GKV-Spitzenverband, Bubolz-Lutz E, Kricheldorf C. Pflegebegleiter. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 6. Berlin. GKV-Spitzenverband; 2011b.

Gräßel E. Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Angehörigen. VLESS-Verlag Ebersberg 2001.

Gräßel E. Rund um die Uhr im Einsatz. Die Situation pflegender Angehöriger und Hilfen zur Entlastung. Häusliche Pflege 1998; 7 (9): 50-52.

Gräßel E. Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. Habilitationsschrift der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg. Egelsbach, Frankfurt, Washington. Hänsel-Hohenhausen; 1997.

Gräßel E, Adabbo R. Belastung pflegender Angehöriger. In: Becker-Stoll F, Klös H-P, Rainer H, Thüsing G (Hrsg.). Expertisen zum Achten Familienbericht "Zeit für Familie". München. ifo Institut; 2012: 283-311.

Gröning K, Hansla A, Heitfeld I, Klostermann A, Lebeda D, Lienker H, Lietzau Y, Sander B, Waterböhr A, Zaczynska A. Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege. Kurzinformation 2013 zum Modellprogramm der AOK für Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Schleswig-Holstein. Universität Bielefeld (Hrsg.). Bielefeld. 2012.

Heidenblut S, Schacke C, Zank S. Früherkennung und Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege. Die Entwicklung des PURFAM-Assessments. Z Gerontol Geriatr 2013; 46 (5): 431-440.

Hileman JW, Lackey NR, Hassanein RS. Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. Oncol Nurs Forum 1992; 19 (5): 771-777.

Holz P. Prävention bei pflegenden Angehörigen. 1. Auflage, Hamburg. Verlag Dr. Kovac; 2004.

Institut für Gerontologische Forschung e.V.(IGF), von Kardorff E, Schönberger C. Zu Hause pflegen – Unterstützung der Angehörigen. Analysen und Konzepte für die Praxis – Ein Leitfaden. Institut für Gerontologische Forschung e.V. (IGF) (Hrsg.). Berlin. 2013.

Jansen B, von Kardorff E. Plädoyer für ein vernetztes Angebot. Das Rother Modell "Pflege für die Pflegenden" erteilt isolierten Pflegekursen eine klare Absage. Forum Sozialstation 1995; 19 (72): 14-20.

Juchli L. Krankenpflege – Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. Stuttgart; New York. Georg Thieme Verlag; 1983.

Klott S. Wenn Söhne pflegen... Informationsdienst Altersfragen 2012; 39 (4): 12-17.

Kofahl C. Determinanten der Belastung, Entlastung und Lebensqualität betreuender Angehöriger älterer Menschen. Kumulative Dissertation zur Erlangung der Würde des Dr. phil. am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, vorgelegt von Christopher Kofahl. Universität Hamburg (Hrsg.). Hamburg. 2010.

Kofahl C, Lüdecke D, Döhner H. Der Einfluss von Betreuungsbedarf und psychosozialen Determinanten auf Belastung und Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen alter Menschen. Ergebnisse aus der deutschen Teilstichprobe des Projekts EUROFAMCARE. Pflege & Gesellschaft 2009; 14 (3): 236-253.

Kress JP, Herridge MS. Medical and economic implications of physical disability of survivorship. Semin Respir Crit Care Med 2012; 33 (4): 339-347.

Kristjanson LJ, Atwood J, Degner L. Validity and reliability of the family inventory of needs: measuring the care needs of families of advanced cancer patients. J Nurs Measure 1995; 3 (2): 109-126.

Lamura G, Mnich E, Wojszel B, Nolan M, Krevers B, Mestheneos L, Döhner H. Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. *Z Gerontol Geriatr* 2006; 39 (6): 429-442.

Langehennig M. In der Angehörigenpflege seinen "Mann" stehen – Einblicke in die genderkonstruierte Sorge-Arbeit pflegender Männer. In: Langehennig M, Betz D, Dosch E (Hrsg.). *Männer in der Angehörigenpflege*. Weinheim, Basel. Beltz Juventa; 2012: 13-44.

Lehr U. Beruf oder Pflege? – Eine falsche Alternative. *BAGSO Nachrichten* 2010; (4): 10.

Lopez-Hartmann M, Wens J, Verhoeven V, Remmen R. The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *Int J Integr Care* 2012; 12: e133.

Lüdecke D, Mnich E. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Unterschiede von pflegenden Männern und Frauen. In: Behrens J (Hrsg.). *Kongress "Pflegebedürftig" in der "Gesundheitsgesellschaft"*. Langzeitbetreuung und Pflege im Spannungsfeld neuer Bewältigungsstrategien. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. 2009: 1-20.

Lüdecke D, Mnich E, Melchiorre MG, Kofahl C. Familiäre Pflege älterer Menschen unter einer Geschlechterperspektive. *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien* 2006; 2/3: 85-101.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.(MDS). *Begutachtungs-Richtlinie. Vorsorge und Rehabilitation*. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.(MDS) (Hrsg.). Essen. 2012.

Meixner K, Glattacker M, Gerdes N, Herwig J, Bengel J, Jäckel WH. Behandlungseffekte in Mutter-Kind-Einrichtungen – Ergebnisse des externen Qualitätsmanagements. *Rehabilitation* 2001; 40 (5): 280-288.

Metzing S, Schnepf W. Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wer sie sind und was sie leisten. Eine internationale Literaturstudie (1990-2006). *Pflege* 2007; 20 (6): 331-336.

Müller-Hergl C. Gewalt und Vernachlässigung (Elder Abuse): Stand der Diskussion [Mai 2011]. Landesinitiative Demenz-Service NRW, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department Pflegewissenschaft, Dialog- und Transferenzzentrum Demenz (DZD) (Hrsg.). Witten. 2011.

Müttergenesungswerk, Elly Heuss-Knapp-Stiftung. Datenreport zur Müttergenesung 2013a. www.muettergenesungswerk.de/uploads/575/Datenreport_2013.pdf (Recherchedatum: 13.11.2013).

Müttergenesungswerk, Elly Heuss-Knapp-Stiftung. Neu im Müttergenesungswerk: Kurmaßnahmen auch für Pflegende und Väter. <http://www.muettergenesungswerk.de/DesktopDefault.aspx?content=article&ID=1118&mid=1841> (Recherchedatum: 07.11.2013b).

Müttergenesungswerk, Elly Heuss-Knapp-Stiftung. Bewährte Qualität beim MGW: Best Practice Modelle für pflegende Angehörige.

<http://www.muettergenesungswerk.de/DesktopDefault.aspx?content=article&ID=639&mid=3038> (Recherchedatum: 13.11.2013).

Müttergenesungswerk, Elly Heuss-Knapp-Stiftung. Müttergenesungswerk bekräftigt: Pflegende Angehörige brauchen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

<http://www.muettergenesungswerk.de/DesktopDefault.aspx?content=article&ID=618&mid=3038> (Recherchedatum: 13.11.2013).

Otto F. Effekte stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Kinder – Eine kontrollierte Vergleichsstudie. Rehabilitation 2013; 52 (2): 86-95.

Otto F. Wie verändert sich die gesundheitliche Lage von vorsorge- und rehabilitationsbedürftigen Müttern einer Wartegruppe innerhalb von sechs Monaten? Medizinische Hochschule Hannover (Hrsg.). Hannover. 2010.

Pinquart M, Sörensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2007; 62 (2): 126-137.

Pinquart M, Sörensen S. Interventionseffekte auf Pflegende Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 2002; 15 (2): 85-100.

PPM PRO PflegeManagement. Häusliche Gewalt in der Pflege bei Menschen mit Demenz.

<http://www.ppm-online.org/verlag/artikel-lesen/artikel/gewalt-in-der-pflege-bei-demenz/> (Recherchedatum: 17.01.2014).

Projektverbund Pflegebegleitung Hessen, Bubolz-Lutz E, Steiner I, Ritter M. Pflegen in guter Gesellschaft. Handreichung zum Aufbau von Pflegebegleitung durch Initiativen des bürgerschaftlichen Engagements in Hessen. Projektverbund Pflegebegleitung Hessen (Hrsg.). Frankfurt am Main. 2012.

Rothgang H, Müller R, Unger R. BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 23. Schwäbisch Gmünd. BARMER GEK; 2013.

Rothgang H, Müller R, Unger R, Weiß C, Wolter A. BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 17. Schwäbisch Gmünd. BARMER GEK; 2012.

Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R. BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema: zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 11. Schwäbisch Gmünd. BARMER GEK; 2011.

Saban KL, Sherwood PR, DeVon HA, Hynes DM. Measures of psychological stress and physical health in family caregivers of stroke survivors: a literature review. J Neurosci Nurs 2010; 42 (3): 128-138.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Koordination und Qualität im Gesundheitswesen; Band 2: Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, Hilfs- und Heilmittel in der GKV, Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, (Hrsg.). Stuttgart. Kohlhammer; 2006.
- Schenk M. Pflegende Angehörige als Patienten. Dtsch Med Wochenschr 2009; 134 (14): 672-673.
- Schilder M, Florian S. Die Entlastung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz durch niedrigschwellige Betreuungsgruppen aus der Sicht der Nutzer und der Anbieter. Pflege & Gesellschaft 2012; 17 (3): 248-269.
- Schmidt R, Gräßel E. Belastungsaspekte pflegender Angehöriger. Pflege in der Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation und Pflegeinterventionen. Stuttgart. Kohlhammer; 2012: 285-290.
- Schneekloth U, Wahl HW, Engels D, Pfeuffer F, Heinemann Knoch M, Knoch T, Korte E, Köhler L, Schäufele M, Schröder JW, Teufel S, Weyerer S. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Schneekloth,U., Wahl,H.W. (Hrsg.). München. 2005.
- Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. JAMA 1999; 282 (23): 2215-2219.
- Sherwood PR, Given CW, Given BA, von EA. Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. J Aging Health 2005; 17 (2): 125-147.
- Sowarka D, Schwichtenberg-Hilmert B, Thürkow K. Gewalt gegen ältere Menschen: Ergebnisse aus Literaturrecherchen. Diskussionspapier Nr. 36, Oktober 2002. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.). Berlin. 2002.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Wiesbaden. 2013.
- Swore Fletcher BA, Dodd MJ, Schumacher KL, Miaskowski C. Symptom experience of family caregivers of patients with cancer. Oncol Nurs Forum 2008; 35 (2): E23-E44.
- Techniker Krankenkasse. Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stresslage der Nation. Techniker Krankenkasse (Hrsg.). Hamburg. 2013.
- Williams AL, McCorkle R. Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: a review of the descriptive psychosocial literature. Palliat Support Care 2011; 9 (3): 315-325.

Zank S, Schacke C, Leipold B. Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). Kurzbeschreibung und grundlegende Kennwerte. Universität zu Köln, Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie. Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Universität zu Köln (Hrsg.). Köln. 2009.

Zank S, Schacke C. Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2: Längsschnittergebnisse der LEANDER Studie. Universität Siegen, Lehrstuhl für Klinische Psychologie; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Siegen, Berlin. 2007.

Zegelin A, Segmüller T, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht des Modellprojekts "Neuheit für Pflege" in Dortmund und Solingen. Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Düsseldorf. 2013.

Teil D: Anhang

Anhang 1: Recherchestrategie

Medline-Recherche Suchoberfläche OVID-SP

Suchstrategie:

#	Suchen
	Baustein 1 Belastung
1	Physical burden.ab,ti.
2	stress of family caregivers.ab,ti.
3	caregivers burden.ab,ti.
4	Psychological burden.ab,ti.
5	Psychological stress.ab,ti.
6	(physical and psychological distress).ab,ti.
7	(physical and mental burden).ab,ti.
8	mental burden.ab,ti.
9	(psychological and physical strain).ab,ti.
	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9
	Baustein 2 Rehabilitation
10	rehabilitation.ab,ti.
11	rehabilitation service.ab,ti.
12	medical rehabilitation.ab,ti.
13	rehabilitative measures.ab,ti.
14	health promotion.ab,ti.
15	disease prevention.ab,ti.
16	rehabilitation program.ab,ti.
17	psychosocial rehabilitation.ab,ti.
	10 or 11 or 11 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17
	Baustein 3 Pflegender Angehöriger
18	caregiving family members.ab,ti.
19	Family members providing care.ab,ti.
20	"family caregiver*".ab,ti.
21	"informal caregiver*".ab,ti.
22	"spouse caregiver*".ab,ti.
23	(relative adj5 caregiver).ab,ti.
24	(caring adj3 relative*).ab,ti.
25	Caregiving.ab,ti.

	18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25
	Baustein 4 Unterstützung/Maßnahmen, Bedarfe
26	support of family caregivers.ab,ti.
27	Social Support.ab,ti.
28	Health protection.ab,ti.
29	respite care.ab,ti.
30	(advice adj5 assistance).ab,ti.
31	(consultancy and support).ab,ti.
32	(advice adj3 support).ab,ti.
33	(Education adj3 Training).ab,ti.
34	(education adj3 consultation).ab,ti.
	26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34
	Baustein 5 Folgen der Belastung
35	burnout.ab,ti.
36	(loneliness and depression).ab,ti.
37	loneliness.ab,ti.
38	(social isolation and loneliness).ab,ti.
39	violence.ab,ti.
40	elder abuse.ab,ti.
41	prevention of elder abuse.ab,ti.
42	(Elder abuse and neglect).ab,ti.
	35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42

Publikationsjahr: 2000-Gegenwart
Sprache: english und deutsch
Dublettencheck
Studientyp: meta analysis or "review" or systematic reviews
Letzte Überarbeitung: 21.11.2013

Cochrane-Recherche Suchoberfläche Wiley

Cochrane Recherche

- #1 caregiver*:ti,ab,kw
 - #2 respite care:ti,ab,kw
 - #3 daycare:ti,ab,kw
 - #4 informal caregiver:ti,ab,kw
 - #5 spouses:ti,ab,kw
 - #6 #1 or #2 or #3 or #4 or #5
- Letzte Überarbeitung: 18.11.2013

Ein- und Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche

Einschlusskriterien
<p>E 1. Definition „Pflegerische Angehörige“: Als „pflegerische Angehörige“ werden Menschen angesehen, die einen Menschen, dem eine Pflegestufe zugeordnet ist, im häuslichen Umfeld nicht erwerbsmäßig pflegen. Ein Verwandtschaftsverhältnis zwischen dem Pflegenden und dem Pflegebedürftigen muss nicht vorliegen („informal caregivers“).</p>
<p>E 2. Definition „medizinische Rehabilitation“: Die medizinische Rehabilitation stellt eine besondere Form der Rehabilitation dar. Leistungen der medizinischen Rehabilitation erfolgen durch Ärzte, nachrangig können sie auch durch Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe (Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten) erfolgen, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden (§26 SGB IX). Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht mehr ausreichen, ist eine stationäre Rehabilitation indiziert.</p>
<p>E 3. Studientypen – bezogen auf die Medline- und Cochrane-Recherche: Systematische Übersichtsarbeiten, Reviews</p>
<p>E 4. Arten von Quellen – bezogen auf die deutschsprachige Recherche: Gutachten, wissenschaftliche Analyse, Projektberichte, methodische Beschreibungen, Buchbeiträge, Kolloquien, Dokumentationen, Assessmententwicklung,</p>
<p>E 5. Themenschwerpunkt Fokus pflegender Angehöriger Suche nach Projekten, Maßnahmen, Angeboten zur Entlastung für pflegende Angehörige in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen; Messung von Belastung; Art der Beziehung zum Pflegebedürftigen; Geschlechtsspezifika;</p>
<p>E 6. Themenschwerpunkt Fokus Pflegebedürftiger Suche nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit, Pflegestufe; Art der Erkrankung; Unterbringung während des Reha-Aufenthaltes des pflegenden Angehörigen</p>
<p>E 7. Publikationszeitraum: 2000 – Gegenwart</p>
<p>E 8. Publikationssprache: Deutsch, Englisch</p>

Anhang 2: Befragung und Kommunikation mit den Einrichtungen

Fragenkatalog zur Klinikbefragung

Rehabilitation pflegender Angehöriger

Fragebogen für Vorsorge- und Rehabilitationskliniken



Sehr geehrte Damen und Herren,

das BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit führt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine Erhebung zu Vorsorge- und medizinischen Rehabilitationsangeboten für pflegende Angehörige durch. Ziel der Befragung ist es, das aktuelle Angebot an Rehabilitationskonzepten für pflegende Angehörige zu ermitteln. Wir bitten Sie um Ihre Unterstützung, damit wir die vorhandenen Rehabilitationsmöglichkeiten für pflegende Angehörige möglichst umfassend darstellen können.

In unserem Projekt verstehen wir pflegende Angehörige als Personen aus dem Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis eines pflegebedürftigen Menschen, die diesen Menschen im häuslichen Bereich ganz oder teilweise im Sinne der Laienpflege versorgen und betreuen (nicht erwerbsmäßige Pflege).

Bitte beantworten Sie die 17 Fragen möglichst vollständig. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Die Ergebnisse werden dem BMG im Rahmen eines Fachgutachtens vorgelegt. Am Ende des Fragebogens klicken Sie einfach auf den Button „Daten per E-Mail übertragen“ und Ihre Angaben werden automatisch an das BQS-Institut weitergeleitet.

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Zeit und Mitwirkung!
Ihr BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

1. Wie viele Betten hat Ihre Einrichtung?

2. Erfahren Sie, ob ein Rehabilitand Angehörige pflegt?

Ja, durch *(Mehrfachnennungen möglich)*

- die gezielte Zuweisung der GKV
- die gezielte Zuweisung der DRV
- die gezielte Empfehlung der PKV
- das Arztattest
- die gezielte Abfrage vor Ort
- auf anderem Wege und zwar

Nein

3. Können Sie den Anteil pflegender Angehöriger an Ihren Rehabilitanden abschätzen?

Ja. Dies wird systematisch erfasst: %

Ja, allerdings nur ungefähr:

- 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Nein

4. Gibt es in Ihrer Einrichtung ein etabliertes **Gesamtkonzept** zur Reha/ Vorsorgeleistung speziell für pflegende Angehörige?

Ja

Nein

0664200039

Seite 1

© BQS-Institut epi.0
PAPIERFORM-PRINT 21003

5. Falls Sie kein Gesamtkonzept haben, beinhaltet Ihr Angebot **einzelne Bausteine** speziell für pflegende Angehörige?

Ja und zwar

Nein

Falls Sie aktuell über kein spezifisches Gesamtkonzept oder einzelne Bausteine für die Rehabilitation pflegender Angehöriger verfügen, fahren Sie bitte mit Frage 15 auf Seite 4 fort.

6. In welcher Form bieten Sie die Rehabilitation von pflegenden Angehörigen an?

Mehrfachnennungen möglich

stationär

teilstationär

ambulant

7. Für welche(n) Indikationsbereich(e) bieten Sie **spezifische Vorsorge-** oder **medizinische Rehabilitationsangebote** für pflegende Angehörige an?

Mehrfachnennungen möglich

Dermatologie

Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen, Nephrologie

Geriatrie

Kardiologie

Muskuloskeletale Erkrankungen

Neurologie

Onkologie

Pneumologie

Psychische und psychosomatische Erkrankungen/Abhängigkeitserkrankungen

andere und zwar

8. In welchen Bereichen weist das Angebot an Ihrer Einrichtung **spezifische therapeutische Bestandteile** für ausschließlich diese Zielgruppe auf?

Mehrfachnennungen möglich

Sport- und Bewegungstherapie

Physiotherapie/Physikalische Therapie

Information, Motivation, Schulung

Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie

Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien

Klinische Psychologie, Neuropsychologie

Psychotherapie

Entspannungsverfahren (z.B. AT)

Wellness/Rekreationstherapie

spezielle Ernährungsformen

andere und zwar

6409200034

Seite 2

© BQS-Institut ep1.0
PAPERSOFT-PRINT 20060

9. Bieten Sie eine zeitgleiche Betreuung oder Rehabilitation **des Pflegebedürftigen** an?

Mehrfachnennungen möglich

- Ja, Betreuung im Haus ist möglich
- Ja, Betreuungsmöglichkeit extern
- Ja, Rehabilitation
- Nein

Falls Nein, fahren Sie bitte mit Frage 11 fort.

10. Auf welche Pflegestufen ist das Betreuungsangebot **für Pflegebedürftige** ausgerichtet?

Mehrfachnennungen möglich

- ohne Pflegestufe
- Pflegestufe 0
- Pflegestufe 1
- Pflegestufe 2
- Pflegestufe 3

11. Werden in der Rehabilitation der pflegenden Angehörigen die besonderen Belastungen durch ein bestimmtes Erkrankungsbild/eine Funktionseinschränkung des Pflegebedürftigen berücksichtigt (z.B. Pflege Demenzkranker, Schwer(st)pflegebedürftiger)?

- Ja, und zwar bezüglich folgender Erkrankungen des Pflegebedürftigen

- Nein

12. Worin genau unterscheiden sich Ihre Angebote für pflegende Angehörige von denen für die anderen Rehabilitanden?

13. Sind die Kosten Ihrer Angebote für pflegende Angehörige erstattungsfähig?

- Ja, die Kosten werden erstattet von

Mehrfachnennungen möglich

- der GKV
- der DRV
- den PKV
- anderen Kostenträgern und zwar

- Nein, es handelt sich um Selbstzahlerangebote

4522200038

Seite 3

© BQS-Institut op1.0
PAPERFORM-PRINT 20003

14. Wird in der Rehabilitation für pflegende Angehörige eine spezifische Nachsorge vorbereitet?

Ja, nämlich

Nein

15. Planen Sie aktuell den Aufbau oder die Erweiterung von Angeboten speziell für pflegende Angehörige?

Ja, den Aufbau

Ja, die Erweiterung

Nein

16. Wie könnte der Zugang pflegender Angehöriger zur medizinischen Rehabilitation/ zu Vorsorgeleistungen erleichtert/verbessert werden?

17. Haben Sie zum Thema „Rehabilitation pflegender Angehöriger“ Anregungen, Ideen oder Hinweise, die in einem Fachgutachten berücksichtigt werden sollten?

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns eine Kontaktperson nennen würden. Selbstverständlich werden Ihre Kontaktdaten vertraulich behandelt. Sofern in Ihrer Einrichtung spezifische Maßnahmen für pflegende Angehörige angeboten werden, sind wir daran interessiert, dieses Angebot weiter im Detail kennenzulernen. Dazu würden wir Sie ggf. gerne telefonisch kontaktieren.

Name der Kontaktperson

Name der Einrichtung

Ort

Telefon

wahlweise E-Mail

Für Rückfragen stehen wir Ihnen sehr gerne zur Verfügung.

Ansprechpartnerinnen: Frau Dr. Dagmar Hertle und Frau Christin Tewes

Telefon: 0211-280729-0

E-Mail: reha-angehoerige@bqs-institut.de

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!
Ihr BQS-Institut

9866200034

Seite 4

© BQS-Institut ep1.0
PAPERFORM-PRINT 20002

Zurücksetzen

Daten per E-Mail übertragen

Einrichtungen, mit denen über ihre Projekte kommuniziert wurde

Mit folgenden Einrichtungen haben die Autoren über ihre Angebote zu medizinischen Reha- und Vorsorgeleistungen Kontakt aufgenommen und telefonisch oder per Email nähere Informationen eingeholt

AHG Klinik Münchwies, Neunkirchen
Alzheimer Therapiezentrum Bad Aibling
Alzheimer Therapiezentrum Olsberg
Alzheimer Therapiezentrum Ratzeburg
AOK-Klinik GmbH, Baden Baden
Asklepios Klinik Schaufling
Balzerborn Kliniken, Bad Sooden-Allendorf
Bückeberg-Klinik, Bad Eilsen
Dr. Becker Klinik Möhnesee
Klinik am schönen Moos, Bad Saulgau
Klinikum Coburg
Klinik Dahleiner Heide, Dahlen-Schmannewitz
Klinik Quellenhof, Bad Sassendorf
Klinik Wiesengrund, Bad Sassendorf
MATERNUS-Klinik für Rehabilitation, Bad Oeynhausen
Median Klinik Bad Sülze
MediClin Rose Klinik, Horn-Bad Meinberg
Neurologische Frührehabilitationsklinik BKH Mainkofen, Deggendorf
Parkklinik Bad Rothenfelde
Rehabilitationsklinik Carolinum, Bad Karlshafen
Rehaklinik Sankt Marien
Wicker-Klinik, Bad Wildungen

Anhang 3: Gesprächsleitfaden für die Expertengespräche

Interview-Leitfaden

Fragen an die Expertinnen und Experten zum Thema „medizinische Rehabilitation und
Vorsorge von pflegenden Angehörigen“ im Rahmen des Fachgutachtens für das BMG

FRAGEKOMPLEX		Leitfragen
1	Fokus/ Perspektive des Experten/der Expertin auf das Thema	Das Thema „pflegende Angehörige“ ist sehr umfangreich und weist ganz verschiedene Aspekte auf. Was ist Ihr aktueller Fokus/ Ihre spezielle Perspektive?
2	Bedarf / Bedürfnisse	Pflegende Angehörige sind bei der Versorgung des Pflegebedürftigen häufig von ganz unterschiedlichen Belastungen gleichzeitig betroffen (z. B. psychische und körperliche Belastungen, Mehrfachbelastungen, soziale und finanzielle Einschränkungen, unterschiedliches Belastungserleben bei Männern und Frauen, Belastungsunterschiede abhängig vom Erkrankungsbild und Verwandtschaftsgrad). Was ist erforderlich um pflegende Angehörige nachhaltig zu entlasten und ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern?
3	Konzepte / Modellprojekte/ Forschungs- projekte	Welche konkreten Konzepte oder Modellprojekte zur medizinischen Rehabilitation pflegender Angehöriger sind Ihnen bekannt? Diese können sich auch auf einzelne Elemente aus der medizinischen Rehabilitation beziehen.
4	Barrieren / förderliche Bedingungen	Welche Barrieren und welche förderlichen Bedingungen sehen Sie im Hinblick auf die Umsetzung medizinischer Reha- oder Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige?
5	Ideal- vorstellung	Wie müsste ein umfassendes Konzept zur medizinischen Rehabilitation/ Vorsorge gestaltet sein, damit es die wesentlichen Bedürfnisse und den Bedarf pflegender Angehörige adäquat berücksichtigt?
6	Konkrete nächste Schritte	Sie haben die Möglichkeit, drei Maßnahmen zu ergreifen, um die Lage der pflegenden Angehörigen in Bezug auf die medizinische Rehabilitation/ Vorsorge substantiell zu verbessern. Welche Maßnahmen würden Sie ergreifen? Was würden Sie in einem Fachgutachten dazu unbedingt lesen wollen? Worauf wird es in Zukunft ankommen?

Anhang 4: Einrichtung, die die Aufnahme pflegebedürftiger Begleitpersonen ermöglichen

Einrichtungen ohne spezifisches Konzept für stationäre Vorsorge- oder Reha- Maßnahmen für pflegende Angehörige aber mit Aufnahme von pflegebedürftigen Begleitpersonen

Asklepios Weserbergland-Klinik

Grüne Mühle 90 37671 Höxter Tel: 05271-98-0 Fax: 05271-98-4444 info.hoexter@asklepios.com

DianaKlinik

Dahlenburger Straße 2a 29549 Bad Bevensen Tel: 05821-80-0 Fax: 05821-80-3777

Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen

Am Freibad 5 49152 Bad Essen Tel: 05472-400-0 Fax: 05472-400-755 info@neurozentrumniedersachsen.de

Fontana-Klinik

Fachklinik für Rheumatologie und Orthopädie

Dresdener Straße 9 04924 Bad Liebenwerda Tel: 035341-90-0 Fax 035341-90-1180 fontana-klinik@rhm-kliniken.de

Geriatrische Reha-Klinik Bethel Welzheim

Schorndorfer Straße 81 73642 Welzheim Tel: 07182-801-0 Fax: 07182-801-129 RKWE@BethelNet.de

Klinik Bergfried Saalfeld

Zum Fuchsturm 20 07318 Saalfeld Tel: 03671-593-0 Fax: 03671-593-606 klinik@klinik-bergfried.de

Klinik Dr. Muschinsky

Wiesenbek 7-10 37431 Bad Lauterberg/Harz Tel: 05524-858-0 Fax: 05524-858-333

Klinik Niedersachsen

Hauptstraße 59
31542 Bad Nenndorf
Tel: 05723-707-0
Fax: 05723-707-164
info@klinikniedersachsen.de

Klinik Rabenstein

Kurstraße 38-42
63667 Nidda – Bad Salzhausen
Tel: 06043-806-0
Fax: 06043-806-400
info@klinik-rabenstein.de

m&i-Fachklinik Bad Pyrmont

Auf der Schanze 3
31812 Bad Pyrmont
Tel: 05281-6210-0
Fax 05281-6210-1400
info@fachklinik-bad-pyrmont.de

Marienkrankenhaus St. Wendel

Fachklinik für geriatrische Rehabilitation

Am Hirschberg
66606 St. Wendel
Tel: 06851-59-01
Fax: 06851-70136
geriatrie@wnd.marienhaus-gmbh.de

MediClin Albert Schweitzer Klinik /MediClin Baar Klinik

Parkstr. 10
78126 Königsfeld
Tel: 07725-96-0
Fax: 07725-96-2403

MediClin Bliestal Kliniken

Am Spitzenberg
66440 Blieskastel
Tel: 06842-54-0
Fax 06842-54-2332

MediClin Deister Weser Kliniken

Lug ins Land 5
31848 Bad Münder
Tel: 05042-600-0
Fax 05042-600-600

MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr

Auf der Rötsch 2
45219 Essen
Tel: 02054-88-0
Fax: 02054-88-2001

MediClin Hedon Klinik

Hedonallee 1
49811 Lingen
Tel: 0591-918-0
Fax: 0591-918-15

MediClin Klinik am Rennsteig

Zimmerbergstr. 34
99891 Tabarz
Tel: 036259- 64-0
Fax 036259- 64-100

MediClin Klinik am Vogelsang

Alte Wolterdingerstr. 68
78166 Donaueschingen
Tel: 0771-851-0
Fax: 0771-851-222

MediClin Klinikum Soltau

Oeninger Weg 59
29614 Soltau
Tel: 05191-800-0
Fax: 05191-800-200

MediClin Reha-Zentrum Bad Orb

Spessartstr. 20
63619 Bad Orb
Tel: 06052-808-0
Fax: 06052-808-649

MediClin Seepark Klinik

Sebastian-Kneipp-Str. 1
29389 Bad Bodenteich
Tel: 05824-21-0
Fax: 05824-21-200

Rehaklinik am Sendesaal

Bürgermeister-Spitta-Allee 47
28329 Bremen
Tel: 0421-33630-0
Fax: 0421-33630-2005
info@rehaklinik-sendesaal.de

Reha-Klinik Dahleener Heide

Waldstraße 6
04774 Schmannewitz
Tel: 034361-62-0
Fax: 034361-62-100
klinik-dahleenerheide@dengg-kliniken.de

Reha-Zentrum am Meer

Klinik für Orthopädische und Rheumatologische Rehabilitation

Klinik für Onkologische Rehabilitation

Unter den Eichen 18
26160 Bad Zwischenahn
Tel: 04403-61-0
Fax: 04403-61-495
info@rehazentrum-am-meer.de

Reha-Zentrum Gyhum

Alfred-Kettner-Straße 1
27404 Gyhum
Tel: 04286-89-0
Fax: 04286-1515
info@reha-gyhum.de

Rehazentrum Wilhelmshaven

Postakut- und Rehabilitationszentrum für Orthopädie und Neurologie

Bremer Straße 2
26382 Wilhelmshaven
Tel: 04421-945-0
Fax: 04421-945-502
info@reha-whv.de

Sankt Rochus Kliniken

Bad Schönborn
Sankt-Rochus-Allee 1-11
76669 Bad Schönborn
Tel: 07253-82-0
Fax: 07253-82-4005
info@sankt-rochus-kliniken.de

Thermalbad Wiesenbad Gesellschaft für Kur und Rehabilitation mbH

Freiberger Straße 33
09488 Thermalbad Wiesenbad
Tel: 03733-504-0
Fax: 03733-504-1188
kur@wiesenbad.de

Weserland-Klinik Bad Seebruch

Fachklinik für orthopädische, rheumatologische und geriatrische Rehabilitation
Seebruchstraße 33
32602 Vlotho
Tel: 05733-925-0
service@bad-seebruch.de