

Angehörigenberatung im Setting der häuslichen Pflege

Unterstützungsangebote und deren Nutzen für pflegende Angehörige älterer
Menschen

Counseling on informal caregivers in home care

Support and its benefits for family members nursing older people

Masterarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science in Advanced Nursing Counseling (MSc)

der Fachhochschule FH Campus Wien
Masterlehrgang: Advanced Nursing Counseling

Vorgelegt von:

Barbara Horvath

Personenkennzeichen:

1530016009

Erstbegutachterin:

Mag.^a Andrea Alder, MBA

Zweitbegutachterin:

FH-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Roswitha Engel

Eingereicht am:

30.08.2017

Herzlichen Dank ...

... an meine Betreuerin Frau Mag.^a Andrea Alder, die mir in zahlreichen Korrespondenzen dabei geholfen hat, diese Arbeit entstehen zu lassen.

... an meine Pflegedienstleitung Frau Mag.^a Petra Hellmich und ihrem Team, die sich im Laufe des Studiums äußerst entgegenkommend in der Dienstplangestaltung zeigten.

... an meine Familie und Freunde, die mir während des gesamten Studiums unterstützend zur Seite gestanden sind. Besonderer Dank gilt jedoch meinem Ehemann Georg, der mich immer wieder dazu ermutigt hat, mein Ziel zu verfolgen sowie meiner Schwester Frau Mag.^a Viktoria Stöckl, die mir in Sachen Formulierungen und Grammatik eine enorme Hilfe war.

Erklärung:

Ich erkläre, dass die vorliegende Masterarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich diese Masterarbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Des Weiteren versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum:

Unterschrift:

Kurzfassung

Pflegende Angehörige stellen einen wesentlichen Beitrag in der Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Familienmitgliedern dar. Angehörigenpflege bringt jedoch Belastungen mit sich, die zu physischen und psychischen Einschränkungen führen können.

Mit der vorliegenden Arbeit wird eine Aufstellung der aktuell zugänglichen Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige in Österreich erzielt und darüber hinaus eine Gliederung in den Bereichen Lebenssituation, Organisation und Finanzierung sowie psychosoziale Unterstützung vorgenommen. Des Weiteren werden mögliche Hürden behandelt, die es bei einer Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zu überwinden gilt. Eine starke emotionale Bindung sowie Informationslücken über vorhandene Entlastungsangebote stellen etwa Barrieren in der Nutzung von Angeboten dar. Werden Unterstützungsangebote von pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen, können dadurch positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden dieser verzeichnet werden. Für eine adäquate Auswahl an Hilfsangeboten für diese Personengruppe empfiehlt sich eine umfangreiche Erhebung von Ressourcen und Bedürfnissen im Rahmen einer Pflegeberatung. Rhetorische und persönliche Kompetenzen der durchführenden Pflegeperson sowie ein prozesshafter Ablauf der Pflegeberatung sind in dieser wichtigen Aufgabe obligat. Darüber hinaus ermöglicht eine systemische Herangehensweise auf die an der häuslichen Pflegesituation beteiligten Personen einzugehen und notwendige Interventionen individuell zu planen und somit den bestmöglichen Output zu erreichen.

Schlüsselbegriffe

pflegende Angehörige – Unterstützungsangebote – Angehörigenberatung – Barrieren – Familienpflege

Abstract

Family caregivers are very important for the care of elderly adults at home. However informal caregiving can cause severe physical and mental health problems to the respective family members. The paper at hand lists available institutional support for informal caregivers of elderly people at home in Austria on the one hand and on the other hand provides a classification regarding setting, organization, financial framework as well as psychosocial care. In the use of institutional support informal caregivers have to pass different barriers, which have their main root causes in the strong relationship between caregiver and care recipient and in less information about respite services. Referring to the latter, the use of respite services can have a positive impact on the well-being of family caregivers. For an adequate selection of the appropriate respite services, it is essential to survey resources and needs at hand in professional care counseling. For the sake of completeness the paper at hand outlines that the personal and rhetoric skills of the nurse, as well as a systemic approach essentially assist to find correct support interventions and achieve best results in reducing burdens for caregivers.

Keywords

informal caregivers – support – counseling – barriers – family health nursing

Abkürzungsverzeichnis

BPGG	Bundespflegegeldgesetz
bzw.	beziehungsweise
CFAM	Calgary Familien-Assessment-Modell
CFIM	Calgary Familien-Interventions-Modell
CM	Case Management
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGKP	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
ebd	ebenda
et al	und andere
e. V.	eingetragener Verein
FHN	Family Health Nurse
FSW	Fonds Soziales Wien
LOTTA	Lotsentandem
pA	pflegende Angehörige
SGB	Sozialgesetzbuch
SHG	Selbsthilfegruppe
SLD	Selbständig Leben Daheim
vgl.	vergleiche
WiG	Wiener Gesundheitsförderung
z.B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und Motivation	1
1.2	Ziel	4
1.3	Fragestellung	4
1.4	Methodik	4
1.5	Aufbau der Arbeit und Übersicht über die Kapitel	18
2	Begriffsklärungen	20
2.1	Pflegende Angehörige	20
2.2	Ältere Menschen	21
2.3	Pflegebedürftige Personen	21
2.4	Entlastung und Unterstützung	22
2.5	Beratung und Edukation	23
3	Pflegesituation und Finanzierung der Pflege in Österreich	25
3.1	Pflegesituation in Österreich	25
3.2	Finanzierung der Pflege in Österreich	26
3.2.1	Bundespflegegeldgesetz	26
3.2.2	Pflegefondsgesetz	28
3.2.3	Finanzierung im extramuralen Bereich	29
4	Pflegende Angehörige	30
4.1	Zahlen und Beweggründe	30
4.2	Auswirkungen der Angehörigenpflege	30
5	Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige in Österreich	33
5.1	Angebote im häuslichen Setting	34

5.1.1	Mobile Hauskrankenpflege.....	34
5.1.2	Heimhilfe	35
5.1.3	Besuchsdienst	35
5.1.4	Tagespflege für pflegebedürftige ältere Menschen	36
5.1.5	24-Stunden-Betreuung	36
5.1.6	Alltagsbegleitung	37
5.2	Organisatorische und finanzielle Unterstützungsangebote	39
5.2.1	Selbstversicherung bei der Pensionsversicherung	39
5.2.2	Pflegekarenz und Pflegeteilzeit.....	39
5.2.3	Finanzielle Unterstützung – Auszeit von der Pflege	40
5.2.4	Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger.....	41
5.3	Psychosoziale Angebote.....	42
5.3.1	Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege	42
5.3.2	Selbsthilfegruppen	44
5.3.3	Angehörigenstammtische	45
5.3.4	Angehörigenschulungen	45
5.4	Ablehnungsgründe von Unterstützungsangeboten.....	46
5.4.1	Gründe für eine Ablehnung von mobilen Diensten	47
5.4.2	Gründe für das Ablehnen von Tages- und Kurzzeitpflege	48
5.5	Barrieren bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten ..	49
5.6	Auswirkungen von Unterstützungsangeboten	52
6	Konzepte der Familienpflege.....	57
6.1	Familien- und umweltzentrierte Pflege nach Friedemann.....	57
6.2	Familiengesundheitspflege/Family Health Nursing	58

6.3	Handlungskonzept Case Management	60
7	Die Beratung von pflegenden Angehörigen	65
7.1	Der ressourcenorientierte Beratungsansatz	65
7.2	Der lösungsorientierte Beratungsansatz.....	70
7.3	Der systemische Ansatz in der Beratung	72
7.4	Beratungskommunikation	75
7.5	Der Beratungsprozess	80
8	Familien-Assessment und Interventionen	83
8.1	Das Calgary Familien-Assessment-Modell	84
8.2	Das Calgary Familien-Interventions-Modell	86
8.3	Konzept für die Beratung pflegender Angehöriger	88
9	Unterstützungsangebote aus anderen Ländern	91
9.1	Familiengesundheitspflege	91
9.2	Mentoring-Programm für pflegende Angehörige	92
9.3	Lotsentandem in der ambulanten Demenzversorgung	94
10	Diskussion.....	96
11	Zusammenfassung und Ausblick	97
	Literaturverzeichnis.....	103
	Tabellenverzeichnis	111
	Abbildungsverzeichnis	112

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Motivation

Im Jahr 2014 gab es in Österreich etwa 460.000 Personen, die Pflegegelder bezogen haben. Davon wurden etwa 140.000 Personen von mobilen Betreuungs- und Pflegediensten versorgt, darüber hinaus wurden etwa 80.000 Personen in stationären bzw. teilstationären Einrichtungen betreut (vgl. Statistik Austria: Soziales. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/betreuungs_und_pflegedienste_020067.html, 9.10.2016). Diese Zahlen lassen die Vermutung naheliegen, dass ein großer Teil der pflegebedürftigen Personen von Angehörigen bzw. informellen Netzen betreut wird.

Pflegende Angehörige leisten neben den professionellen Pflegediensten einen großen Teil der Pflege- und Betreuungsarbeit im häuslichen Umfeld. Nicht wenige davon gehen durch die ständige Verfügbarkeit für den Pflegebedürftigen an ihre körperlichen und psychischen Grenzen. Dass die Aufrechterhaltung der Gesundheit der pflegenden Angehörigen mindestens genauso wichtig ist wie die Arbeit, die sie leisten, ist unumstritten. Es wurde erkannt, dass neben der positiven Wirkung einer Auszeit von der Pflege, auch Information, sowie psychische und soziale Unterstützung für pflegende Angehörige eine Entlastung herbeiführen kann (vgl. Perrig-Chiello, Höpflinger, 2012, S. 213-214).

Zahlreiche Studien und Forschungsprojekte haben sich bereits mit der Erhebung der verschiedenen Belastungsfaktoren von pflegenden Angehörigen beschäftigt. Durch den Einfluss dieser Belastungsfaktoren können pflegende Angehörige langfristig erkranken, diese Gruppe läuft somit Gefahr zu sogenannten „second victims“ oder „hidden patients“ zu werden (vgl. Posch-Eliskases et al, 2015a, S. 12).

Beruhend auf diesen Erkenntnissen haben sich Brügger, Jaquier und Sottas damit beschäftigt, über welche Ressourcen und Bewältigungsstrategien pflegende Angehörige verfügen, um die Aufgabe der Pflege beizukommen. Wie intensiv hierbei Belastungen empfunden werden, hängt auch von den individuell angewandten Bewältigungsstrategien ab. Das können etwa Gedanken und Verhaltensweisen sein, die dabei helfen Probleme zu lösen und Stress zu begegnen. Die vorhandenen Ressourcen stehen zwar im unmittelbaren Zusammenhang mit der jeweiligen Persönlichkeit und Kompetenz des pflegenden Angehörigen, können aber auch aus dem sozialen Umfeld oder aber durch professionelle Hilfe erweitert werden. Pflegende Angehörige wünschen sich einen vermehrten Austausch mit anderen Personen zu ihrer Situation, wobei Angebote von SeelsorgerInnen oder Selbsthilfegruppen, aufgrund der fehlenden Zeit, nur selten in Anspruch genommen wurden. Als eine von mehreren Bewältigungsstrategien pflegender Angehöriger wurde der Austausch mit Gesundheitspersonal beschrieben. Gespräche, die parallel zur Betreuung der pflegebedürftigen Person stattfinden, wurden von Angehörigen als Entlastung empfunden, zumal die Angehörigen dafür keinen zusätzlichen Weg aufbringen und der Pflegebedürftige nicht alleine gelassen werden musste. Belastungen wurden leichter ertragen, wenn sie mit jemandem geteilt werden konnten (vgl. Brügger, Jaquier und Sottas, 2016, S. 139-140).

Diese Aussage der Betroffenen lässt auf die Wichtigkeit und die Notwendigkeit professioneller Pflegeberatung und psychosozialer Betreuung in der mobilen Pflege, nicht nur für die Pflegebedürftigen, sondern auch für die pflegenden Angehörigen schließen.

Pflegende Angehörige älterer Menschen sind extremen Belastungen ausgesetzt, diese reichen von zeitlicher Beanspruchung über emotionale Belastung bis hin zur sich verändernden Beziehung zum Pflegebedürftigen. Wie bereits erwähnt, können pflegende Angehörige durch diese enormen Belastungen selbst erkranken. So wie es verschiedene Faktoren der Belastung gibt, kann Entlastung ebenfalls auf verschiedenen Ebenen stattfinden (vgl. Posch-Eliskases et al, 2015a, S. 12). Die Entlastungsangebote reichen von

finanzieller Hilfe in Form von Pflegegeld bis hin zu physischen und psychischen Entlastungen, indem beispielsweise soziale Dienste für pflegerische oder betreuende Maßnahmen hinzugezogen werden, oder Selbsthilfegruppen, in denen sich pflegende Angehörige untereinander austauschen können (vgl. https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/Selbsthilfegruppen/Selbsthilfegruppen; <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360524.html> 24.10.2016).

Durch den Einsatz von pflegeentlastenden und unterstützenden Angeboten als auch von Case und Care Management, wurde für die pflegenden Angehörigen demenzerkrankter Personen ein signifikanter Effekt auf das subjektive Wohlbefinden sowie deren Wissen und Belastungen festgestellt. Ferner wurde die Relevanz der individuellen Bedürfnisorientierung der pflegenden Angehörigen dargestellt, um dadurch adäquate Unterstützungsleistungen anzubieten. Um dies mit dem bestmöglichen Outcome zu erreichen, wird von Mantovan et al die Wichtigkeit „eines übergeordneten, organisatorischen Konzeptes (z.B. Case/Care Management, Family Health Nursing)“ dargestellt, wodurch die Angebote für die pflegenden Angehörigen kombiniert und vernetzt werden können (Mantovan et al, 2010, S. 223).

Eine strukturierte Angehörigenberatung benötigt neben der Expertise einer Gesundheits- und Krankenpflegeperson im mobilen Setting auch eine genaue Vorbereitung und ein breites Wissen über Möglichkeiten von Unterstützungsangeboten. Ferner sind Beratungskompetenzen unumgänglich, um dieser Personengruppe bedürfnisorientierte Möglichkeiten der Unterstützung darzulegen. Da pflegende Angehörige älterer Menschen als Partner in der häuslichen Pflege unverzichtbar sind, ist es für die Verfasserin von großem Interesse, eine strukturierte Darstellung von Angeboten sowie die Wirksamkeit der Inanspruchnahme für diese Personengruppe zu erstellen. Zumal ihr durch die eigene Erfahrung in der mobilen Pflege immer wieder verdeutlicht wird, dass in diesen außerordentlichen Situationen ein hoher Informations- und Beratungsbedarf für die pflegenden Angehörigen gegeben ist.

1.2 Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand einer systematischen Literaturrecherche aktuelle Möglichkeiten der Unterstützung für pflegende Angehörige von zu Hause lebenden älteren Menschen im Rahmen einer Pflegeberatung darzustellen. Ferner sollen Resultate der Inanspruchnahme individueller Unterstützungsangebote für diese Personengruppe beleuchtet sowie mögliche Barrieren aufgezeigt werden, die für eine Inanspruchnahme von Angeboten zu überwinden sind.

1.3 Fragestellung

Die bereits exemplarisch genannten Möglichkeiten zur Unterstützung für pflegende Angehörige lassen auf ein großes Angebot schließen und stellen den Ausgangspunkt dieser Arbeit dar.

Folgende Forschungsfragen lassen sich dadurch ableiten:

- Welche Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige zu Hause lebender älterer Menschen ab 65 Jahren gibt es in Österreich?
- Welche erfolgreichen Entlastungsangebote für pflegende Angehörige älterer Menschen ab 65 Jahren lassen sich aus anderen Ländern ableiten?
- Welche Hürden gilt es für pflegende Angehörige zu überwinden, um diese Angebote in Anspruch zu nehmen?
- Welche Effekte werden durch die Inanspruchnahme von verschiedenen Unterstützungsangeboten in der Literatur beschrieben?

1.4 Methodik

Die aufgeworfenen Fragestellungen wurden anhand einer systematischen Literaturrecherche mittels vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Festlegung von Suchbegriffen beantwortet. Die Recherche konzentrierte sich auf die Onlinedatenbanken CareLit, Science direct und CINAHL. Ergänzt wurde die Masterthesis mittels Handrecherche im Freihandbereich der Bibliothek der FH Campus Wien, der Universitätsbibliothek der medizinischen

Universität Wien sowie durch die Berrypicking-Technik. Ferner wurden Internetseiten wie etwa von österreichischen Bundesministerien sowie der Statistik Austria als Quellen herangezogen. Die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien finden sich in Tabelle 1, die verwendeten Suchbegriffe in Tabelle 2. Der Ablauf der systematischen Literaturrecherche wird anhand des PRISMA Statements dargestellt, siehe dazu Abbildung 1.

Im ersten Schritt der Literaturrecherche wurde in den genannten Datenbanken mit den festgelegten Suchbegriffen in verschiedenen Kombinationen nach relevanten Artikeln gesucht. Verbunden wurden die Termini mit den Operatoren „AND“, „NOT“ und „OR“, um verwandte Artikel zu erhalten. Ergänzt wurden die Treffer durch Handrecherche und Empfehlungen. Im nächsten Schritt erfolgte die Beurteilung der Artikel nach Titel und Abstract in Bezug auf Relevanz des Forschungsgebietes, wodurch ein Großteil der Quellen ausgeschlossen werden konnte. Schließlich wurden 41 Artikel näher beurteilt, von denen zuletzt 13 in diese Masterthesis einfließen, um die aufgeworfenen Forschungsfragen zu beantworten.

Besagte eingeschlossene Artikel sind anhand einer Tabelle als Kurzübersicht dargestellt. Siehe dazu Tabelle 3. Das detaillierte Suchprotokoll ist in Tabelle 4 angeführt.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Variablen	<ul style="list-style-type: none"> -Unterstützungs-, Entlastungs-, Hilfsangebote -Entlastungen -Effekte von Interventionen -Case Management -Familienpflege 	<ul style="list-style-type: none"> -medizinische Therapien
Personengruppe	<ul style="list-style-type: none"> -pflegende Angehörige -ältere pflegebedürftige Personen ab 65 Jahren 	<ul style="list-style-type: none"> -Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige -pflegebedürftige Kinder und Jugendliche -palliative Pflege und Betreuung
Setting	<ul style="list-style-type: none"> -häusliche Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> -stationäre Einrichtungen -Langzeiteinrichtungen
Publikationsarten	<ul style="list-style-type: none"> -systematische Reviews -Studien -Fachbücher -Lehrbücher 	<ul style="list-style-type: none"> -nicht wissenschaftliche Publikationen
Zeitraum	<ul style="list-style-type: none"> -2012-2017 für Studien und Reviews -2000-2017 für Fach- und Lehrbücher 	
Sprache	deutsch, englisch	
Kulturraum	Industriestaaten	

Tabelle 2: Suchbegriffe

pflgende Angehörige informelle Pflege	family care givers (informal) care givers
ältere Menschen	older people elderly
häusliche Pflege	home nursing
Unterstützung	support support intervention
Entlastung	relief
Maßnahmen	intervention
Effekte	effects outcome
Beratung	counselling counseling consultation
Familienpflege familienzentrierte Pflege	family nursing family health nursing
Barrieren Hürden, Hindernis	barriers hurdle

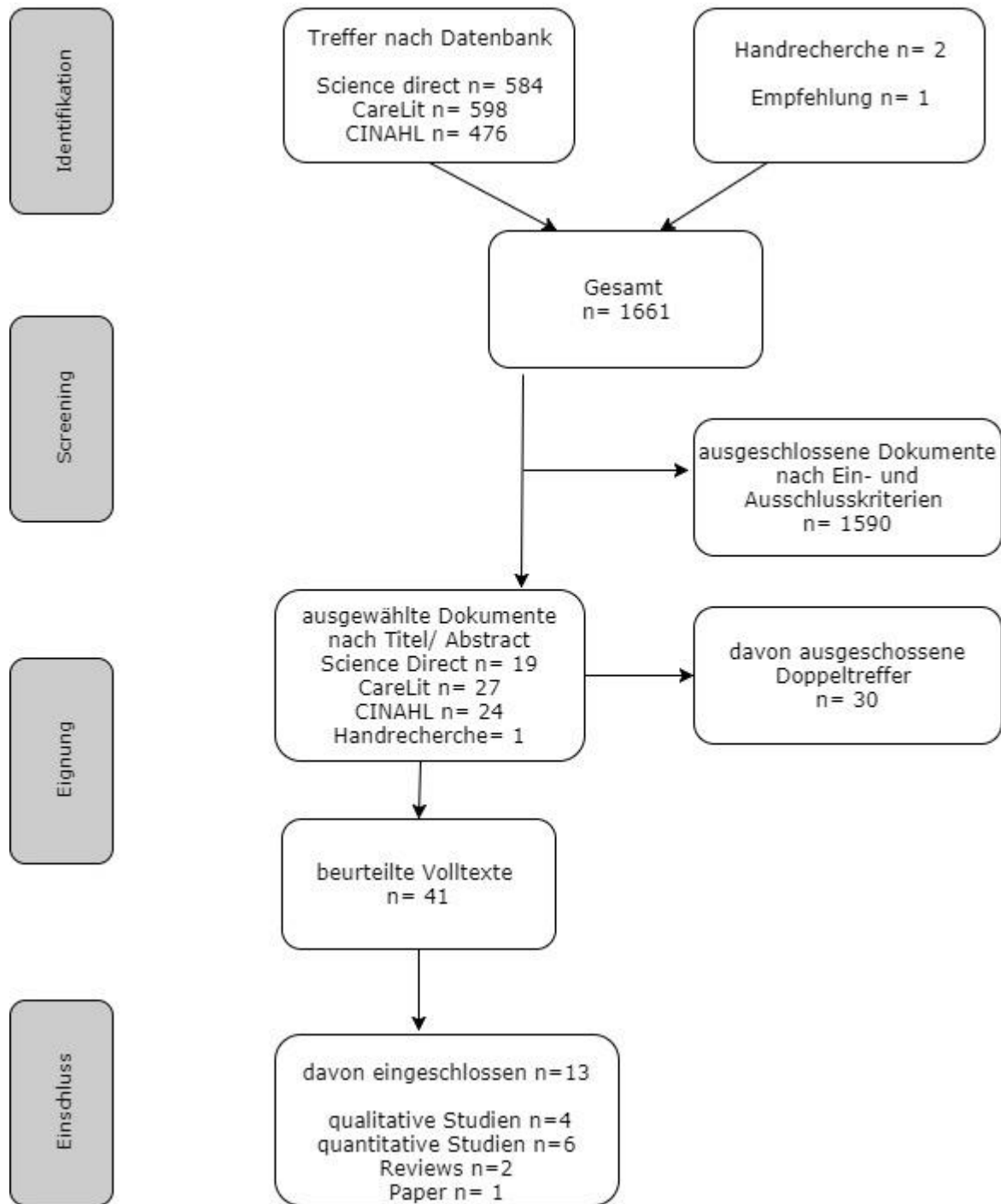


Abbildung 1: PRISMA Statement

Tabelle 3: Kurzbeschreibung der verwendeten Literatur

Nr.	Autor	Titel	Methode	Ergebnis	Jahr
1	Dräger, Blüher, Kummer, Budnick	Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige	Quantitative Studie	Trotz niederschwelliger Angebote und minimieren von Barrieren, werden gesundheitsfördernde Maßnahmen nur wenig angenommen. Subjektive Empfindungen wie persönliche Gründe und Überforderung wurden noch vor finanziellen und organisatorischen Gründen genannt.	2013
2	Büscher, Dorin, Metzling, Krupa	Erholungszeiten für Familien von Schwerpflegebedürftigen: Inanspruchnahme und Potenzial von Tages- und Kurzzeitpflege	Quantitative Studie	Die Tages- und Kurzzeitpflege haben einen hohen Bekanntheitsgrad, jedoch lehnt knapp die Hälfte lehnt beide Angebote ab und jeder vierte die Tagespflege (N=1115). Eine mögliche Inanspruchnahme der Angebote geht mit einem schlechten Gesundheitszustand des pflegenden Angehörigen einher. Eine starke Beziehung zwischen dem Pflegenden und dem Pflegebedürftigen steht einer Nutzung der Angebote oft im Weg.	2014

3	Brügger, Jaquier, Sottas	Belastungserleben und Coping- Strategien pflegender Angehöriger. Perspektive der Angehörigen	Qualitative Studie	Die Organisation und Nutzung von informellen Diensten sowie entlastende Gespräche mit Gesundheitspersonal oder Laien über die Pflegesituation und damit verbundene Belastungen, halfen den Pflegenden mit fordernden Situationen besser umzugehen. Wissenserweiterung und Kompetenzerwerb in medizinisch/pflegerischen Belangen und organisatorische Hilfestellung war für die informell Pflegenden bereichernd.	2015
4	Schilder, Florian	Die Entlastung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz durch niederschwellige Betreuungsgruppen aus der Sicht der Nutzer und der Anbieter	Qualitative Studie	Neben Gründen für eine Nicht-Nutzung des Angebotes wurden auch Auswirkungen der Inanspruchnahme erhoben. Der Bekanntheitsgrad ist ausbaufähig. Der fragliche Nutzen des Angebotes für die Angehörigen sowie finanzielle und organisatorische Aspekte waren Ablehnungsgründe. Effekte durch die Inanspruchnahme waren der Zugewinn von freier Zeit, in der die pflegenden Angehörigen ihre Selbstpflege stärken, soziale Kontakte und Beziehungen pflegen.	2012

5	Greenwood, Habibi	Carer mentoring: A mixed methods investigation of a carer mentoring service	Quantitative Erhebung mit vertiefenden qualitativen Interviews	2014	Mentoren sind ehrenamtliche Helfer die zum Teil selbst pflegende Angehörige waren. Neben Gesprächsführung, Unterstützung bei praktischen Tätigkeiten und fördern von sozialen Kontakten, helfen die „Pflege-Begleiter“ auch dabei, Angehörige in ihrer Leistung zu bestärken.
6	Krüger, Eberl, Schnepp	Die WHO-Pilotstudie zur Family Health Nurse in Deutschland: Sichtweisen von Familien zur Familiengesundheitspflege – Eine qualitative Untersuchung	Qualitative Studie	2012	Familien in pflegerisch herausfordernden Situationen können durch eine FHN unterstützt werden. Diese kann durch einen niederschweligen Zugang unter Einbezug anderer Disziplinen zur Aufrechterhaltung der Gesundheit beitragen, indem Ressourcen erhoben und gewinnbringend eingesetzt werden.
7	Weskamm	Gemeindeschwester im modernen Gewand	Fachartikel	2014	Durch die gesetzliche Verankerung sowie eine Rahmenvereinbarung mit dem deutschen Berufsverband für Pflegeberufe und einer Krankenkasse, wird es pflegenden Angehörigen ermöglicht, professionelle Pflegeberatung durch qualifiziertes Personal in Anspruch zu nehmen. Der Fokus liegt auf Gesundheitsförderung und Ressourcenorientierung.

8	Vandepitte, Van Den Noortgate, Putman, Verhaeghe, Verdonck, Annemans	Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: a systematic review	Systematisches Review	Die Inanspruchnahme von Tagespflegeangebote stellt für pflegende Angehörige von DemenzpatientInnen eine effektive Möglichkeit der Unterstützung dar. Neben der Reduktion des Belastungserlebens wurde ebenfalls der sozialen Isolation entgegen gewirkt.	2016
9	Kim, Yeom	Influence of home care services on caregivers burden and satisfaction	Quantitative Studie	Eine Querschnittstudie in Südkorea unter pflegenden Angehörigen (N=157) ergab keinen signifikanten Einfluss auf Zufriedenheit und Belastung durch die Nutzung von mobilen Pflegediensten. Die Bedeutung einer starken Familienstruktur wurde als essentiell beschrieben, um Belastungen durch die Pflege zu kompensieren. Ferner empfanden jene Familien die Angehörigenpflege als Bereicherung.	2016

10	Silva, Teixeira H., Teixeira M., Freitas	The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review	Integratives Review	Durch das Review wurden vier Kategorien von Hauptbedürfnissen von pflegenden Angehörigen zu Hause lebender älterer Menschen erhoben. Herangezogen werden die Ergebnisse zu den Themen Information und Wissensvermittlung, professionelle Unterstützung und zielführende Kommunikation.	2013
11	Mischke	Ressourcen pflegender Angehöriger – eine Forschungslücke? Gesundheitssoziologische und empirische Annäherung an ein bislang vernachlässigtes Forschungsfeld	Qualitative Sekundäranalyse	Die Identifizierung von Ressourcen pflegender Angehöriger ist essentiell, um eine erfolgreiche Beratung durchzuführen. Ressourcengewinne und -verluste beeinflussen sich gegenseitig. Zudem nehmen sie Einfluss auf das Belastungserleben. Die Erhebung individueller Situationen ist die Basis, um passgenaue Interventionen für pflegende Angehörige zu identifizieren.	2012

12	Arnold, Emme v.d. Ahe, Hermsen, Löcherbach	Effektivität und Effizienz des Case Managements in der ambulanten, sektorenübergreifenden Basisversorgung Demenzerkrankter	Quantitative Studie	Case Management in der Betreuung Demenzerkrankter stellt einen wesentlichen Aspekt in der häuslichen Versorgung dar. Gewinnbringende Einsätze von bedürfnisorientierten Hilfsangeboten rücken die Wichtigkeit von Hausarztpraxen und Fachberatungsstellen bzw. PflegeberaterInnen als Versorgungskombination in den Fokus. Zudem profitieren Betroffene und pflegende Angehörige gleichermaßen.	2014
13	Engel, Reiter-Jäschke, Hofner	„EduKation demenz®“ – Psychoedukatives Schulungsprogramm für Angehörige von Menschen mit Demenz	Quantitative Studie	In dieser Interventionsstudie steht eine psychoedukative Gruppenintervention für pflegende Angehörige von an Demenz erkrankten Personen im Zentrum. Durch die Teilnahme an dem Programm, konnte bei den TeilnehmerInnen (N=426) eine Verbesserung in der emotionalen Einstellung gegenüber dem Erkrankten sowie eine Verbesserung des Kommunikationsverhaltens und dem Belastungsempfinden beobachtet werden.	2016

Tabelle 4: detailliertes Suchprotokoll

Datenbank	Einschränkungen	Sucheingabe (Begriffe, Operatoren)	Treffer gesamt	Treffer relevant
Science direct	2012 – present Suche in Abstract, Title, Keywords sowie in Journals	Family care givers AND elderly	4	0
		Family care givers AND home nursing	107	3
		Family care givers AND support	19	0
		Informal care giver AND support	1	0
		Family care givers AND assistance	0	0
		Informal care giver AND elderly	44	2
		Informal care AND home nursing	48	0
		Informal care AND support	36	4
		Informal care AND assistance	28	1* Doppeltreffer
		Informal care AND relief	3	0
		Informal care AND burden	115	2* davon 1 Doppeltreffer
		Informal care AND intervention	41	1
		Informal care AND effects	35	4* davon 3 Doppeltreffer
		Informal care AND outcome	27	2* davon 2 Doppeltreffer
		Informal care AND counseling	7	0
		Informal care AND counselling	7	0
		Informal care AND consultation	13	0
		Informal care AND family nursing	31	0

		Informal care AND family health nursing	18	0
			584 gesamt	12 (ohne Doppeltreffer)
CareLit	Ab 2012	Häusliche Pflege UND ältere	87	1
		Pflegende Angehörige UND Maßnahmen UND ältere	171	2
		Pflegende Angehörige UND häusliche Pflege UND Unterstützung UND ältere	55	1
		Pflegende Angehörige UND häusliche Pflege UND Entlastung UND ältere	27	1* davon 1 Doppeltreffer
		Pflegende Angehörige UND häusliche Pflege UND Belastung UND ältere	31	1
		Pflegende Angehörige UND häusliche Pflege UND Maßnahmen UND ältere	42	5* davon 5 Doppeltreffer
		Pflegende Angehörige UND häusliche Pflege UND Effekte	27	3
		Pflegende Angehörige UND häusliche Pflege UND beratung UND ältere	39	4* davon 4 Doppeltreffer
		Unterstützung UND pflegende Angehörige OHNE Kinder UND zu Hause	82	3

		Familienpflege UND pflegende Angehörige OHNE Kinder	11	1
		Beratung pflegende Angehörige Kinder häuslich	UND OHNE UND	11
		Pflegende Angehörige häuslich Barrieren	UND UND	15
			598 gesamt	17 (ohne Doppeltreffer)
CINAHL via Ebsco Host	Ab 2012	Family care givers AND elderly AND support	51	2
		Family care givers AND elderly AND support interventions	4	1* Doppeltreffer
		Family care givers AND elderly AND support interventions AND relief	0	0
		Family care givers AND elderly AND support AND effects	4	0
		Family care givers AND elderly AND support AND outcome	6	0
		Family care givers AND elderly AND intervention OR informal care AND home nursing	79	8* davon 2 Doppeltreffer
		Family care givers AND elderly AND intervention OR informal care AND effects	111	5* davon 5 Doppeltreffer

	Family care givers AND elderly AND family health nursing	0	0
	Family care givers AND elderly AND family nursing interventions	1	1* Doppeltreffer
	Family care givers AND elderly AND barriers AND support	0	0
	Family care givers AND elderly AND help	19	1
	Family care givers AND elderly AND intervention AND effects OR informal care giver	201	6* davon 2 Doppeltreffer
		476 gesamt	13 (ohne Doppeltreffer)
Insgesamt:		1661 Treffer	

1.5 Aufbau der Arbeit und Übersicht über die Kapitel

Nach der Klärung relevanter Termini wird die derzeitige Pflegesituation sowie die Finanzierung der Pflege in Österreich beschrieben, da finanzielle Zuwendungen von Bund oder Ländern zum Teil ebenfalls in die Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige einfließen.

Ein Kapitel befasst sich mit Zahlen, Beweggründen und Auswirkungen der Angehörigenpflege. Die Darstellung von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige in Österreich sowie Effekte und Barrieren der Inanspruchnahme dieser erfolgt in einem separaten Kapitel.

Im Anschluss daran erfolgt in einem Kapitel die Darstellung des Konzeptes der Familienpflege sowie des Case Managements als Teilaspekt der familienorientierten Pflege.

Ein weiteres Kapitel dieser Masterthesis beschäftigt sich mit der Beratung und deren Grundlagen sowie mit Beratungskonzepten, die im Setting der häuslichen Pflege bzw. in der Arbeit mit Angehörigen Anwendung finden. Zudem erfolgt in jenem Kapitel die Darstellung eines Beratungsprozesses in der Pflege. Die Zusammenfassung der Ergebnisse, in denen ebenfalls auf einen möglichen weiteren Forschungsbedarf verwiesen wird, findet nach dem Blick über die Landesgrenzen statt, indem exemplarisch einige erfolgreiche Angebote aus anderen Ländern für pflegende Angehörige dargestellt sind.

2 Begriffsklärungen

Um eine Basis für die LeserInnen zu schaffen, werden anfänglich die wichtigsten Termini geklärt, die den Ausgangspunkt dieser Arbeit darstellen und im weiteren Verlauf immer wieder vorkommen. Darüber hinaus werden hier und im Laufe der Masterthesis Abkürzungen festgehalten, die für die Aufrechterhaltung des Leseflusses herangezogen werden.

2.1 Pflegende Angehörige

Bei pflegende Angehörige (pA) handelt es sich um Personen, die sich aus unterschiedlichen Motiven dazu entscheiden, ein pflegebedürftiges Familienmitglied zu Hause zu betreuen. Die Gründe dafür können mannigfaltig sein und reichen von einer starken emotionalen Bindung zur pflegebedürftigen Person über soziale Anerkennung bis hin zu der Tatsache, dass es den Betroffenen nicht gelegen ist, wenn sich fremde Personen im eigenen Haushalt befinden (vgl. Ertl, Kratzer, 2007, S. 102-103).

Nach der Definition des Sozialministeriums gehören neben dem/ der EhepartnerIn auch weitere Personen zu nahen Angehörigen, wie LebensgefährtIn, eingetrageneR PartnerIn, Wahl-, Stief- und Pflegekinder, sowie Geschwister, SchwägerInnen, Schwiegerkinder und -eltern als auch Nichten und Neffen (vgl. Sozialministerium: Richtlinien. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/2/1/CH3434/CMS1451988835822/5_richtlinien_ab_1.1.2017.pdf, 3.3.2017).

Diese Beschreibung ergänzt folgende Definition, die besagt, dass im häuslichen Bereich ein pA eine Person ist, die die Obhut über eine ältere Person übernimmt. Es ist ein (naher) Verwandter, der keine Kenntnisse oder eine Ausbildung im Gesundheitsbereich hat, welcher jedoch die Pflege für ein Familienmitglied oder eine Person aus der Gemeinschaft übernimmt. Durch den Umgang mit kranken und/oder pflegebedürftigen Personen wird aus den schrittweise erworbenen Erfahrungen, eine informelle Beschäftigung (vgl. Floriano et al, 2012, S. 544). Auf ebendiese Erklärung bezieht sich auch die

Verfasserin in dieser Arbeit. Oftmals wird in der Literatur auch der Begriff „informelle Pflege“ synonym zu pflegenden Angehörigen verwendet. Demnach werden beide Begriffe in dieser Arbeit ebenfalls synonym verwendet.

2.2 Ältere Menschen

In der Literatur finden sich unterschiedliche Definitionen für Alter und ältere Menschen. Es gibt Einteilungen nach Gruppen oder Phasen. Demnach werden 65- bis 79-Jährige als „junge Alte“ beschrieben, die durch den Eintritt ins Pensionsalter gekennzeichnet sind und meist über eine gute Gesundheit verfügen. In der Altersgruppe der über 80-Jährigen finden sich „betagte und hochbetagte Personen“. Eine weitere Unterscheidung ist jene nach den Lebensphasen: hier befinden sich die 60-70 Jahre alten Personen im „anfänglichem Alter“, die 71- bis 80-Jährigen im „mittleren Alter“ und die über 80-jährigen im „alten Alter“ (vgl. Sozialministerium: sozialpolitische Studienreihe. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/8/1/CH3434/CMS1459846615201/14_sozialpolitische_studienreihe_band_11.pdf, 3.3.2017).

Gängig ist jene Einteilung der WHO, welche die 60- bis 75-Jährigen als ältere Menschen beschreibt, die 75- bis 90-Jährigen als alte Menschen, die über 90-Jährigen als hochbetagte und jene ab 100 Jahren als langlebige Menschen bezeichnet (zit. n. Steidl, Nigg, 2014, S. 14).

In Mitteleuropa wird zumeist mit dem Eintritt in den Ruhestand, zwischen 60 und 65 Jahren, auch der Beginn der Altersphase beschrieben (vgl. Steidl, Nigg, 2014, S. 14-15). Im Rahmen dieser Masterthesis wird auf jene Altersgruppe der über 65-Jährigen eingegangen.

2.3 Pflegebedürftige Personen

Nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG) liegt eine Pflegebedürftigkeit dann vor, wenn eine Person auf Betreuungs- und Hilfsmaßnahmen durch andere angewiesen ist. Betreuungsmaßnahmen umfassen den persönlichen Lebensbereich wie etwa Körperpflege, Nahrungsaufnahme und

Medikamenteneinnahme. Hilfsmaßnahmen hingegen beziehen sich auf den sachlichen Lebensbereich wie z.B. Aufrechterhalten des Haushaltes, Erledigen von Einkäufen, Amts- und Arztwege sowie beheizen des Wohnraumes (vgl. Bundeskanzleramt: Amtswege leichtgemacht. Soziales. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360512.html>, 3.3.2017).

Eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach dem BPGG ist jedoch unabhängig von der Pflegebedürftigkeit anhand der Beurteilung durch eine Pflegeperson mittels eines Assessmentinstrumentes zu sehen. Die Verfasserin bezieht sich auf die Grundlage der Pflegebedürftigkeit nach dem BPGG, da sie vermutet, dass das Heranziehen von externer bzw. informeller Hilfe mit der Beantragung von Pflegegeld einhergeht.

2.4 Entlastung und Unterstützung

Im Duden finden sich für den Begriff „Entlastung“ folgende Synonyme: Befreiung, Erleichterung, Hilfe sowie Unterstützung. Darüber hinaus finden sich für den Begriff „Unterstützung“ folgende Erläuterungen: Förderung und Hilfe (vgl. Dudenverlag: Rechtschreibung. <http://www.duden.de/rechtschreibung/Entlastung/Unterstützung>, 24.10.2016).

Zum einen stellte sich im Zuge der Recherche heraus, dass die genannten Begriffe oftmals synonym verwendet werden. Zum anderen wurde deutlich, dass die Inanspruchnahme diverser Unterstützungsangebote zu einer Entlastung führen können. Dadurch wurde untermauert, dass sich die Begrifflichkeiten Entlastungs- und Unterstützungsangebote nicht getrennt voneinander beleuchten lassen, sondern sich vielmehr ergänzen und beeinflussen. Es zeigte sich, dass die Inanspruchnahme eines Unterstützungsangebotes zu einer Entlastung führen kann. Durch die Recherche stellte sich ebenfalls heraus, dass erfolgreiche Unterstützung als Entlastungsangebote beschrieben werden (vgl. Perrig-Chiello, Höpflinger, 2012, S. 213-214). Demnach werden in dieser Masterthesis die in der Literatur verwendeten Begriffe herangezogen.

2.5 Beratung und Edukation

In dem Begriff der Edukation sind die Aspekte von Information, Beratung, Schulung und Anleitung vorhanden. Anhand genannter Aspekte und didaktischer Methoden erfolgt in einer Edukation die Vermittlung von Inhalten, welche sich an die Bedürfnisse der Zielgruppe bzw. der einzelnen Personen anpassen und auf das bereits vorhandene Wissen aufbauen. Im Falle dieser Masterthesis handelt es sich bei der Zielgruppe um pflegende Angehörige. Zudem lassen die einzelnen Aspekte der Edukation erkennen, dass diese als Ergänzung zur Beratung anzusehen sind und ineinanderfließen (vgl. Protz, 2017, S. 20).

Die Beratung in der Pflege hingegen ist ein auf die Situation und den Anlass abgestimmter Prozess mit dem Ziel, Betroffene oder Gruppen dabei zu unterstützen, ein Problem zu bearbeiten oder Fähigkeiten zu erwerben (vgl. Engel, 2011, S. 37-38).

Eine weitere Beschreibung von Beratung als Teilelement der Edukation in der Pflege beinhaltet, dass es sich um einen individuellen Prozess handelt, indem Ergebnisse offen sind und zu einem konkreten Problem Lösungen erarbeitet werden. Hierbei begleitet die Pflegeperson den Prozess, die Entscheidung liegt beim Betroffenen (vgl. Huhn, 2010, S. 27). „Durch die Elemente Information, Schulung und Beratung [...] sollen Patienten und Angehörige zur Selbstpflege befähigt werden und ihnen Autonomie, Würde, Selbstaktualisierung und Selbstkontrolle wiedergegeben werden“ (Huhn, 2010, S. 26).

Was in der Beratung und der Edukation neben weiteren Aspekten ident ist, ist die Definition von Zielen zu Beginn des Prozesses, um am Ende die Zielerreichung zu evaluieren. In der Edukation werden zu Beginn Informationen vermittelt, welche die Ausgangslage für eine Beratung darstellen und in dessen Zentrum die individuelle Situation des Betroffenen steht (vgl. Protz, 2017, S. 20).

Wie diese Darstellung bereits erkennen lässt, ist eine Abgrenzung der beiden Termini Beratung und Edukation nur schwer möglich, da sie sich gegenseitig

ergänzen und ambivalent zueinander verhalten. Diese Erkenntnis ist für die Darstellung des Unterstützungsangebotes von Angehörigenschulungen in der Pflege notwendig und darüber hinaus verdeutlicht es den schmalen Grat zwischen Edukation und Beratung.

3 Pflegesituation und Finanzierung der Pflege in Österreich

Da die Versorgung von älteren Menschen, ob zu Hause oder in einer Institution, mitunter über Jahre oder Jahrzehnte andauern kann, wird in diesem Kapitel die Pflegeversorgung in Österreich überblicksartig dargestellt.

Ferner fokussiert sich diese Masterthesis primär auf die Situation von pA älterer Menschen, weshalb für ein besseres Verständnis dieser komplexen Thematik auf die Pflegesituation im Allgemeinen sowie den Bereich der Pflegevorsorge in Österreich im Speziellen eingegangen wird, die sich im Großen und Ganzen aus dem Pflegegeld und dem Pflegefonds zusammensetzt. Diese Art der finanziellen Zuwendung findet auf Bundes- oder Landesebene statt und stellt ebenfalls einen Beitrag zur Unterstützung von pA dar (vgl. Pöttler, 2014, S. 269).

3.1 Pflegesituation in Österreich

Beruhend auf Ergebnissen des Wirtschaftsforschungsinstitutes werden einige Faktoren wie die demographische Entwicklung als auch die Entwicklung auf dem Gesundheitssektor, die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen sowie eine reale Kostensteigerung im Pflegesektor, Einfluss auf die finanzielle und organisatorische Pflegesituation in Österreich nehmen (vgl. Pöttler, 2014, S. 273-274). Die Statistik Austria hat im Jahr 2012 Zahlen zur demographischen Prognose erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass bis 2030 in Österreich die neun Millionen EinwohnerInnen Marke erreicht sein wird. Zu diesem Zeitpunkt wird fast ein Viertel dieser Personen 65 Jahre oder älter sein. Heute sind es knapp 20 Prozent, die dieser Altersgruppe angehören. Den stärksten Zuwachs wird die Gruppe der über 80-Jährigen Personen verzeichnen (vgl. Statistik Austria: Demographische Prognosen. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/067546.html, 7.4.2017). Durch den Anstieg von alten und hochbetagten Personen und einem gleichzeitigen

Rückgang an Geburten, kommt es zu einer Alterung der Gesellschaft, die mit einer Zunahme des Pflegebedarfs einhergeht.

Die Entwicklungen im Gesundheitssektor prognostizieren zum einen eine Reduzierung der Morbidität und damit eine Verlängerung des Lebens mit gutem Gesundheitszustand. Zum anderen werden Umwelteinflüsse und genetische Faktoren als Einflussfaktor für einen schlechten Gesundheitszustand im Alter herangezogen. Die steigende Arbeitsmarktbeteiligung der Frauen führt zu einem Rückgang der informellen Pflege. Da jedoch die Anzahl der pflegebedürftigen Personen stetig zunimmt, wird der Betreuung und dem Ausbau von formeller Pflege eine große Bedeutung zukommen. Die reale Kostensteigerung im Pflegesektor bedeutet, dass die formelle Pflege bis 2030 von der Lohnentwicklung des Pflegepersonals mitbestimmt wird (vgl. Pöttler, 2014, S. 273-274). „Bei Verknappung und Qualitätssteigerung wird das Einkommen dieser Personen überproportional steigen. Trotz der sich ständig verbessernden Technologie im Pflegebereich wird mit steigendem Einkommen eine höhere Pflegequalität nachgefragt, was wiederum zusätzliche Kosten verursacht“ (Rudda, Fürstl-Grasser, Rubisch, zit. n. Pöttler, 2014, S. 273-274).

3.2 Finanzierung der Pflege in Österreich

3.2.1 Bundespflegegeldgesetz

Durch das BPGG wurde ein einheitliches Pflegevorsorgesystem geschaffen, das gewährleistet, dass alle Menschen, die Pflege brauchen diese auch bekommen. Das Pflegegeld stellt hierfür einen Beitrag dar, da es nicht die tatsächlichen Kosten der Pflege abdeckt, sondern lediglich einen Teil. Es ermöglicht einen gewissen Grad an Unabhängigkeit und dient ausschließlich der pflegebedürftigen Person. Zudem soll es die Möglichkeit bieten in der gewohnten Umgebung zu verbleiben (vgl. Pöttler, 2014, S. 269).

Mit Inkrafttreten des BPGG 1993 hat Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern rasch auf die künftige demographische Herausforderung reagiert (vgl. Bundesministerium für Frauen und Gesundheit: Das

österreichische Gesundheitssystem. http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/6/3/CH1066/CMS1379591881907/oe_gesundheitssystem.pdf, 6.4.2017). Diese zeichnet sich durch eine steigende Lebenserwartung einerseits und durch sinkende Geburtenzahlen andererseits aus (vgl. Pöttler, 2014, S. 269).

Eine Pflegebedürftigkeit liegt dann vor, wenn eine Person auf Betreuungs- und Hilfsmaßnahmen durch andere angewiesen ist. Wobei Betreuungsmaßnahmen den persönlichen Lebensbereich umfassen wie etwa Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme. Hilfsmaßnahmen hingegen decken den sachlichen Lebensbereich ab, wie z.B. Aufrechterhalten des Haushaltes, Erledigen von Einkäufen, Amts- und Arztwege sowie beheizen des Wohnraumes (vgl. Bundeskanzleramt: Amtswege leichtgemacht. Soziales. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360512.html> 3.3.2017).

Das Pflegegeld stellt einen wichtigen Kostenbeitrag bei pflegerischem Mehraufwand einer Person dar und wird ausschließlich vom Bund finanziert. Bei dem Pflegegeld handelt es sich um eine zweckgebundene Leistung und ist ein pauschalierter Beitrag, zu den durch Pflege entstehenden Kosten. Es wird überwiegend von älteren Personen in Anspruch genommen, wenn eine Sinnesbehinderung oder andere körperliche, geistige oder psychische Behinderungen vorliegen und wenn diese mindestens sechs Monate andauert. Darüber hinaus muss ein Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 65 Stunden pro Monat vorliegen. Ein Antrag auf Pflegegeld wird entweder bei der Pensionsversicherungsanstalt oder beim Sozialversicherungsträger eingereicht (vgl. Sozialministerium: Sozialstaat Österreich, Leistungen – Ausgaben – Finanzierung 2016. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=336>, 7.4.2017). Die Darstellung der Pflegestufen mit den monatlichen Beiträgen und dem Pflegebedarf nach Stunden finden sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Darstellung der Pflegestufen inkl. Pflegegeld und Pflegebedarf

Pflegestufe	Pflegegeld in Euro	durchschnittlicher Pflegebedarf in Stunden pro Monat
1	157,30	mehr als 65
2	290,00	mehr als 95
3	451,80	mehr als 120
4	677,60	mehr als 160
5	920,30	mehr als 180
6	1285,20	mehr als 180
7	1688,90	mehr als 180

Vgl. Tabelle des Sozialministeriums, 2016, S.117.

Wie in Tabelle 5 ersichtlich gibt es sieben Pflegestufen. Für die Erlangung der Pflegestufen 1-4 ist der zeitliche Aufwand maßgeblich. Ab der Stufe 5 sind zusätzliche Faktoren entscheidend wie z.B. „außergewöhnlicher Pflegeaufwand, zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen oder dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson“ (Sozialministerium: Sozialstaat Österreich, Leistungen – Ausgaben – Finanzierung 2016. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=336>, 7.4.2017).

Die Einschätzung des Pflegebedarfs erfolgt durch einen Sachverständigen, wobei die rechtlichen Bestimmungen hierzu in der Einstufungsverordnung (EinstV) zum Bundespflegegeldgesetz festgehalten sind. Zuletzt wurde das Pflegegeld mit 1.1.2016 erhöht (vgl. Sozialministerium: Sozialstaat Österreich, Leistungen – Ausgaben – Finanzierung 2016. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=336>, 7.4.2017).

3.2.2 Pflegefondsgesetz

Mit dem Beschluss zur Einführung des Pflegefondsgesetzes im Jahr 2011 wird ein finanzieller Zuschuss vom Bund an die Länder für die Sicherstellung von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen in der Langzeitpflege gewährt. Dadurch soll vor allem das Pflegeangebot verbessert werden, sowohl für die gerechte Versorgung der pflegebedürftigen Personen als auch für die

pflegenden Angehörigen (vgl. Sozialministerium: Pflegefonds. https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/Pflegefonds/, 7.4.2017). Der Pflegefonds umfasst somit Sachleistungen wie etwa die Unterstützung von pA. Ebenso dient dieser der Verbesserung und Anpassung des Dienstleistungsangebotes für ältere Menschen wie z.B. die stationäre und teilstationäre Betreuung, alternative Wohnformen, mobile Dienste sowie Case und Care Management (vgl. Pöttler, 2014, S. 283). Des Weiteren werden künftig im häuslichen Setting Angebote wie mehrstündige Alltagsbegleitungen sowie Entlastungsdienste (in Form von sozialen Diensten) für pA mit Hilfe des Pflegefonds abgerechnet werden können (vgl. APA-OTS Originaltext-Services GmbH: http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20161207_OTS0216/pflegefonds-wird-bis-zum-jahr-2021-auf-417-mio-aufgestockt, 7.4.2017). Siehe dazu Kapitel 5.1.6.

Auch der Ausbau des flächendeckenden Case Managements in allen Bundesländern soll aus Mitteln des Pflegefonds finanziert werden. Dadurch sollen gemeinsam mit der pflegebedürftigen Person, individuelle Lösungen speziell für die jeweilige Situation gefunden werden (vgl. Pöttler, 2014, S. 276).

3.2.3 Finanzierung im extramuralen Bereich

Zum extramuralen Bereich zählen nicht stationäre Einrichtungen, die maßgeblich an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beteiligt sind. Die Finanzierung der extramuralen Dienste wird von den Bundesländern geregelt, wodurch keine einheitliche Aussage für ganz Österreich zu treffen ist. Grundsätzlich wird jedoch für die Inanspruchnahme von mobiler Pflege und Betreuung durch soziale Dienste ein einkommensabhängiger Kostenbeitrag errechnet. Hierzu zählt neben den Einkünften der Pension auch der Beitrag des Pflegegeldes (vgl. Renner, Reiter, 2013, S. 19-20).

4 Pflegende Angehörige

4.1 Zahlen und Beweggründe

Eine oft zitierte Studie rund um das Forschungsteam von Pochobradsky aus dem Jahr 2005 gibt an, dass 80 Prozent aller pflegebedürftigen Personen in Österreich zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt werden. Zum großen Teil wird diese Aufgabe von Frauen bewältigt. Die erwähnte Studie kann als veraltet betrachtet werden, jedoch stellt und stellte diese oftmals den Ausgangspunkt für weitere Forschungen zu benachbarten Themen dar (vgl. Pochobradsky et al, 2005, S. I).

Für viele betroffene oder außenstehende Familienmitglieder ist es selbstverständlich die Pflege der Angehörigen zu übernehmen, jedoch erweisen sich die Gründe dafür als äußerst vielschichtig. Aus moralischen und normativen Vorstellungen heraus wird die Übernahme der Angehörigenpflege als selbstverständlich erachtet. Ferner werden Gründe angeführt, wie etwa die Hoffnung auf lang erwartete Anerkennung, ein Versprechen, das bereits in der Vergangenheit getätigt wurde oder aber der Mangel an Informationen über mögliche Alternativen zur informellen Pflege. Oftmals wird diese Aufgabe von Frauen übernommen, da es für sie als selbstverständlich erachtet wird. Des Weiteren identifizieren sie sich eher mit der Rolle der Betreuungsperson und stellen ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund und nehmen dadurch wiederum eine externe Erwartungshaltung ein (vgl. Huber, 2009, S. 21-23).

4.2 Auswirkungen der Angehörigenpflege

Pflegende Angehörige sind aufgrund starker Belastungen in verschiedenen Bereichen einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt und laufen dabei Gefahr, selbst zu erkranken. Posch-Eliskases et al haben sich in Form eines Reviews mit der Erhebung von Stressfaktoren befasst, denen pA ausgesetzt sind. Neben der körperlichen Beanspruchung sowie Belastungen im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der betreuten Person (wie z.B. bei KrebspatientInnen oder an Alzheimer oder Demenz erkrankte Personen) ist

auch der zeitliche Anspruch, den pA aufbringen, ein belastender Faktor für diese Personengruppe. Ferner stellt die emotionale Belastung einen ebenfalls hohen Stressfaktor dar. Häufig wurde hier bei Personen mit Alzheimer Demenz der Wandertrieb, wiederholtes Fragen, aggressives und unangemessenes soziales Verhalten beobachtet, was für pA als sehr belastend beschrieben wurde und die häusliche Pflege zunehmend erschwerte. Das sogenannte „two-faced behaviour“ beschreibt, dass Pflegebedürftige dieser Patientengruppe gegenüber professionellem (Pflege-) Personal oft nur die freundliche und gesprächige Seite von sich zeigten und zu Hause bzw. gegenüber der informellen Hauptpflegeperson ungehalten sind. Dieses veränderte Verhalten führt bei den pA zu zunehmender sozialer Isolation sowie Ablehnung gegenüber dem Erkrankten.

Die beschriebene Bandbreite an Belastungen führt auf weite Sicht zu Angst, depressiver Verstimmung, Nervosität und Ruhelosigkeit bei den pA. Des Weiteren wurde vor allem bei weiblichen pA chronische Angstzustände beschrieben. Die Einnahme von Antidepressiva steigt mit Auftreten von emotionalen und existentiellen Stress. Neben der emotionalen Belastung wird auch die mangelnde Freizeit bzw. Auszeit von der Pflege angegeben. Es kommt zu reduzierten sozialen Kontakten bei den pA und Vernachlässigen von Freizeit und Hobbys, was bei der häuslichen Pflege von chronisch Kranken und gebrechlichen Personen langfristig zu depressiven Symptomen führen kann. Dieses Konglomerat an Stressfaktoren erhöht das Erkrankungsrisiko von pA. Anstatt sich Unterstützung oder Zuspruch zu holen, versuchen sie die Situation alleine zu stemmen und damit ihre Familie vor dieser Last zu schützen. Was diese Personengruppe aber wiederum in die Isolation treibt und den Anstieg von depressiven Symptomen zu Folge hat.

Es haben sich bereits verschiedene Angebote der Entlastung für pA etabliert, jedoch ist die Inanspruchnahme nach wie vor gering. Oft ist die Finanzierbarkeit, neben anderen Gründen, Ursache für eine Nicht-Inanspruchnahme (vgl. Posch-Eliskases et al, 2015a, S. 11-14). „Professionelle Hilfe wird erst gesucht, wenn Aufgaben zu groß und körperlich zu anstrengend werden“ (Posch-Eliskases et al, 2015a, S. 14).

In einem anderen Auszug der Autorengruppe dieses Reviews sprechen diese gar von einer höheren Mortalität sowie körperlicher und psychischer Auswirkungen in Folge von häuslicher Pflege. Durch das Auftreten einer Depression (unabhängig vom Schweregrad) bei pA wurden zusätzlich dazu physische und psychische Auswirkungen beschrieben.

Pflegende Angehörige, die an einer starken Depression leiden und an Demenz erkrankte Personen pflegen, stehen unter einem hohen Stresslevel. Wohingegen Personen mit leichter depressiver Verstimmung ihren Stresslevel als niedrig beschreiben. Symptome einer Depression aller Schweregrade gehen mit körperlichen Symptomen wie etwa Niedergeschlagenheit, Morgentief und Magen-Darmproblemen einher. Personen mit einer starken Depression suchen trotz ihrer Lage nicht sehr oft professionelle Hilfe zur Unterstützung in der häuslichen Pflege auf. Ferner nehmen sie für sich auch keine Hilfe in Anspruch, um ihre Lage zu verbessern, was möglicherweise damit zusammenhängt, dass die Depression mit einer Unfähigkeit einhergeht, Entscheidungen zu treffen. Dies wiederum erschwert die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. Oftmals erachten Angehörige die Situation des Pflegebedürftigen wichtiger als die eigene.

Die Ergebnisse des Reviews beschreiben auch physische Auswirkungen der häuslichen Pflege. Angehörige von an demenzerkrankten Personen erlitten öfter Herzinfarkte aufgrund von hohem Blutdruck, wohingegen Angehörige von Alzheimer PatientInnen ein erhöhtes Infektionsrisiko aufweisen sowie eine verzögerte Wundheilung. Des Weiteren wurden Gewichtsschwankungen im positiven und negativen Bereich in Folge von Stress beobachtet. PA haben ein um 63 Prozent höheres Sterberisiko innerhalb von vier Jahren, als Personen, die keine informelle Pflege leisten. Die AutorInnengruppe hält fest, dass Stress diese Faktoren nicht verursacht, jedoch begünstigen kann (vgl. Posch-Eliskases et al, 2015b, S. 24).

5 Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige in Österreich

Der in Kapitel 4.2 erwähnten multidimensionalen Auswirkungen der Angehörigenpflege, stehen eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten gegenüber. Oft stellt die Suche nach dem richtigen Angebot jedoch eine wahre Herausforderung dar.

Im Laufe der Recherche kristallisierten sich einige wichtige Punkte sowie gewinnbringende Unterstützungsmaßnahmen heraus, die im Rahmen der Angehörigenberatung als essentiell beschrieben werden. Ferner wurde deutlich, dass die Möglichkeiten und Angebote der Unterstützung in Themenbereiche bzw. analog zu den Belastungen gegliedert werden können.

Nachstehend findet sich eine Darstellung von Unterstützungsangeboten, die sich zum Teil in Österreich bereits etabliert haben. Des Weiteren werden einige Angebote in Bezug auf ihre Effektivität genauer beleuchtet und die nachhaltige Wirkung der Nutzung von Hilfsangeboten beschrieben. Ferner werden mögliche Barrieren der Inanspruchnahme aufgezeigt.

Bei den Angeboten mobile Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Besuchsdienst sowie der Tagespflege handelt es sich um eine exemplarische Darstellung von Angeboten aus der österreichischen Bundeshauptstadt. Ähnliche Angebote finden sich ebenfalls in den Bundesländern, mit Unterschieden in Organisation und Finanzierung. Das Angebot der Alltagsbegleitung befindet sich derzeit noch in einer Pilotphase in Modellregionen, bundesweit soll es dieses Angebot ab Jänner 2018 geben. Die organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen der 24-Stunden-Betreuung sind in allen österreichischen Bundesländern ident.

Bei den angeführten Punkten in den Bereichen organisatorische und finanzielle sowie psychosoziale Unterstützung handelt es sich um eine bundesweite Darstellung von Hilfsangeboten.

5.1 Angebote im häuslichen Setting

Mobile Pflege- und Betreuungsleistungen werden von unterschiedlichen Berufsgruppen erbracht. Je nach Bedarf der pflegebedürftigen Person und nach Maßgabe der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) erfolgt die Delegation von Aufgaben nach Kompetenzbereich der verschiedenen Berufsgruppen (vgl. Renner, Reiter, 2013, S. 19). Nachstehend werden einige wichtige Angebote aus dem häuslichen Setting genannt. Der Vollständigkeit halber werden auch die Möglichkeit der Tagespflege sowie das Angebot der 24-Stunden-Betreuung angeführt, welches österreichweit gleichermaßen in Anspruch genommen werden kann. Diese Angebote bieten ebenfalls eine ergänzende Möglichkeit der Betreuung für ältere Menschen zu Hause. Zudem stellen diese eine Entlastungsmöglichkeit für pA dar.

Wie bereits erwähnt, finden in den Unterkapiteln 5.1.1 bis 5.1.4 Angebote aus der Bundeshauptstadt Wien Beachtung. Wobei diese exemplarisch für ganz Österreich genannt werden, da sich in den Bundesländern identische oder ähnliche Angebote finden, mit Unterschieden in Organisation und Finanzierung.

5.1.1 Mobile Hauskrankenpflege

Bei Leistungen der mobilen Hauskrankenpflege handelt es sich um Pflege- und Betreuungsleistungen, die aufgrund des Pflegebedarfs einer Person nicht mehr selbstständig von dieser durchgeführt werden können. Dies sind z.B. die Übernahme der Körperpflege, der Mobilisation, Verabreichen von Medikamenten und Injektionen sowie Sondennahrung, aber auch die Wundversorgung (vgl. Fonds Soziales Wien, 2016, S. 20).

Die Aufgaben einer DGKP in der Hauskrankenpflege umfassen neben den Kompetenzen der medizinischen Diagnostik und Therapie auch die pflegerischen Kernkompetenzen wie etwa die Erstellung und Evaluierung der Pflegeplanung. Des Weiteren arbeitet die DGKP mit den ÄrztInnen der KlientInnen zusammen, organisiert Arzttermine sowie Hausbesuche (vgl. Renner, Reiter, 2013, S. 19).

Unter der mobilen Hauskrankenpflege werden ebenfalls Pfl egetätigkeiten, die von Pflegeassistentenberufen übernommen werden, subsumiert. Die Delegation von pflegerischen Tätigkeiten erfolgt nach Maßgabe der DGKP innerhalb der Tätigkeitsbereiche von Pflegeassistentenberufen (vgl. Fonds Soziales Wien, 2016, S. 20; Bundesgesetzblatt. 75. Bundesgesetz: GuKG-Novelle 2016. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2016_I_75/BGBLA_2016_I_75.pdf, 12.4.2017).

5.1.2 Heimhilfe

Die Aufgaben einer Heimhilfe sind neben der Unterstützung der Haushaltsführung auch die Hilfestellung bei der Durchführung von Verrichtungen des täglichen Lebens. Dazu zählen z.B. Hilfestellung bei der Körperpflege, vorbereiten von Mahlzeiten sowie das Erledigen von Einkäufen (vgl. Fonds Soziales Wien, 2016, S. 14).

Der Tätigkeitsbereich sowie der Umfang der theoretischen und praktischen Ausbildung von HeimhelferInnen ist in der Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz zwischen Bund und Ländern festgehalten (vgl. Bundeskanzleramt, Rechtsinformationssystem: Gesamte Rechtsvorschrift für Sozialbetreuungsberufe.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004121>, 6.4.2017).

5.1.3 Besuchsdienst

Die Tätigkeiten des Besuchsdienstes umfassen die Aufrechterhaltung und Förderung von sozialen Kontakten, sofern Personen diese aufgrund einer körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung nicht mehr selbstständig gestalten können. Darüber hinaus erledigen die geschulten BetreuerInnen des Besuchsdienstes Wege zum Arzt/ zur Ärztin, zur Apotheke oder sonstige Wege und Einkäufe gemeinsam mit der betroffenen Person. Des Weiteren leistet der Besuchsdienst Hilfestellung bei Amts- oder Postwegen. Das Hauptaugenmerk der BetreuerInnen des Besuchsdienstes liegt jedoch auf dem interpersonellen

Austausch sowie der Förderung von sozialen Kontakten (vgl. Fonds Soziales Wien, 2016, S. 17).

5.1.4 Tagespflege für pflegebedürftige ältere Menschen

Ein Tageszentrum bietet für pflegebedürftige ältere Menschen eine Tagesbetreuung an. Neben den unterschiedlichen Tagesgestaltungen werden auch Pflegeleistungen sowie die Inanspruchnahme von Physio- oder Ergotherapien ermöglicht. Das Programm reicht von Beschäftigungs- und Werkgruppen bis hin zu Bewegungs- und Animationsprogramm. Einige Tagesstätten haben sich einen speziellen Schwerpunkt gesetzt, wie etwa für Personen, die an Demenz erkrankt sind. Die Finanzierung erfolgt grundsätzlich privat, wird jedoch finanziell gefördert. Die Teilnahme in einem Tageszentrum ist für Personen möglich, die maximal mit einem Rollstuhl mobil sind, bettlägerige Personen können nicht betreut werden.

Da ein Tageszentrum an Werktagen eine Betreuung von älteren Menschen anbietet, stellt dieses Angebot auch eine Entlastung für pA dar. Des Weiteren beinhaltet die Tagespflege einen Abhol- und Bringdienst sowie die Verpflegung (vgl. Fonds Soziales Wien, 2016, S. 25; Fonds Soziales Wien, Tageszentrum, 2015, S.18).

5.1.5 24-Stunden-Betreuung

Durch gesetzliche Anssungen und Novellen ist die 24-Stunden-Betreuung derzeit in ganz Österreich eine Möglichkeit der rund um die Uhr Versorgung für ältere Menschen zu Hause. Diese Leistung erfolgt durch PersonenbetreuerInnen die entweder eine theoretische Ausbildung hierfür absolviert haben (entspricht annähernd dem Ausbildungsausmaß von HeimhelferInnen), eine bereits sechs monatige Erfahrung in der Betreuung pflegebedürftiger Personen nachweisen können, oder aber über die delegierte Befugnis der ärztlichen/ pflegerischen Tätigkeiten verfügen.

Die Aufgabenbereiche der PersonenbetreuerInnen umfassen z.B. Haushaltstätigkeiten, Förderung sozialer Kontakte sowie Unterstützung bei

Aktivitäten des täglichen Lebens. Des Weiteren dürfen PersonenbetreuerInnen einzelne pflegerische und ärztliche Tätigkeiten übernehmen, sofern ihnen diese von einer DGKP bzw. einem Arzt/ einer Ärztin übertragen wurde. Der genaue Tätigkeitsbereich ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz unter § 3b sowie in § 15, Absatz 6 festgehalten, im Ärztegesetz unter § 50b sowie im Hausbetreuungsgesetz in § 1 gesetzlich verankert.

Die Unterstützung im Alltag stellt eine Entlastung für pA dar und verbessert die Lebensqualität des Betroffenen (vgl. Höfler et al, 2015, S. 60-62). EinE 24-Stunden-BetreuerIn kann entweder auf selbstständiger Basis oder unselbstständig tätig sein. Je nach Beschäftigungsverhältnis und unabhängig von der finanziellen Situation des Pflegebedürftigen, wird die Inanspruchnahme einer 24-Stunden-Betreuung mit einem Betrag zwischen 550,- Euro und 1100,- Euro vom Bund gefördert (vgl. ebd. S. 155). Die bereits erwähnten Ausbildungsvoraussetzungen der 24-Stunden-BetreuerInnen gehen ebenso mit der finanziellen Förderung durch den Bund einher (vgl. ebd. S.61).

5.1.6 Alltagsbegleitung

Im Rahmen der „Aktion 20.000“ des Sozialministeriums gemeinsam mit dem Arbeitsmarktservice, startete im Juli 2017 das Projekt „Selbständig Leben Daheim (SLD)“. Es handelt sich dabei um eine Initiative für langzeitbeschäftigungslose Personen über 50 Jahre, indem Arbeitsplätze in Gemeinden, gemeindenahen Bereichen sowie in gemeinnützigen Organisationen geschaffen werden. In Bezug auf diese Masterthesis wird ein besonderes Augenmerk auf die Zusammenarbeit mit den gemeinnützigen Organisationen gelegt, welche im Rahmen dieses Projektes qualifizierte Personen für die Tätigkeit der Alltagsbegleitung bereitstellen.

Es handelt sich dabei um eine mehrstündige Betreuung von älteren Personen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf. Jedoch wird vom Sozialministerium ausdrücklich darauf verwiesen, dass es sich hierbei nicht um pflegerische Tätigkeiten handelt und auch nicht um Tätigkeiten, die in den Bereich der Heimhilfe fallen.

Das Arbeitsfeld der AlltagsbegleiterInnen umfasst demnach die Unterstützung und Begleitung bei diversen Wegen und Besorgungen außerhalb des Wohnbereiches sowie die Förderung von sozialen Kontakten. Durch den Einsatz der Alltagsbegleitung von mindestens vier bis maximal zehn aufeinanderfolgenden Stunden, erfolgt eine Abgrenzung des Tätigkeitsbereiches zur Heimhilfe bzw. dem Besuchsdienst sowie der 24-Stunden-Betreuung. Zudem stellt die mehrstündige Anwesenheit der AlltagsbegleiterInnen eine Entlastung für pA dar (vgl. Sozialministerium, Medien, Infomaterial: https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/Hintergrundinformation_zum_Projekt_Selbstaendig_Leben_Daheim_Projekt_zur_mehrstuendigen_Alltagsbegleitung, 26.7.2017).

Ferner wird betont, dass dieses Projekt eine Ergänzung zu mobilen Diensten darstellt und die Lücke zur 24-Stunde-Betreuung schließt (vgl. APA-OTS, Politik: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170504_OTSO140/pensionistenverband-begruesst-projekt-selbstaendig-leben-daheim-im-rahmen-der-beschaefigungsinitiative-aktion-20000, 26.7.2017).

Nachdem das Pilotprojekt im Juli 2017 in ausgewählten Modellregionen in Österreich begonnen hat, läuft es ab Jänner 2018 flächendeckend in ganz Österreich an. Für die Inanspruchnahme dieses Angebotes ist ein erhöhter Unterstützungsbedarf erforderlich, auch vorübergehend, jedoch unabhängig davon ob Pflegegeld bezogen wird. Durch die Kooperation mit gemeinnützigen Organisationen im Rahmen dieses Projektes, erfolgt die Einschätzung des Bedarfes für eine Alltagsbegleitung durch die Trägerorganisation (vgl. Sozialministerium, Medien, Infomaterial: https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/Informationsfolder_Aktion_20_000, 26.7.2017).

5.2 Organisatorische und finanzielle Unterstützungsangebote

Informelle Pfl egetätigkeit stellt, wie bereits in Kapitel 4.1 erläutert, in Österreich einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung der Pflege zu Hause dar. Auch der geschätzte wirtschaftliche Wert dieser erbrachten Leistungen darf mit etwa zwei bis drei Milliarden Euro pro Jahr nicht unerwähnt bleiben (vgl. Bundesministerium für Frauen und Gesundheit: Das österreichische Gesundheitssystem. http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/6/3/CH1066/CMS1379591881907/oe_gesundheitssystem.pdf, S. 221, 6.4.2017).

Demnach werden in diesem Abschnitt Angebote dargestellt, die bei der Organisation und Finanzierung der informellen Pfl egetätigkeit unterstützend mitwirken können. Aufgrund wirtschaftlicher Lagen und politischer Entscheidungen, kommt es jedoch immer wieder zu Veränderungen bei diesen Angeboten. Obwohl mit größter Sorgfalt recherchiert und wegen erwähnter Einflüsse, erhebt diese Darstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

5.2.1 Selbstversicherung bei der Pensionsversicherung

PA haben Anspruch auf begünstigte Selbst- und Weiterversicherung einer Pensions- und Sozialversicherung. Ab der Pflegestufe 3 der zu betreuenden Person, werden die Pensionsversicherungsbeiträge für diejenigen übernommen, die ausschließlich die Pflege eines Angehörigen übernehmen (vgl. Bundesministerium für Frauen und Gesundheit: Das österreichische Gesundheitssystem.

http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/6/3/CH1066/CMS1379591881907/oe_gesundheitssystem.pdf, S. 221, 6.4.2017).

5.2.2 Pflegekarenz und Pfl egeteilzeit

Diese Form der Unterstützung kann zwischen ein und drei Monaten unter bestimmten Voraussetzungen in Anspruch genommen werden um Beruf und

Pflege zu vereinbaren. Die finanzielle Abgeltung der Pflegekarenz beträgt derzeit die Höhe des Arbeitslosengeldes und wird demnach nach dem letzten Bruttomonatsgehalt berechnet. Bei der Pfl egeteilzeit wird die Differenz der reduzierten Arbeitszeit in Form des Pfl egeteilzeitgeldes ausbezahlt. Der Antrag auf Pflegekarenz bzw. Pfl egeteilzeit erfolgt schriftlich und wird bei der Landesstelle Steiermark des Sozialministeriums eingebracht, welche österreichweit die Bearbeitung übernimmt.

Für die Inanspruchnahme einer Pflegekarenz oder Pfl egeteilzeit ist bei der pflegebedürftigen Person die Pflegestufe 3 erforderlich. Bei Personen mit einer diagnostizierten Demenzerkrankung die Pflegestufe 1. Des Weiteren ist eine Vereinbarung mit dem Arbeitgeber für den vereinbarten Zeitraum notwendig, sowie die Zusage, dass die antragstellende Person für den angegebenen Zeitraum die Pflege übernimmt. Die pflegebedürftige Person muss nicht im gemeinsamen Haushalt leben (vgl. Sozialministerium: Finanzielles: https://www.sozialministeriumservice.at/site/Finanzielles/Pflegeunterstuetzungen/Pflegekarenz_und_teilzeit/, 19.4.2017).

Eine Sonderform stellt die Familienhospizkarenz für die Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen dar. Diese kann für maximal drei Monate in Anspruch genommen werden, wobei eine Verlängerung auf maximal sechs Monate möglich ist. Die Höhe des Karenzgeldes für Familienkarenz wird wie das Pflegekarenzgeld berechnet (vgl. Sozialministerium. Finanzielles. https://www.sozialministeriumservice.at/site/Finanzielles/Pflegeunterstuetzungen/Pflegekarenz_und_teilzeit/, 19.4.2017).

5.2.3 Finanzielle Unterstützung – Auszeit von der Pflege

Bei Urlaub oder Krankheit eines pA kann eine finanzielle Unterstützung in Anspruch genommen werden, um für diesen Zeitraum eine Ersatzpflege zu organisieren. Voraussetzung ist unter anderem die Pflegestufe 3 der pflegebedürftigen Person bzw. die Pflegestufe 1 bei einer Demenzerkrankung sowie die Übernahme der Pflege eines nahen Verwandten seit bereits mindestens einem Jahr (vgl. Sozialministerium. Finanzielles.

https://www.sozialministeriumservice.at/site/Finanzielles/Pflegeunterstuetzung/Pflegende_Angehoerige/, 19.4.2017).

Die Auszeit kann unter diesen Voraussetzungen für mindestens eine Woche (bei an Demenz erkrankten Personen mindestens vier Tage) und maximal 28 Tage pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Der Antrag auf Auszeit von der Pflege erfolgt über das Sozialministerium (vgl. Sozialministerium. Pflegende Angehörige. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/2/1/CH3434/CMS1451988835822/5_richtlinien_ab_1.1.2017.pdf, S. 7-8, 3.3.2017).

Die Ersatzpflege kann in Form von stationärer Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden (vgl. Bundesministerium für Frauen und Gesundheit: Das österreichische Gesundheitssystem. http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/6/3/CH1066/CMS1379591881907/oe_gesundheitssystem.pdf, S. 221, 6.4.2017).

5.2.4 Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger

Die „Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger“ ist ein gemeinnütziger Verein, der sich in der Öffentlichkeit und bei politischen Vertretern für die Interessen von pA in ganz Österreich einsetzt. Ferner dient die Plattform als Anlaufstelle sowie als Unterstützung für pA.

Das Tätigkeitsfeld reicht von der Aufbereitung von verschiedenen Themen wie etwa Pflegegeld, rechtliche Aspekte oder Pflegeeinrichtungen, über die Organisation von Veranstaltungen bis hin zu Öffentlichkeitsarbeit. Des Weiteren bietet die Internetseite einen Überblick über pflegerelevante Themen, Auflistungen von Selbsthilfegruppen und Angehörigenstammtischen in ganz Österreich. Die Interessengemeinschaft ist in allen Bundesländern mit Regionalstellen vertreten, die Informationen aus dem jeweiligem Bundesland an die organisatorische Zentrale in Wien weitergeben. Auskünfte erfolgen über die Homepage, per Mail oder telefonisch. Zudem ist ein Downloadbereich auf der Internetseite eingerichtet, der Broschüren zu verschiedenen Themen

beinhaltet (vgl. Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger: Über Uns. https://www.ig-pflege.at/ueber_uns/index.php, 1.5.2017).

5.3 Psychosoziale Angebote

Wie bereits zu Beginn dieses Kapitels erläutert, werden die Unterstützungsangebote in Themenbereiche sowie analog zu den Belastungen von pA gegliedert. Nach Ansicht der Verfasserin stellen die folgenden Angebote eine Entlastungsmöglichkeit auf psychischer Ebene dar. Da sich ein Kompetenzerwerb und die Wissenserweiterung positiv auf das Selbstbewusstsein der pA in einer Pflegesituation auswirken und dadurch in weiterer Folge einer Überforderung entgegenwirken können, wird das Angebot der Pflegekurse für Angehörige bzw. Laien ebenfalls in diesem Subkapitel behandelt (vgl. Brügger, Jaquier, Sottas, 2015, S. 140).

5.3.1 Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege

Im Rahmen eines Pilotprojektes im Auftrag des Sozialministeriums wurden Hausbesuche zur Qualitätssicherung und Erhebung der Pflegesituation im häuslichen Bereich, von der Sozialversicherung der Bauern (SVB) durchgeführt. Um einen Qualitätsstandard festzulegen, wurde die Wirtschaftsuniversität Wien beauftragt, Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die herangezogen werden, um ein objektives Bild der Qualität in der häuslichen Pflege darzustellen (vgl. Sozialministerium. Sozialbericht 2013/ 2014, S. 160). Aus dem Pilotprojekt entstand das „Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“, wofür nun die SVB bundesweit die Koordination und Organisation übernimmt, auch für andere Versicherungsträger. Dieses niederschwellige Angebot zur Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege durch Hausbesuche, durchgeführt von einer DGKP, erwies sich als besonders zielführend. PflegegeldbezieherInnen werden von einer DGKP zu Hause besucht und dabei wird die Pflegesituation und -qualität mittels standardisiertem Situationsbericht erfasst. Der Fokus dieser Maßnahme liegt auf Information und Beratung von pA zu unterschiedlichen Themen. Im ersten Halbjahr 2013 bezogen sich die drei häufigsten Beratungsthemen auf

Angebote von sozialen Diensten, Versorgung mit Hilfsmitteln sowie Informationen zum Thema Pflegegeld. Wird im Zuge eines Hausbesuches ein Informationsbedarf festgestellt, wird den betroffenen Personen eine adäquate Lösung bzw. ein Lösungsvorschlag dargelegt. Ziele dieser qualitätssichernden Hausbesuche sind:

- Umfassende Informationsweitergabe
- Anleitung und Schulung von pA
- Beratung bei der Organisation von Hilfsmitteln
- Information über aktive Selbsthilfegruppen und psychologische Betreuung.

Des Weiteren werden Informationen zu Präventivmaßnahmen in den Bereichen Sturz, Lagerung und Ergonomie, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sowie Medikamenteneinnahme weitergegeben (vgl. Sozialversicherung der Bauern. Qualitätssicherung in der Pflege: <https://www.svb.at/portal27/svbportal/content?contentid=10007.718100&portal:componentId=gtn6ae030d8-db61-49d2-869c-e909cb9128bd&viewmode=content>, 12.4.2017).

Geben pA im Rahmen eines solchen Hausbesuches zumindest eine psychische Belastung an, ist es möglich zwei kostenlose unterstützende Gespräche durch PsychologInnen oder SozialarbeiterInnen für sich in Anspruch zu nehmen. In den Angehörigengesprächen wird versucht, pA die eigenen Stärken bewusst zu machen und Ressourcen zu erheben. Ferner werden pA dahingehend ermutigt, auf das eigene Wohlbefinden zu achten sowie eigene Grenzen zu erkennen (vgl. Sozialministerium. Das Angehörigengespräch: https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Betreuende_und_pflegende_Angehoerige/#intertitle-9, 31.5.2017).

5.3.2 Selbsthilfegruppen

Nachfolgende Angaben beziehen sich auf die österreichische Bundeshauptstadt, ähnliche Angebote zur Selbsthilfe finden sich jedoch in ganz Österreich.

Es gibt in ganz Österreich krankheits- und erlebnisspezifische Selbsthilfegruppen (SHG), sowohl für unmittelbar Betroffene als auch für deren Angehörige. Eine SHG bietet Menschen mit gleichen Erkrankungen oder Belastungen, sich untereinander auszutauschen. Diese sind partei- und konfessionsunabhängig, haben keine professionelle Leitung und sind kostenlos oder für einen geringen Unkostenbeitrag zu besuchen. Die Gruppen bestehen aus Mitgliedern, die ihre Aktivitäten selbst gestalten und bieten einen Rahmen für Erfahrungsaustausch bei regelmäßigen Treffen. Ergänzt werden die Zusammenkünfte durch Vorträge von ExpertInnen sowie Öffentlichkeitsarbeit für das gemeinsame Thema.

Die Teilnahme an einer SHG kann eine medizinische oder therapeutische Behandlung nicht ersetzen, diese jedoch ergänzen. Da eine SHG sich selbstständig finanziert und organisiert, ist diese auch auf die Mithilfe der Gruppenmitglieder angewiesen. Die Teilnahme an einer SHG fördert den Erfahrungsaustausch unter anderen pA, die Treffen bieten eine gewisse Regelmäßigkeit, stärken das Selbstbewusstsein und geben den Betroffenen das Gefühl in ihrer Situation nicht alleine zu sein.

Es finden sich in der Bundeshauptstadt Wien etwa SHG für Angehörige von Alzheimererkrankten sowie von Angst- und Zwangserkrankungen als auch für Angehörige unterschiedlicher chronischer Erkrankungen. Eine alphabetische Auflistung aller SHG in Wien hat die Wiener Gesundheitsförderung (WiG) erstellt, welche sich als Download auf deren Homepage befindet (vgl. Wiener Selbsthilfegruppenverzeichnis, 2017, S. 4-13, <http://www.wig.or.at/SHG-Verzeichnis.50.0.html>, 1.5.2017).

5.3.3 Angehörigenstammtische

Eine weitere Möglichkeit des Erfahrungsaustausches bieten Angehörigenstammtische. Diese finden in ganz Österreich statt und werden von Vereinen oder Hilfsorganisationen betrieben. Die Idee dahinter sind moderierte Treffen, die von ExpertInnen aus der Pflege begleitet werden und pA in ihrer Situation durch Gespräche begleiten, Informationen zu verschiedenen Fachthemen weitergeben oder organisatorische Unterstützung anbieten. Die Teilnahme ist in der Regel kostenlos (vgl. Volkshilfe Burgenland, Angehörigenpflegestammtisch: <http://www.volkshilfe-bgld.at/Angehorigenpflegestammtisch>, 1.5.2017).

Eine Auflistung über Angehörigenstammtische in Österreich bietet die „Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger“. Siehe dazu Kapitel 5.2.4.

5.3.4 Angehörigenschulungen

Wie in dem Abschnitt der Begriffsbeschreibung bereits erwähnt, ist eine Abgrenzung zwischen Beratung und Edukation in der Pflege nur schwer möglich. Da sich in dem Unterstützungsangebot der Angehörigenschulung sowohl Elemente der Beratung als auch der Edukation finden und sich dieses Angebot für informell Pflegende nicht adäquat in die vorangegangenen Untergliederungen nach Themenbereiche bzw. Belastungen einordnen lässt, wird der Darstellung dieses Angebotes ein eigenes Unterkapitel gewidmet.

Angehörigenschulungen bzw. Pflegekurse für Laien etablieren sich in Österreich nach und nach. In den Bundesländern finden sich von unterschiedlichen gemeinnützigen Organisationen oder Betreibern von Pensionistenwohnhäusern vielfältige Angebote in diesem Bereich.

In Wien etwa bietet das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser ein umfangreiches Angebot an Angehörigenworkshops an. Allen voran werden Veranstaltungen zum Thema Demenz angeboten, die das Krankheitsbild an sich umfassen sowie Kommunikationsmöglichkeiten, um mit an Demenz erkrankten Personen im Gespräch zu bleiben. Darüber hinaus werden

Angebote zu pflegerischen Themen behandelt, wie etwa Ernährung bei Schluckbeschwerden oder Sturzprävention. Des Weiteren finden sich Vorträge zum Thema Pflegegeld, Hilfsmittel oder rechtliche Themen wie der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht. Zudem wird während der Workshops eine Betreuung der pflegebedürftigen Person angeboten (vgl. Häuser zum Leben. Unser Angebot – Pflegende Angehörige: <http://www.kwp.at/workshops.aspx>, 27.7.2017).

In Ober- und Niederösterreich sowie im Burgenland bietet das Rote Kreuz, Kurse zu verschiedenen Themen für pA an. Etwa in den Bereichen Mobilisation und Lagerung oder in Form eines „Grundkurses“ für die Vorbereitung auf die Pflege zu Hause (vgl. Rotes Kreuz. Pflege und Betreuung – Pflegende Angehörige: <http://www.rotekreuz.at/pflege-betreuung/kurse/pflegende-angehoerige/>, 27.7.2017).

Als gemeinnützige Organisation bietet die Caritas je nach Bundesland verschiedene Möglichkeiten für Angehörige an. Es handelt sich dabei um Angebote zu speziellen Krankheitsbildern und allgemeinen Pflegetätigkeiten. Die Caritas Wien bietet darüber hinaus eine psychosoziale Angehörigenberatung an, als Einzelsetting oder in der Gruppe, auch mit der Option eines Hausbesuches. Ferner werden ebenfalls Kommunikationskurse für den Umgang mit an Demenz erkrankten Personen angeboten (vgl. Caritas Österreich. Wien – Angehörige: <https://www.caritas-pflege.at/wien/angehoerige/psychosoziale-angehoerigenberatung/>, 27.7.2017).

5.4 Ablehnungsgründe von Unterstützungsangeboten

Es finden sich eine Vielzahl von Hilfsangeboten für pA, jedoch gestaltet sich die Auswahl für das richtige Angebot oft als schwierig. Beispielsweise werden von Angehörigen, Informationslücken sowie keine effektive Entlastung durch mobile Dienste als Gründe genannt, warum diese nicht in Anspruch genommen werden (vgl. Kim, Yeom, 2016, S. 1685; Büscher et al, 2014, S. 70). Trotz der Erkenntnis über die Vielschichtigkeit der Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme von Hilfsangeboten sowie der bereits erwähnten Vielzahl an

Angeboten, ergab sich im Rahmen der Recherche nur eine geringe Datenlage zu Ablehnungsgründen für mobile und (teil-) stationäre Dienste.

Zu den in Kapitel 5.2 erwähnten organisatorischen und finanziellen Angeboten, konnte im Rahmen der Recherche zu Ablehnungsgründen für ebendiese Unterstützungsangebote keine Studienergebnisse ausfindig gemacht werden. Zum Teil handelt es sich um nationale Angebote, wie etwa der spezielle Versicherungsschutz oder der finanziellen Zuwendung bei einer Auszeit von der Pflege, wodurch die Verfasserin vermutet, dass dies ebenfalls ein Grund für die spärliche Datenlage ist. Psychosoziale Angebote wie etwa Selbsthilfegruppen oder Gesprächsrunden wurden vereinzelt in verschiedenen Studienergebnissen von pA als entlastend empfunden, jedoch mit dem Nachteil, die pflegebedürftige Person bei der Nutzung dieses Angebotes alleine lassen zu müssen, wodurch von einer Nutzung Abstand genommen wurde (vgl. Brügger, Jaquier, Sottas, 2015, S. 141).

Daher werden im folgenden Abschnitt lediglich Ursachen für eine Nicht-Inanspruchnahme von mobilen Diensten sowie der Tages- und Kurzzeitpflege genannt.

5.4.1 Gründe für eine Ablehnung von mobilen Diensten

Büscher et al erheben in einer Studie zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege, dass mobile Pflegedienste, selbst wenn sie täglich in Anspruch genommen werden, nicht zur Entlastung beitragen (vgl. Büscher et al, 2014, S. 70-71). Kim und Yeom untermauern diese Ergebnisse mit einer quantitativen Erhebung, in welcher Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit und die Belastung der Angehörigen durch die Nutzung von mobilen Pflegediensten untersucht wurden. Die untersuchten Interventionen umfassten Hausbesuche durch registrierte Pflegekräfte, Hilfe im Haushalt sowie Unterstützung bei der Körperpflege. Es zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse auf das Belastungserleben der pA durch die genannten Interventionen. Jedoch wurde die Belastung als geringer beschrieben, wenn pA von einem zweiten Familienmitglied bei der Betreuung unterstützt wurden, sowie, wenn die Familie über ein gutes Zusammengehörigkeitsgefühl verfügte. Jene Familien

erlebten die Pfl egetätigkeit eher als Bereicherung. Jedoch konnte durch die Nutzung von mobilen Diensten kein signifikanter Einfluss auf die Zufriedenheit der pA verzeichnet werden.

Diese Ergebnisse sollten jedoch nicht dahingehend gewertet werden, als dass die mobilen Dienste obsolet sind. Vielmehr wird bekräftigt, dass die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen der pA berücksichtigt werden soll, um Belastungen gezielt zu reduzieren. Oftmals betreffen Belastungen nicht die Pflegebedürftigkeit, sondern Alltagstätigkeiten wie etwa die Haushaltsführung oder die Essenszubereitung. Ferner wurde die Wichtigkeit einer stabilen Familiensituation als Basis für die Beurteilung einer bereichernden Pflegebeziehung betont (vgl. Kim, Yeom, 2016, S. 1683-1690).

5.4.2 Gründe für das Ablehnen von Tages- und Kurzzeitpflege

Büscher et al haben in Deutschland eine Befragung zur Inanspruchnahme von Tages- und Kurzzeitpflege bei Pflegebedürftigen der Stufe 2 durchgeführt¹. Die Erhebung erfolgte mittels Fragebogen, den die pflegebedürftige Person entweder alleine, mit einem (pflegenden) Angehörigen oder durch den Angehörigen selbst ausgefüllt wurde.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Bekanntheitsgrad der Tages- und Kurzzeitpflege mit 65 Prozent der Befragten sehr hoch ist, jedoch lehnt knapp die Hälfte der Befragten beide Angebote ab. Jeder vierte Befragte lehnt die Tagespflege ab, wobei sich jeder sechste allein antwortende Angehörige die Inanspruchnahme einer Tagespflege am ehesten vorstellen kann.

Eine mögliche Inanspruchnahme korreliert mit einem schlechten Gesundheitszustand des pA sowie mit dem Umstand, dass dieser nicht bzw. nicht mehr berufstätig ist. Des Weiteren wird deutlich, dass die Angebote eher abgelehnt werden, wenn der Betroffene und der pA gemeinsam antworten. Es wird vermutet, dass die Personen sehr aufeinander eingespielt sind und die Ablehnung gegenüber professionellen Diensten daher sehr groß ist. Werden

¹ Die Stufe 2 entspricht nach deutschem Gesetz einer schweren Pflegebedürftigkeit auf einer vier teiligen Skala (Pflegestufen 0-3).

Tagesangebote zur Pflege genutzt, können pA diese pflege- und verantwortungsfreie Zeit für sich zur Erholung nutzen. Bei der Nutzung von mobilen Pflegediensten wird kaum ein Erholungswert beschrieben, da deren zeitliche Anwesenheit dafür zu kurz ist, selbst wenn die Pflegedienste täglich vor Ort sind (vgl. Büscher et al, 2014, S. 62-71).

5.5 Barrieren bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

Teilergebnisse einer in Deutschland durchgeführten Studie, erbob die subjektiven Barrieren der Nutzung von gesundheitsfördernden Angeboten für pA. Die Befragten waren Versicherte einer deutschen Krankenkasse und die Erhebung erfolgte mittels teilstandardisierter Interviews, in denen Angebote zur Gesundheitsförderung unterbreitet wurden. Auf den ersten erwähnten Hinderungsgrund der Befragten wurde anschließend näher eingegangen. Ziel der Teilstudie war es, Charakteristika von pA, die keine gesundheitsfördernden Angebote in Anspruch nahmen heraus zu filtern sowie die subjektiven Gründe der Ablehnung zu eruieren.

Die drei häufigsten spontan genannten Gründe, dass Angebote nicht in Anspruch genommen wurden, waren die wahrgenommene Überforderung mit der Pflegesituation, die Tatsache, dass die Abwesenheit der pA nicht erwünscht ist sowie eigene gesundheitliche Beschwerden.

Die genannte Abwesenheit der Hauptpflegeperson weist auf eine starke Beziehung und Verantwortung innerhalb der Versorgungssituation hin und unterstreicht den Hinweis, dass sich ein Viertel der pA sehr unwohl fühlen, wenn sie die Pflege an jemanden abgeben. Weniger oft wurden organisatorische oder finanzielle Gründe als Hindernis genannt (vgl. Dräger et al, 2013, S. 54-60).

Ergänzend dazu erhoben Büscher et al, dass die Aufstellung der entstehenden Kosten für Tages- oder Kurzzeitpflege, möglichen Barrieren entgegenwirken. Ferner wird ein niederschwelliges Kennenlernangebot sowie ein gemeinsamer Erstbesuch der Einrichtung als positiv empfunden und als mögliche Hürde

umgangen. Es wird vermutet, dass pflegebedürftige Personen Angst haben, dass die Kurzzeitpflege zu einem Daueraufenthalt wird, was ebenfalls als Barriere gedeutet werden kann (vgl. Büscher et al, 2014, S. 70-71).

Auf weitere Hürden stießen Schilder und Florian in ihrer Studie im Rahmen eines Modellprojektes in Deutschland, in welcher der Entlastungsbedarf von pA von Menschen mit Demenz erhoben wurde, die eine niederschwellige Betreuungsgruppe besuchten. Des Weiteren wurde erhoben, was die NutzerInnen zu der Inanspruchnahme bewegt und was sie daran hindert. Befragt wurden neben pA auch MitarbeiterInnen eines mobilen Pflegedienstes (vgl. Schilder, Florian, 2012, S. 255).

Unter dem niederschweligen Betreuungsangebot meint das deutsche Sozialgesetzbuch „Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegfachlicher Leitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen“ (§ 45c, Absatz 3, SGB XI, zit. n. Schilder, Florian, 2012, S. 250).

Als Gründe, warum das Angebot nicht in Anspruch genommen wurde, waren der fragliche Nutzen für die Angehörigen sowie das nicht vorhandene Wissen über die Existenz des Unterstützungsangebotes. Die Befragten wünschten sich außerdem Einzelbetreuung, Beratung, kurzfristige Entlastung und einen Gesprächskreis. Hauptgründe für einen ungedeckten Entlastungsbedarf ist nach Angabe der pA die fehlende Zeit, gefolgt von inhaltlichen und finanziellen Defiziten.

Die Ergebnisse aus der Befragung der MitarbeiterInnen des mobilen Pflegedienstes zeigten sich hingegen sehr vielschichtig. Die Krankheitsakzeptanz auf Seiten der Angehörigen stellte einen wichtigen Faktor für die Inanspruchnahme des Angebotes dar. Oft besteht jedoch von Seiten der Angehörigen eine Ablehnung gegenüber der Erkrankung, was eine Hürde für weitere Interventionen darstellt. Aus Angst vor Vorverurteilung der Öffentlichkeit, führt die Demenzerkrankung zu sozialer Isolation bei den

Betroffenen und den Angehörigen. Weitere Hürden aus Sicht der MitarbeiterInnen sind die mangelnde Selbstpflege der Angehörigen, Organisationsaufwand für die Nutzung des Angebotes, bürokratische Hürden um finanzielle Zuschüsse zu bekommen sowie zu wenig Information über Art, Inhalt und Nutzen von Betreuungsangeboten.

Die Anbieter versuchten durch Öffentlichkeitsarbeit und Beratung, aktive NutzerInnen und pA als Multiplikatoren heranzuziehen und dadurch Berührungängste und Vorbehalte abzubauen.

Als positiven Effekt durch die Nutzung dieser Betreuungsgruppe konnte die Stärkung der Selbstpflege bei den Angehörigen beobachtet werden, indem sie die freie Zeit für sich nutzten. Des Weiteren konnte durch den interpersonellen Austausch innerhalb der Betreuungsgruppe der sozialen Isolation entgegengewirkt werden (vgl. Schilder, Florian, 2012, S. 250-264).

Zudem wird deutlich, dass Wissensdefizite und Informationslücken ebenfalls eine Barriere darstellen. Ein Review von Silva et al lässt Rückschlüsse auf verschiedene Informationsdefizite zu, von denen pA sich Aufklärung erhofften. Demnach wünschen sie sich Informationen zu Verlauf und Symptomen von Erkrankungen, ebenso wie Tipps zu allgemeinen und speziellen Pflegetätigkeiten. Die Verwendung von Hilfsmitteln wie etwa Badewannensitze oder organisatorische Unterstützung in Form von Zustelldiensten für Gesundheitsprodukte, wurden auch zum Thema gemacht. Ferner waren Informationen für die Aufrechterhaltung der Gesundheit von pA ein Thema.

Der Wunsch nach kompetenter Hilfe und zwischenmenschlichen Austausch mit Gesundheitsberufen wurde betont, um Belastungen und Stress zu begegnen. Eine effektive Kommunikation trägt zu einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegepersonal bei. Ferner ist es ein wichtiger Aspekt für die partizipative Entscheidungsfindung. PA fühlten sich dadurch als angesehene Partner in der Pflege, indem Probleme bearbeitet wurden und sich eine Beziehung mit den Pflegepersonen entwickelte (vgl. Silva et al, 2013, S. 799-800).

5.6 Auswirkungen von Unterstützungsangeboten

Wie in Kapitel 4.2 erläutert kann die Pflege von Angehörigen viele Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben. Doch nicht nur Stress und dadurch entstehende Erkrankungen können sich bei pA entwickeln.

Eine qualitative Studie von Brügger, Jaquier und Sottas erhob das Belastungserleben und die Bewältigungsstrategien von pA. Die Ergebnisse zeigten fünf Kategorien von Hauptbelastungen:

- Müdigkeit und Überlastung
- allein gelassen und unverstanden fühlen
- Trauer, Leid und Zukunftssorgen
- Hilf- und Machtlosigkeit
- fremd bestimmt sein.

Wie intensiv diese Belastungen erlebt werden, hängt von den Bewältigungsstrategien der pA ab. Das können Gedanken und Verhaltensweisen sein, die helfen Probleme zu lösen und Stress zu begegnen. Bewältigungsstrategien als Ressourcen sind sehr individuell und haben mit der Persönlichkeit und Kompetenz des pA zu tun, können aber auch aus dem sozialen Umfeld stammen oder durch professionelle Hilfe abgedeckt werden. Die Befragten gaben an, neben den professionellen Diensten auch informelle Hilfe zu organisieren, um den Tagesablauf zu bewältigen. Diese ist leichter zugänglich und oftmals sprengten offizielle Dienste den finanziellen Rahmen, sodass Nachbarn oder Verwandte Einkäufe, die Wäsche oder andere Wege erledigten. Neben der Wichtigkeit der informellen Unterstützung ergab die Befragung, dass Wissen und Information für die Pflegenden von großer Bedeutung ist, da es dem Gefühl der Hilf- und Machtlosigkeit entgegenwirkt. Es wird jedoch beklagt, dass wenig bis kaum Zeit vom Fachpersonal vorhanden ist, um Diagnosen oder krankheitsspezifische Symptome zu erläutern.

Der zwischenmenschliche Austausch in Form von Gesprächen wird von den

Befragten als äußerst entlastend empfunden, weil sie dadurch ihre Sorgen teilen konnten. Ist das Gespräch im privaten Umfeld nicht immer möglich, so wird das Gespräch mit den mobilen Diensten bzw. Gesundheitspersonal gesucht, die aber vorrangig für die Betreuung des Pflegebedürftigen anwesend sind. Der Besuch einer SHG oder eines Seelsorgers wurde aufgrund der fehlenden Zeit nur selten in Anspruch genommen. Daher gaben die Befragten an, dass Gespräche, die neben der täglichen Betreuung durch mobile Dienste stattfinden, von Vorteil wären (vgl. Brügger, Jaquier, Sottas, 2015, S. 139-140).

Die Wichtigkeit der Wissenserweiterung in der Angehörigenpflege, um Überforderung zu vermeiden wird neben den AutorInnen Brügger, Jaquier und Sottas ebenfalls durch die Autorengruppe einer quantitativen Interventionsstudie rund um Engel (2016) bekräftigt. Diese haben im Rahmen eines psychoedukativen Schulungsprogrammes für Angehörige von an Demenz erkrankten Personen, die positive Auswirkung einer Kompetenzerweiterung auf pA beobachtet. Die in drei Phasen geteilte Schulung bestand aus zehn Kurseinheiten zu je zwei Stunden. Die Kurse setzten sich aus der Bearbeitung des Krankheitsbildes, der Reflexion der eigenen Erfahrung sowie der Vermittlung von Wissen zusammen.

Bei den pA konnte eine deutliche Verbesserung der emotionalen Einstellung gegenüber dem Erkrankten festgestellt werden. Ferner konnte durch die Teilnahme an dem Schulungsprogramm „EduKation demenz®“ bei den Angehörigen eine deutliche Verbesserung der Kommunikation erkannt werden, als dass diese einfühlsamer mit dem Erkrankten kommunizierten. Im Gegensatz zur Reduktion von depressiven Störungen, sind die Ergebnisse zum Belastungsempfinden bei den SchulungsteilnehmerInnen nicht signifikant. Die Autorengruppe hält aber fest, dass es durch die Teilnahme an der Schulung zu einer Verbesserung in den Bereichen emotionale Einstellung gegenüber dem Erkrankten, Einschränkung des Kommunikationsverhaltens, Belastungsempfinden und depressive Symptome gekommen ist. Ferner verweisen die AutorInnen darauf, dass sie sich der Komplexität der Kommunikation bewusst sind und es sich dabei nicht nur um das gesprochene

Wort handelt (vgl. Engel, Reiter-Jäschke, Hofner, 2016, S. 187-194).

In den bereits erwähnten Hauptkategorien der Belastungen ist deutlich erkennbar, dass die psychosozialen gegenüber den physischen Belastungen überwiegen. Individuelle Angebote unter Berücksichtigung der Ressourcen von pA werden als bereichernd und zielführend beschrieben. In dieser Studie wird neben der Wichtigkeit der Ressourcen auch die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Angehörigen betont. Standardisierte Interventionen sind nur bedingt erfolgreich.

Aus den Ergebnissen dieser Erhebung lassen sich ebenfalls Auswirkungen der verschiedenen Unterstützungen ableiten: Demnach ist es für pA hilfreich, Wissen und Informationen zu erhalten, die ihnen die Pflegesituation zu Hause erleichtern. Entlastende Gespräche mit Fachpersonal, ehrenamtlichen MitarbeiterInnen in SHG oder mit Seelsorgern halfen, anstrengende Momente zu teilen und Zuspruch und Anerkennung zu erhalten, was die Angehörigen wiederum in ihrer Tätigkeit bestärkte. Das Schaffen und bewusste Nutzen von Freiräumen, ist meist leichter gesagt als getan, da „[...] einige pflegende Angehörige kaum Hilfe einfordern“ (Brügger, Jaquier, Sottas, 2015, S. 141). Das bewusste Nutzen von Freiräumen in welcher Form auch immer, zeigte eine nachhaltige Wirkung für wiederkehrende, anspruchsvolle und fordernde Zeiten in der Angehörigenpflege (vgl. Brügger, Jaquier, Sottas, 2015, S. 139-141).

Ein weiteres Ergebnis aus der Literatur untermauert die positive Wirkung von Schulungsprogrammen für Angehörige. Zudem wird durch die Teilnahme an einer Schulung der zwischenmenschliche Austausch informell Pflegender gefördert. PA haben hierbei die Möglichkeit, sich innerhalb einer Gruppe auszutauschen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden (vgl. Schwarz, 2012, S. 26).

Diese Anforderungen, die pA auf eine passende Versorgung für sich hatten, lassen Rückschlüsse auf den Tätigkeitsbereich einer Family Health Nurse (FHN) zu. Siehe dazu Kapitel 6.2. Ferner werden durch diese Ergebnisse aus der Literatur die Wichtigkeit der Bedeutung von Ressourcen betont. Zudem wird

darauf verwiesen, dass die Ressourcen der pA in den Fokus des Interesses gestellt werden, um dadurch individuelle Interventionen abzuleiten, deren Inanspruchnahme auf diese Personengruppe eine positive Auswirkung haben. Neben der Betonung von Ressourcen wird auch der persönliche Austausch durch Gespräche in der Literatur wiederholt betont. Jedoch wurden Besuche von SHG oder Gespräche mit Seelsorgern nur selten in Anspruch genommen, da örtliche und zeitliche Barrieren die Nutzung verhinderten (vgl. Brügger, Jaquier, Sottas, 2015, S. 141).

Resultate eines systematischen Reviews von Vandepitte et al (2016) über den Effekt von Kurzzeitpflege² bei pA von an Demenz erkrankten Personen, untermauert die Ergebnisse von Büscher et al die ergaben, dass die Inanspruchnahme von mobilen Diensten kaum Entlastung bringt, da deren Anwesenheit dafür zu kurz ist, selbst wenn sie täglich genutzt werden (vgl. Büscher et al, 2014, S. 70-71). Die Tagespflege hingegen stellt eine effektive Möglichkeit dar, um das Belastungserleben von pA zu reduzieren.

In der dadurch gewonnenen verantwortungsfreien Zeit ist es für pA möglich, Interessen nachzugehen und den Verpflichtungen kurzfristig zu entkommen um Kraft zu tanken. Es wird betont, dass die Nutzung der Tagespflege eine signifikante Reduktion vom Belastungserleben zeigt. Ferner wird deutlich, dass pA über ein niedrigeres Stresslevel verfügen, befindet sich die pflegebedürftige Person in einer Tagesbetreuung. Doch nicht nur auf das Belastungserleben, sondern auch auf das soziale Leben konnte diese Form der Unterstützung positive Effekte verzeichnen. In einer der eingeschlossenen Interventionsstudie wurde deutlich, dass pA weniger oft an sozialer Isolation litten, wenn die an Demenz erkrankte Person die Tagespflege in Anspruch nahm. Jedoch fanden sich in dem Review auch Ergebnisse, die zum Teil eine nachteilige Wirkung für pA und die pflegebedürftige Person hatten.

Zum einen ließ sich ein positiver Effekt auf Stress bedingte Belastungen und dessen Auswirkungen nachweisen. Zum anderen stellte sich eine beschleunigte Aufnahme in eine Langzeitpflegeinstitution sowie eine

² Beinhaltet Tagespflege und stationäre Kurzzeitpflege.

Verschlechterung der Schlafqualität der pflegebedürftigen Person heraus. Ein weiteres Ergebnis beschreibt einen Anstieg des Stress- und Belastungslevels von pA nach dem Aufenthalt der an Demenz erkrankten Person in der stationären Kurzzeitpflege.

Insgesamt wird aber festgehalten, dass das Angebot der Tagespflege positive Auswirkungen auf die pflegebedürftige Person und deren Angehörige hat sowie stressbedingte Belastungen reduziert. Ferner wurde deutlich, dass durch die Nutzung der Tagespflege in Kombination mit anderen Faktoren, die Unterbringung in eine Langzeitpflegeinstitution beschleunigt wurde. Jedoch ist es ein Trugschluss, dass dies auf die Nutzung der Tagespflege zurückzuführen ist. Vielmehr sind es multifaktorielle Ursachen wie etwa, dass pA oft zu lange warten, um überhaupt eine Tagespflege in Anspruch zu nehmen obwohl sie mit der Pflegesituation bereits überlastet sind. Die Tagespflege wird als Übergangmaßnahme in eine stationäre Langzeitinstitution bewertet. Ferner vermuten die AutorInnen, dass für an Demenz erkrankte Personen die Tagespflege allein als Unterstützungsangebot nicht ausreichend ist (vgl. Vandepitte et al, 2016, S. 1277-1286).

Ergebnisse dieser Studie machen ebenfalls deutlich, dass die Bedürfnisse der Zielgruppe vorrangig sind, um bestmögliche Ergebnisse für diese zu erzielen und der Situation angepasste Lösungen zu finden. Die Erhebung der Ressourcen sowie umfangreiche Informationen zur familiären Situation ermöglichen eine zielführende Interventionsplanung. Wie bereits erwähnt, bedient sich die familienzentrierte Pflege dieser Herangehensweise. Daher wird im folgenden Kapitel auf das Konzept der Familienpflege im Allgemeinen sowie auf das Tätigkeitsfeld der FHN näher eingegangen, da die Ergebnisse der Literatur Parallelen zum Wirkungsbereich dieser Spezialisierung von Pflegepersonen aufweisen. Durch die systematische Herangehensweise einer FHN besteht die Möglichkeit, individuelle Bedürfnisse von pA bzw. an der Pflege beteiligter Personen zu berücksichtigen und mit vorhandenen Ressourcen zu verknüpfen (vgl. Krüger, Eberl, Schnepf, 2012, S. 178).

6 Konzepte der Familienpflege

Einzelne Komponenten, die sich durch die Recherche ergaben und für eine nachhaltige Beratung unter Berücksichtigung von Ressourcen und individuellen Bedürfnissen immer wieder vorkommen, werden in dem Konzept der familienorientierten Pflege vereint (z.B. starkes Zusammengehörigkeitsgefühl in der Familie, Anerkennung der erbrachten Pflegeleistung gegenüber dem pA, Ressourcenerhebung, Gespräche, Organisation von Hilfsmitteln).

Als konzeptioneller Rahmen der Familienpflege wird das Modell von Marie-Luise Friedemann herangezogen, das nachstehend in groben Zügen erläutert wird. Ferner wird auf das Handlungskonzept des Case Managements als Teilaufgabe der Familiengesundheitspflege sowie auf die Familiengesundheitspflege an sich näher eingegangen. Mantovan et al halten fest, dass durch den Einsatz dieser Konzepte beste Ergebnisse für die Entlastung pA erzielt werden, weil dadurch individuelle Angebote kombiniert und vernetzt werden (vgl. Mantovan et al, 2010, S. 223). Beide Herangehensweisen können als übergeordnete Handlungskonzepte betrachtet werden, da sie der Pflegeperson als außenstehendeN AkteurIn einen objektiven und ganzheitlichen Blick auf die Situation bzw. die Familie erlaubt (vgl. Krüger, Eberl, Schnepf, 2012, S. 179).

6.1 Familien- und umweltzentrierte Pflege nach Friedemann

„Familienorientierte Pflege ist gesundheitsorientiert, umfassend (holistisch), interaktionistisch, die Familie stärkend und fördernd“ (Friedemann, Köhler, 2010, S. 20). Nach Ansicht von Marie-Luise Friedemann beinhaltet die Familienpflege alle Pflegemaßnahmen für welche die Pflegeperson zuständig ist und „[...] die im Kontext der Beziehung zwischen Familie, Gemeinde und Pflegenden [...]“ durchgeführt werden (Friedemann, Köhler, 2010, S. 20). Basis für die Pflege von Familien ist die Erhebung der Ressourcen der einzelnen Familienmitglieder.

Im Bereich der Familienpflege legt Friedemann mit ihrem Modell einen konzeptionellen Rahmen fest. Es findet sich ein systemischer Ansatz, der mit pflegewissenschaftlichen Denken verknüpft wird. Die Systemtheorie findet in der Familientherapie und anderen Disziplinen Anwendung. Sie geht davon aus, dass jedes Individuum in Systeme geordnet ist, das sich wiederum in andere Systeme einordnet und zusammenfindet, sogenannte Subsysteme, sowie Teil eines größeren Systems (Suprasystem) sein kann. Individuen und Subsysteme stehen untereinander in Interaktion, es entstehen zirkuläre Zusammenhänge. Friedemann geht in ihrem Modell davon aus, dass Menschen in der Lage sind Entscheidungen zu treffen und Veränderungen zu vollziehen, genauso wie verschiedenen Subsystemen anzugehören.

Friedemann erweitert das Pflegemodell um das Konzept der „Familie“ und der „Familiengesundheit“ neben den Metaparadigmen „Umwelt“, „Mensch“, „Gesundheit“ und „Pflege“. Dieser Blickwinkel beinhaltet den Gedanken, dass sich die Familie als System vom Individuum als Subsystem unterscheidet. Gesundheit und Pflege bezieht sich nicht nur auf das Individuum, sondern auch auf die Familie und deren Sicht darauf.

Familie und Familiengesundheit stehen im Fokus von Friedemanns Pflegetheorie ebenso wie die Wichtigkeit, Angehörige in die Pflege von Familienmitgliedern miteinzubeziehen indem ihnen Fähigkeiten vermittelt werden, um mit der Pflegesituation umzugehen (vgl. Friedemann, Köhlen, 2010, S. 20-26).

6.2 Familiengesundheitspflege/Family Health Nursing

Das Berufsbild der Family Health Nurse (FHN) hat sich in Deutschland bereits etabliert, wo auch eine entsprechende Ausbildung angeboten wird. Die Aufgaben einer FHN sind pluralistisch und weisen einige Parallelen zu den in Kapitel 5.6 angeführten Bedürfnissen und Wünschen von pA auf.

Demnach stellen FHN's eine Erleichterung für die pflegerische und familiäre Situation dar. Durch die Erhebung von Ressourcen und die individuelle Beratung konnten Familien besser mit der neuen Situation umgehen und

fühlten sich weniger überfordert. Einen Rückhalt stellte die FHN insofern dar, als Familien die Möglichkeit hatten, mit ihnen in Verbindung zu treten und Rücksprache zu halten. Ferner wurde angegeben, dass die Informationen der FHN umfangreicher als jene von HausärztInnen oder mobilen Pflegediensten waren. Hilfreich war der Einsatz auch bei der Organisation von Hilfsmitteln, wo die FHN eine wichtige Ansprechperson darstellte.

Eine in Deutschland durchgeführte Pilotstudie zum Tätigkeitsfeld der FHN und die damit einhergehenden Auswirkungen in den Familien durch den Einbezug dieser beschreibt die Wichtigkeit der bedarfsgerechten Unterstützung von Familien in herausfordernden pflegerischen Situationen. Da eine FHN mit Familien arbeitet, die sich durch eine Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes in einer anspruchsvollen und für sie neuen Situation befinden, wird das Vertrauen der Familie gegenüber der FHN als besonders wichtig beschrieben. Um die familiäre und pflegerische Situation zu erheben, steht das Gespräch im Vordergrund, um in weiterer Folge Vertrauen aufzubauen, worauf wiederum künftige Vorschläge beruhen. Das Gespräch mit der FHN stellt die Basis für weitere Interventionen dar. Es hilft dabei informelle Netze auf- und auszubauen, genauso wie die Hauptpflegeperson dabei zu unterstützen und zu ermutigen auf das eigene Wohlbefinden zu achten und sich Auszeiten zu nehmen. Da die FHN als außenstehende Person eine Stütze für die betreute Familie darstellt und hilft, deren Interessen durchzusetzen, vereint sie viele der Bedürfnisse, die oft von pA gewünscht werden. Das Tätigkeitsfeld der FHN ist vielfältig und lässt sich in die Kategorien „Alltagsmanagement/ Lebenshilfe“, „Case Management/ Lotsenfunktion“, „pflege- und gesundheitsbezogene Fähigkeiten“ gliedern (vgl. Krüger, Eberl, Schnepf, 2012, S. 178-179).

Wie auch Kim und Yeom (2016) bekräftigen, ist eine stabile Familiensituation essentiell für eine funktionierende Pflegesituation innerhalb der Familie. Daher stand zu Beginn der Befragung in dieser Pilotstudie die Stabilisierung der familiären Situation im Fokus, um danach weitere Maßnahmen zu planen. In der Funktion als VermittlerIn stellt eine FHN eine neutrale Ansprechperson dar, die Probleme bespricht, die durch eine Pflegesituation hervorgerufen werden

können. Wie bereits erwähnt, hilft eine FHN auch bei der Erhebung und Nutzung von Ressourcen wie z.B. informelle Netze oder ehrenamtliche HelferInnen. Die psychosoziale Betreuung sowie die Pflege- und Gesundheitsberatung im Rahmen der Tätigkeit stellte ebenfalls eine Unterstützungsmöglichkeit für die pA dar, wodurch diese in ihren Handlungen ermutigt und bestärkt wurden. Ferner wird auch darauf geachtet, dass sie sich, entsprechend ihren Bedürfnissen, Auszeiten nehmen und auf sich achten. Bei bürokratischen Angelegenheiten für soziale Leistungen oder Hilfsmittel werden die Fähigkeiten einer FHN im Sinne des Case Managements herangezogen.

Durch die Interventionen der FHN wurden die befragten Familien bestärkt und Stress konnte reduziert werden. Ferner wurde deutlich, dass die FHN systemisch vorgeht, um die gesamte Familie im Fokus zu behalten. Hier wird der präventive und gesundheitsfördernde Aspekt dieses Konzeptes deutlich (vgl. Krüger, Eberl, Schnepf, 2012, S. 175-182).

Qualifikation, Rahmenbedingungen und die Möglichkeiten der Inanspruchnahme einer FHN werden in Kapitel 9.1 näher ausgeführt.

6.3 Handlungskonzept Case Management

Das Case Management (CM) stellt einen Aufgabenbereich der umfangreichen Tätigkeiten einer FHN dar. Aufgrund dessen wird nachfolgend der Ansatz des CM sowie Funktionen eines/einer Case ManagerIn und der Prozessablauf in groben Zügen beschrieben.

Als Case Management wird ein methodisch, systematisches Vorgehen zur Problemlösung beschrieben, das additional zu einer Kostenreduzierung im Sozial- und Gesundheitswesen führt. In der Literatur findet sich keine einheitliche Definition von Case Management, jedoch geht es grundsätzlich um zielorientierte Problemlösungen bei Menschen in komplexen psychosozialen und/oder medizinisch, pflegerischen Situationen. „Der Begriff ‚Case Management‘ stammt aus dem Englischen und bedeutet wörtlich ‚Fallführung‘“ (Weber-Halter, 2011, S. 24). Zudem wird vom ‚Fall‘ gesprochen, wobei es

aber natürlich um die Person hinter dem Fall geht. Die Maßnahmenplanung im CM-Prozess orientiert sich an mehreren Schritten, in dessen Zentrum der/die KlientIn steht (vgl. Weber-Halter, 2011, S. 39). Ferner lässt der CM-Regelkreis Rückschlüsse auf den Pflegeprozess zu. Hier wie dort steht die individuelle Betreuung des/der KlientIn im Vordergrund, unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen sowie der Zusammenarbeit mit KlientInnen, Angehörigen und Leistungserbringern (vgl. von Reibnitz, 2009, S. 40).

Ziel des CM-Prozesses ist es, anhand eines Assessments Ressourcen zu erheben, um danach Ziele und Maßnahmen festzulegen – an welche sich beide Parteien verbindlich halten. Ferner wird die Durchführung der Leistung beobachtet und gesteuert um im nächsten Schritt, im Rahmen einer Evaluation, erreichte Ziele zu überprüfen. Des Weiteren wird auch entschieden, ob der ‚Fall‘ abgeschlossen oder weiterbearbeitet wird (vgl. Weber-Halter, 2011, S. 39-40).

In der Langzeitversorgung stellt das CM eine Möglichkeit der Versorgung für ältere, hilfsbedürftige Personen und deren Angehörige dar. Ein umfangreiches Angebot an Hilfsdiensten und Finanzierungen kann sich als schwierig herausstellen, da es aus einer Flut von Angeboten das richtige zu finden gilt. Der Einsatz von pflegerischem CM bietet die Möglichkeit bei medizinischer oder pflegerischer Notwendigkeit unter Einsatz des CM-Regelkreises eine adäquate Versorgung sicherzustellen und somit eine Fehl-, Über- oder Unterversorgung zu vermeiden (vgl. von Reibnitz, 2009, S. 37).

Die Funktionen von Case ManagerInnen werden mit den Begriffen Advocacy, Brokering, Gatekeeping und Support bezeichnet. Advocacy meint, die Rechte der KlientInnen in deren Interesse zu vertreten. Sowohl der/die KlientIn als auch deren Angehörige haben das Recht auf die Versorgung, die ihnen zu steht sowie auf Gesundheit und Wohlbefinden, gerade wenn Angehörige die Pflege von Familienmitgliedern aktiv mitgestalten.

Als Broker sind Case ManagerInnen für die Erfassung und Vermittlung zwischen Leistungserbringern und KlientInnen verantwortlich. In der Funktion des Gatekeepers geht es um Kosten- und Strukturverwaltung sowie

Zielevaluierungen. Ferner klären Case ManagerInnen Zugänge zu gesetzlichen Versicherungsansprüchen. Als Unterstützer (Support) hilft der/die Case ManagerIn, Ressourcen des Betroffenen und seiner Angehörigen zu erheben und diese gewinnbringend einzusetzen. Ein zentrales Merkmal des Case Managements ist eine professionelle, interdisziplinäre Zusammenarbeit im Interesse der KlientInnen (vgl. von Reibnitz, 2009, S. 37-44).

Parallelen dieser Funktionen finden sich ebenfalls im Tätigkeitsfeld von FHN's, wenn die Kategorien „Alltagsmanagement/Lebenshilfe“, „Case Management/Lotsenfunktion“ sowie „pflege- und gesundheitsbezogene Fähigkeiten“ genauer betrachtet werden (vgl. Krüger, Eberl, Schnepf, 2012, S. 176).

Im Case Management erheben, kooperieren, beraten, evaluieren und leiten Case ManagerInnen an, stehen in einem Kommunikations- und Interaktionsprozess mit KlientInnen, Angehörigen und Leistungserbringern, um gemeinsam definierte Ziele zu erreichen (vgl. Ewers, Schaeffer, 2005, S. 82).

In Österreich hat sich der Einsatz des Case Managements, im Vergleich zur Familienpflege, größtenteils bereits etabliert. Durch zusätzliche Qualifikationen und unter bestimmten Voraussetzungen ist es Pflegepersonen und SozialarbeiterInnen möglich, als Case ManagerInnen tätig zu sein. Die Zusatzqualifikationen umfassen Module in den Bereichen Kommunikation, Moderation, Rechtskenntnisse und Selbstreflexion (vgl. PGA. Fachbereiche. Bildungsprogramm. https://www.pga.at/casemanagement/?no_cache=1, 3.6.2017).

In Wien erfolgt der Einsatz von Case ManagerInnen über den Fonds Soziales Wien (FSW). Diese helfen in den Beratungszentren für Pflege und Betreuung oder direkt beim Betroffenen mit Information weiter. Ferner wird bei Bedarf Art und Umfang des Pflegebedarfs ermittelt sowie Pflege- und Betreuungsmaßnahmen organisiert und die Kosten dafür berechnet (vgl. Fonds Soziales Wien. Beratungszentrum Pflege und Betreuung. http://pflege.fsw.at/bzp/bzp_leistungen.html, 3.6.2017).

Im Gegensatz zur Familiengesundheitspflege wird das CM ganz klar als Prozess beschrieben, welcher wie bereits erwähnt, Parallelen zum Pflegeprozess aufweist (vgl. von Reibnitz, 2009, S. 40). Nachstehend findet sich eine Kurzbeschreibung der einzelnen Schritte des CM-Prozesses (1-6):

Identifikation/Intake (1)

CM wird bei Personen, die sich in einer psychosozialen und/oder medizinisch-pflegerisch herausfordernden Situation befinden und zusätzlich vom Einsatz des CM profitieren würden, angewendet. Demnach findet das CM bei Personen Anwendung, die chronisch krank sind, um eine Wiedereinweisung zu verhindern oder zu verzögern. Ferner ist es für Personen gedacht, die von sich aus keine Hilfe in Anspruch nehmen würden, obwohl ein hoher Versorgungsbedarf gegeben ist. Üblich sind Zuweisungen von Krankenhäusern, praktischen ÄrztInnenen oder auch von Versicherungen (vgl. Ewers, Schaeffer, 2005, S. 73-74).

Assessment (2)

Mit Hilfe von Assessmentinstrumenten wird die aktuelle Situation des/der KlientIn erfasst, individuelle Bedürfnisse sowie formelle und informelle Ressourcen erhoben. Ferner gilt es, sozioökonomische, kulturelle und religiöse Bedürfnisse ebenfalls zu erheben. Ein umfangreiches Assessment hilft dabei, im Anschluss einen passenden, individuellen Versorgungsplan zu erstellen (vgl. Ewers, Schaeffer, 2005, S. 73-76).

Versorgungsplan erstellen (3)

An dieser Stelle werden gemeinsam mit dem/der KlientIn Fern- und Nahziele nach den SMART-Kriterien definiert. Wobei unter SMART *spezifisch, messbar, attraktiv (erreichbar), realistisch* und *terminiert* verstanden wird (vgl. von Reibnitz, 2009, S. 89). Es werden die Informationen aus dem Assessment einbezogen, um einen nachhaltigen Versorgungsplan zu erstellen, indem auch informelle Ressourcen berücksichtigt werden. Der erstellte Versorgungsplan wird von KlientIn und Case ManagerIn mit der jeweiligen Unterschrift für bindend erklärt.

Implementierung des Versorgungsplans (4)

Nach der Erstellung des Versorgungsplans liegt es in den Händen des/der Case ManagerIn die Leistungsanbieter zu organisieren und zu koordinieren. Handlungen im Sinne des/der KlientIn laufen hier in einem dynamischen Prozess ab, indem der/die Case ManagerIn das Bindeglied zwischen KlientIn, formellen und informellen Diensten darstellt.

Monitoring und Re-Assessment (5)

Die geplanten Hilfeleistungen werden im Sinne von Qualität, Zufriedenheit und Ausmaß überprüft. Ferner wird erhoben, ob die Maßnahmen noch erforderlich sind oder einer Anpassung im Sinne eines höheren oder niedrigeren Ausmaßes angezeigt ist.

Evaluation (6)

Die Ergebnisse des gesamten CM-Prozesses sowie alle durchgeführten Handlungen bei dem/der KlientIn werden evaluiert. Des Weiteren wird die Erreichung der Nah- und Fernziele bewertet (vgl. Ewers, Schaeffer, 2005, S. 76-78).

Berthelsen und Kristensson konnten durch ein systematisches Review den erfolgreichen Einsatz von CM in der Pflege sowie die Auswirkungen dessen auf pA von älteren Menschen darstellen. Die Ergebnisse zeigten eine positive Auswirkung auf die Handlungskompetenz von pA. Ferner konnten durch die Case ManagerInnen, pA in ihrem Tun bestärkt werden, indem sie durch Wissenserweiterung, Handlungen auf die pflegebedürftige Person abstimmten. Zudem konnte dadurch die Aufnahme in eine Langzeitpflegeeinrichtung verzögert werden. Die Zufriedenheit mit dem CM war von Seiten der Betroffenen gegeben, was auf die Anwesenheit der pA zurückgeführt wird. Des Weiteren konnten finanzielle Ausgaben, die durch eine Institutionalisierung der älteren Personen angefallen wären, reduziert werden, da sich informell Pflegende um die Betreuung bemühten (vgl. Berthelsen, Kristensson, 2015, S. 1000).

7 Die Beratung von pflegenden Angehörigen

Die Beratung von Angehörigen in der häuslichen Pflege stellt ein breites Handlungsspektrum für Pflegepersonen dar. Neben der Expertise im mobilen Bereich sind auch Beratungskompetenzen unverzichtbar, um pA in dieser außergewöhnlichen Situation nachhaltig zu unterstützen. Eine Identifizierung der Ressourcen von pA stellt hierfür einen wesentlichen Bestandteil einer erfolgreichen Beratung dar. Mischke (2012) bekräftigt die Wichtigkeit der Ressourcenerhebung im häuslichen Setting sowie den Einbezug der individuellen Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder, wodurch der Aspekt der Gesunderhaltung ebenfalls berücksichtigt wird.

Aufgrund erhobener Erkenntnisse aus der Literatur und jener, die sich im Laufe der Recherche für diese Arbeit herauskristallisierten, wird folgend der Ansatz der Ressourcen- und Lösungsorientierung erläutert, ebenso wie der systemische Ansatz in der Beratung, da in der Familienpflege mitunter mehrere AkteurInnen involviert sind.

Da es für Pflegepersonen in einer Beratungssituation von großer Wichtigkeit ist, Vertrauen aufzubauen, authentisch sowie professionell aufzutreten, werden ebenfalls Aspekte der Beratungskommunikation erläutert. Des Weiteren findet eine Darstellung eines Beratungsprozesses statt, indem auf die Charakteristika der einzelnen Phasen näher eingegangen wird.

Aus Sicht der Verfasserin ermöglicht die prozesshafte Herangehensweise an die Beratung einen strukturierten Ablauf, was den Beteiligten die Möglichkeit bietet, Vertrauen aufzubauen und Unsicherheiten abzubauen. Siehe dazu Kapitel 7.5 sowie Kapitel 8.3.

7.1 Der ressourcenorientierte Beratungsansatz

Ressourcen und ressourcenorientierte Beratungskonzepte finden neben anderen Disziplinen auch in der Pflege ihre Anwendung. „Ressourcenorientierte Beratungskonzepte gehen davon aus, dass die Anforderungen der Moderne an die Menschen, ihren Alltag zu bewältigen, ihre Beziehungen zu gestalten, ihr

Leben zu managen und ihre Probleme zu meistern, wachsen und das professionelle psychosoziale Beratung bedeutsamer wird, wo alltägliche Bewältigungsressourcen fehlen oder überfordert sind“ (Sickendiek, Engel, Nestmann, 2008, S. 210). Ressourcen lassen sich in verschiedene Kategorien einteilen. Eine mögliche Kategorisierung nehmen Hobfoll und Lilly (1993) vor (zit. n. Sickendiek, Engel, Nestmann, 2008, S. 212):

- Objekte: beinhalten materielle Ressourcen, z.B. Wohnung, Kleidung, Kommunikationsmittel.
- Lebensbedingungen und -umstände: sind von der Person geschätzte und erstrebenswerte Zustände, z.B. soziale Sicherheit, Status, sichere Partnerschaft.
- Personenmerkmale: beschreiben den Selbstwert, die soziale Kompetenz und den Bewältigungsoptimismus. Es wird als Ressource beschrieben und auch als Ausgangspunkt für weitere angesehene Umstände wie z.B. berufliche Höherstellung, freundschaftliche Bindungen, Respekt.
- Energieressourcen: sind Hilfsmittel, die dabei helfen gewünschte Objekte oder Zustände zu erreichen, z.B. Geld, Wissen oder Erfahrung.

Ferner beschreibt Hobfoll (1989) die Theorie der Ressourcenerhaltung (COR – Conservation of Resources), die besagt, wenn Ressourcen fehlen, verloren gehen oder Ressourcenverlust befürchtet wird, erleben die Menschen Stress und werden dadurch physisch und psychisch anfällig für Erkrankungen. Ferner wird betont, dass ein Ressourcenverlust weitreichender ist als ein Ressourcengewinn (zit. n. Sickendiek, Engel, Nestmann, 2008, S. 213-214). Daher gilt es, Ressourcen aufrecht zu erhalten und neue Ressourcen aufzubauen. Des Weiteren wird auf die Bedeutung von Gewinn- und Verlustspiralen hingewiesen. Sickendiek, Engel und Nestmann sprechen von einer Ressourcenperspektive, die bedeutet, dass Menschen mit größeren bzw. mehreren Ressourcen weniger anfällig für Ressourcenverluste sind als jene mit einer geringen Anzahl von Ressourcen.

Die Verlustspirale meint, dass Menschen mit geringen Ressourcen bei Verlusten oder hoher Beanspruchung extremere Konsequenzen zu erwarten

haben, da ihre Reserven weniger und darum schneller aufgebraucht sind. Um den Verlust von Ressourcen zu vermeiden, müssen vorhandene Ressourcen gewinnbringend eingesetzt werden. Ein begonnener Ressourcenverlust zieht schnell weitere Verluste nach sich. Ziel ist es, die wenig vorhandenen Ressourcen zu erhalten.

Eine Gewinnspirale hingegen entsteht leichter für Personen mit vielen Ressourcen. Sie verfügen neben einem guten Selbstwertgefühl über viele soziale Kontakte, die Rückhalt und Absicherung bieten. Die vorhandenen Ressourcen können riskanter eingesetzt werden, da sie an anderer Stelle abgesichert sind. Zudem beschreibt die Gewinnspirale einen Ressourcengewinn, auf den meist der nächste Ressourcengewinn folgt (vgl. Sickendiek, Engel, Nestmann, 2008, S. 214).

Deutlich wird die Entstehung einer Gewinnspirale in einer Studie von Brügger, Jaquier und Sottas, indem vorhandene Ressourcen zielführend eingesetzt wurden. Die TeilnehmerInnen dieser Studie gaben an, sich bereits selbstständig über Krankheitsbild, Symptome oder Unterstützungsangebote im Laufe der Pflegetätigkeit informiert zu haben, was ihnen wiederum das Gefühl gab, der Pflegesituation nicht hilflos ausgeliefert zu sein. Ferner wurde die Pflegetätigkeit an sich als bereichernd und sinnstiftend empfunden. Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass jene Befragten die Pflegesituation als Herausforderung sahen, indem sie Informationen generierten sowie Hilfe und Auszeiten in Anspruch nahmen (vgl. Brügger, Jaquier, Sottas, 2015, S. 140-141).

Die ressourcenorientierte Beratung

Die maßgebliche Relevanz des richtigen Einsatzes von Ressourcen zeigt sich insbesondere in der ressourcenorientierten Beratung wie sie Sickendiek, Engel und Nestmann darlegen. Diese Form der Beratung konzentriert sich auf die Erfassung und Bearbeitung von Personen- und Umweltressourcen. Ansätze in der ressourcenorientierten Beratung sind Ressourcenorientierung (1), Ressourcenverständnis (2), Ressourcendiagnostik (3), Ressourcensicherung (4) und Ressourcenanpassung (5).

Die Ressourcenorientierung (1) in der Beratung geht davon aus, dass jeder Mensch über Ressourcen verfügt, selbst wenn die Defizite überwiegen. Ferner befasst sich dieser Ansatz mit vorhandenen oder potenziellen Ressourcen und Chancen, im Gegensatz zu Defizit- oder Problemorientierung.

Das Ressourcenverständnis (2) befasst sich mit dem Einsatz professioneller und nicht-professioneller Ressourcenförderung. Es geht davon aus, dass Personen bevor sie eine professionelle Beratung in Anspruch nehmen, meist bereits alle vorhandenen persönlichen Ressourcen eingesetzt haben bzw. versucht haben einzusetzen. Professionelle und nicht professionelle Ressourcenförderung und -sicherung laufen daher oft parallel.

In der Ressourcendiagnostik (3) wird versucht, Ressourcen aller Lebens- und Umweltbereiche von Personen zu erheben und zu benennen. Ferner widmet sich dieser Ansatz der Idee, vorhandene Ressourcen zu stabilisieren und brachliegende zu aktivieren. Des Weiteren wird versucht soziale, institutionelle und Umweltressourcen getrennt voneinander zu beurteilen. Im Rahmen einer Ressourcendiagnostik wird versucht den Betroffenen die Fähigkeit anzueignen, eigene Ressourcen zu erkennen und in weiterer Folge auch einzusetzen.

Die Ressourcensicherung (4) widmet sich bei ressourcenarmen Personen primär den Ressourcenverlust aufzuhalten und die Verlustspirale zu durchbrechen. Erst im zweiten Schritt wird versucht, Ressourcen aufzubauen. Bei Ressourcenreichtum hingegen wird der gezielte Einsatz und die Erweiterung von Ressourcen angestrebt. Ferner wird am Ausgleich von Ressourceneinsatz und -gewinn gearbeitet.

Im Rahmen der Ressourcenanpassung (5) in der Beratung werden persönliche Ressourcen und Umweltressourcen dem Bedarf entsprechend und anhand von Anpassungs- und Abstimmungsversuchen aufeinander abgestimmt (vgl. Sickendiek, Engel, Nestmann, 2008, S. 215-217).

Mischke hat sich im Rahmen ihrer Promotionsarbeit mit der Erhebung der Ressourcen von pA befasst, um in weiterer Folge mit den erhobenen Daten ein Assessmentinstrument zu entwickeln, das bei ebendieser Erfassung behilflich ist und zudem Rückschlüsse auf adäquate Interventionen zulässt. Unter

Einbezug des salutogenetischen Modells nach Antonovsky sowie der Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll, wird der Frage nachgegangen, welche Ressourcen für pA wichtig sind, um die Pflgetätigkeit zu bewältigen. Daraus wurde ein vorläufiger Ressourcenkatalog erstellt, der durch eine qualitative Sekundäranalyse unter pA ergänzt wurde. Durch die Ergebnisse der Erhebung konnten einige Ressourcen ergänzt werden.

Es stellte sich heraus, dass sich Ressourcengewinne und -verluste nicht ausschließen. Demnach kann die Unterstützung der Familie als Ressource gesehen werden, wohingegen deren Abwendung als Verlust erlebt wird. Materielle Ressourcen hingegen werden lediglich auf deren Nützlichkeit hin beurteilt, indem dadurch Pflegehandlungen erleichtert werden oder etwa dem pA die Möglichkeit bietet, sich zurück zu ziehen.

Aspekte wie Kleidung, Ernährung und finanzielles Vermögen sind für pA von wenig Relevanz. Immaterielle Ressourcen wie Lebensbedingungen und -umstände hingegen werden insofern als wichtig beschrieben, als dass sie den Zugang zu anderen Ressourcen ermöglichen und dadurch Situationen stabilisieren können. Dazu zählen etwa Vertrauen, Stabilität und Rückhalt in der Familie sowie die eigene Gesundheit oder die berufliche Situation. Intellektuelle Herausforderungen und soziale Kontakte alternierend zur Pflege eines Familienmitgliedes wirkten sich positiv auf das Selbstwertgefühl aus, was als Zugewinn einer Ressource beurteilt wurde. Wohingegen sich ein Jobverlust in dieser Zeit negativ auf die Pflegesituation und den Selbstwert auswirkte. Zur Reduktion des Belastungserlebens tragen Humor, Zeit, das Gefühl mit der Situation umgehen zu können, genauso wie das Gefühl der Unabhängigkeit, sowie soziale und kulturelle Integration, bei. Im Rahmen dieser Erhebung konnten 43 bedeutsame Ressourcen³ identifiziert werden, die künftig in die

³ Aus pragmatischen Gründen werden einige Ressourcen exemplarisch genannt: eine pflegerechte Wohnsituation; getroffene Vorkehrungen (Testament, Vollmachten); die Unterstützung und Begleitung durch Freunde und Bekannte; Ideen, um Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen; Zeit haben, für sich selbst; schlafen können; Information und Wissen. Eine detaillierte Aufzeichnung findet sich im Artikel der Autorin (vgl. Mischke, 2012, S.170).

Entwicklung des Assessmentinstrumentes einfließen. Im Laufe der Befragung stellte sich heraus, dass die Artikulation von konkreten Bedarfen für pA schwierig ist. Trotz gezielter Fragen tendierten diese dazu, von schlechten Erfahrungen mit diversen Angeboten zu erzählen.

Um pA für eine Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten zu gewinnen, ist eine Individualisierung nötig, indem konkrete Bedürfnisse und Ressourcen erhoben werden. Ferner wird darauf hingewiesen, dass im Beratungssetting auf die häusliche Situation als Lebenswelt eingegangen wird (vgl. Mischke, 2012, S. 163-172).

7.2 Der lösungsorientierte Beratungsansatz

Die lösungsorientierte Beratung befasst sich vorrangig damit, Lösungen für komplexe Situationen zu finden, als Zeit und Energie mit der Rekonstruktion der Ursache von Problemen zu verbringen. Grundgedanken aus der systemischen Theorie finden in diesem Beratungsansatz seine Anwendung wie etwa der Zirkularität, des Konstruktivismus sowie der Kybernetik zweiter Ordnung.

Die Zirkularität geht davon aus, dass das Verhalten des Einzelnen durch das Verhalten anderer beeinflusst wird und umgekehrt. In der Problemsituation äußert sich dies durch eine Person - ursächlich beteiligt sind jedoch mehrere Personen. In der Beratungssituation werden problemrelevante zirkuläre Prozesse erkannt und zu bearbeiten versucht, indem die Handlungen der beteiligten Personen identifiziert werden (vgl. Engel, 2011, S. 59). Zirkuläre Muster beschreiben demnach Auswirkungen aufeinander, indem das Verhalten einer Person Auswirkungen auf das Verhalten einer anderen Person hat. Der Ansatz der Zirkularität findet sich auch in der Fragetechnik wieder. Demzufolge bieten zirkuläre Fragen neben der Informationserhebung auch die Möglichkeit Gedankenprozesse anzuregen (vgl. Wright, Leahey, 2014, S. 52). Siehe dazu Kapitel 7.4.

Der Konstruktivismus meint, dass sich jeder Mensch seine eigene Wirklichkeit erschafft. Die individuelle Wahrnehmung beeinflusst die Meinung sowie das

Verhalten einer Person. In der Beratung wird davon ausgegangen, dass etwas Konstruiertes auch umkonstruiert werden kann.

Ähnlich verhält es sich in der Kybernetik. BeraterInnen sind durch ihre Handlungen in die Beratungssituation involviert und beeinflussen daher bewusst bzw. unbewusst ablaufende Interaktionsmuster. Diese zentrale Idee beschreibt den Ansatz der Kybernetik zweiter Ordnung, welcher davon ausgeht, dass BeraterInnen keine außenstehenden, objektiven BeobachterInnen sind, die die beste Lösung vorgeben können. Sie suchen mit den Betroffenen gemeinsam nach der besten Lösung und versuchen dabei, eine Balance zwischen Anregung, Lösungssuche und der Autonomie in der Lösungsfestlegung herzustellen (vgl. Engel, 2011, S. 59-61).

Die lösungsorientierte Beratung

Die lösungsorientierte Beratung bedient sich an unterschiedlichen Ansätzen in der zielführenden Gestaltung dieser Art der Beratung. Folgend werden die Möglichkeiten der Lösungsorientierung (1), das Nutzbarmachen von Ressourcen (2), die Konstruktivität (3) sowie die Veränderung (4) und die Minimalintervention (5) beschrieben, um Problemlösungen zu entwickeln.

In der Lösungsorientierung (1) werden Probleme kurz angeschnitten und sind der Ausgangspunkt der Beratung. Jedoch ist das Hauptaugenmerk von Anfang an auf die Entwicklung von Lösungen gerichtet.

Um Lösungen zu finden, werden Ressourcen aller Art von den Betroffenen ausfindig gemacht (Nutzbarmachen von Ressourcen) (2). Der ressourcenorientierte Ansatz wird hier genutzt und bedient sich der Eigenschaften und Fertigkeiten von Personen, die als Hilfsmittel in die Problemlösung einfließen.

Der Ansatz der Konstruktivität (3) geht davon aus, dass sich jeder Mensch durch individuelle Wahrnehmung seine eigene Realität erschafft. Demnach besteht auch die Möglichkeit konstruierte Realitäten zu verändern.

Jede Lösung geht mit einer Veränderung (4) einher, die bereits durch den ersten Schritt in Gang gesetzt wird. Die Veränderung soll helfen, vorgefertigte

Sichtweisen abzulösen. Ferner steht die Veränderungserfahrung im Zentrum der lösungsorientierten Beratung.

Die Minimalintervention (5) meint, dass bereits ein kurzes, zielgerichtetes Eingreifen zu Veränderungen führen kann. Demnach wird lediglich so wenig wie nötig eingegriffen (vgl. Engel, 2011, S. 61-62).

Ergebnisse einer Studie zu Stress und Bewältigungsstrategien unter pflegenden Angehörigen verdeutlichen den Ansatz der lösungsorientierten Beratung in der Familienpflege. Demnach ist es zielführend, mit den pA zunächst Lösungen für ein unmittelbares Problem zu suchen, indem formelle und informelle Ressourcen sowie technische Hilfsmittel einbezogen werden. Nach dem Schritt der Re- und Umorganisation ist es wichtig dieser Personengruppe zu vermitteln, dass die geplanten Schritte beibehalten und an erreichbare Ziele und die individuelle Situation angepasst werden. Dafür werden Strategien entwickelt, in denen die pA im Fokus⁴ stehen und, welche ebenfalls alternative Sichtweisen auf die Situation zulassen. Voraussetzung ist, dass pA dahingehend gestärkt und begleitet werden, die derzeitige Situation zu akzeptieren, sich an schöne Tage zu erinnern und nicht andere Personen für die derzeitige Situation verantwortlich zu machen. Die Rolle der Pflegeperson wird als „BegleiterIn“ beschrieben, um den Familien bzw. pA in der Entscheidungsfindung zur Seite zu stehen und Überforderung oder negative Folgen zu vermeiden (vgl. Rocha, Pacheco, 2013, S. 55-56).

7.3 Der systemische Ansatz in der Beratung

Wie in Kapitel 6.1 bereits beschrieben, vereint sich in der familienzentrierten Pflege der systemische Ansatz mit pflegewissenschaftlichem Denken (vgl. Friedemann, Köhler, 2010, S. 20). Um den Zusammenhang und die Funktionen einer Familie sowie das Zusammenspiel einflussnehmender Faktoren zu verstehen, wird die Familie im Sinne der Systemtheorie in groben Zügen erläutert.

⁴ Im Gegensatz zu Bewältigungsstrategien die sich auf die pflegebedürftige Person oder eine Situation beziehen.

Um komplexe Familiensituationen darzustellen, werden Familien in Sub- bzw. Suprasysteme eingeteilt. Subsysteme sind etwa jene von Eltern und Kind, Ehepaare oder Geschwister. Ein familiäres Suprasystem ist z.B. die Nachbarschaft oder ein Verein, indem die Familie einen Teil davon darstellt (vgl. Wright, Leahey, 2014, S. 48). Friedemann verweist darauf, dass jedes Individuum Teil eines Subsystems ist und dadurch seine Handlungen zu Veränderungen in allen angrenzenden Sub- bzw. Suprasystemen führen. Dadurch ergibt sich eine unterschiedliche Wirkung von wichtigen Ereignissen auf die Familienmitglieder (vgl. Friedemann, Köhlen, 2010, S. 22).

Die Familie als System zu betrachten schließt ein, dass ihre Mitglieder in Balance zu einander stehen. Das Familiensystem lässt sich nach Erler (2003) in vier einflussnehmende Variablen teilen, die den Zusammenhalt (=Kohäsion⁵) einer Familie ausmachen. Die Variablen Strukturflexibilität, Metakommunikation, Systemtransparenz und Umweltoffenheit sind durch die Kommunikation verbunden. Ferner bietet die Kommunikation die Möglichkeit, sich außerhalb des Familiensystems auszutauschen.

Die Strukturflexibilität beschreibt das Verhältnis von Starrheit und Flexibilität der inneren Struktur der Familie. Das bedeutet, dass sich die Bedürfnisse der Familienmitglieder mit ihrer Entwicklung verändern. Rollendefinitionen, Positionsverteilungen und Verteilungen von Rechten und Pflichten verändern sich ebenfalls wie sich die Bedürfnisse der Familienmitglieder gemäß ihrer Entwicklung verändern. So haben Kleinkinder andere Bedürfnisse als Schulkinder, berufstätige Personen andere als Personen im Ruhestand. Es ändert sich das Ausmaß und die Form der affektiven Zuwendung zwischen den familiären Subsystemen.

Die Metakommunikation und Systemtransparenz drückt das Gleichgewicht zwischen Kohäsion und Konflikt aus. Systemtransparenz beschreibt die Fähigkeit der Familie, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen. Durch die Kommunikation innerhalb der Familie über jene Wünsche und

⁵ Kohäsion beschreibt, inwiefern die Familie Probleme wahrnehmen und bearbeiten kann.

Bedürfnisse werden die Familienmitglieder besser verstanden. Je mehr Themen innerhalb der Familie besprochen werden können, desto weniger Unstimmigkeiten gibt es. Wird offen in der Familie kommuniziert, können sich Individuen emotional und kognitiv weiterentwickeln. „Kommunikation findet auf Basis bereits stattgefundener Kommunikation statt, die somit Voraussetzung künftiger Kommunikation ist“ (Erler, 2003, S. 142). Siehe dazu Kapitel 7.4.

Die Umweltoffenheit beschreibt die Durchlässigkeit des Familiensystems: Ist eine starke Begrenzung um das familiäre System, findet kein Austausch mit angrenzenden Systemen statt, so ist die Familie unter sich. Emotionale, kulturelle und kognitive Aspekte werden von der Familie vermittelt oder als unbedeutend gesehen. Einmal mehr wird die Wichtigkeit der Kommunikation und Interaktion hervorgehoben, da weder eine komplette Abgrenzung noch ein komplett offenes familiäres System auf Dauer funktionsfähig wäre. Ferner wird dadurch in weiterer Folge die Handlungsfähigkeit der familiären Subsysteme beeinflusst (vgl. Erler, 2003, S. 139-142).

Wright und Leahey betonen in diesem Zusammenhang, dass die Grenzen des familiären Systems sowohl durchlässig als auch undurchlässig sein müssen. Die „Durchlässigkeit“ des Familiensystems steht im Zusammenhang mit dem Einbezug familiärer Ressourcen bei der Entscheidungsfindung. Diese Information hilft der Pflegeperson dabei zu erfahren, ob die Familie hauptsächlich unter sich (undurchlässiges System) oder sehr offen gegenüber Einflüssen oder gar anfällig für Manipulation (sehr durchlässig) ist. Es ist insofern essentiell für die Arbeit der Pflegeperson, als dass es für die Entwicklung weiterer Schritte berücksichtigt wird (vgl. Wright, Leahey, 2014, S. 48-49).

Die bereits genannten Variablen der Familienstruktur nach Erler (2003) in der Systemtheorie finden zum Teil in der familienzentrierten Pflege nach Wright und Leahey (2014) ebenfalls ihre Anwendung. Wie Kim und Yeom (2016) bekräftigen, ist das Zusammengehörigkeitsgefühl in der Familie ausschlaggebend für die Einschätzung des Belastungserlebens von pA. Andere Ergebnisse in der Literatur belegen, dass Gespräche und der

zwischenmenschliche Austausch zur Entlastung von pA beitragen können (vgl. Brügger, Jaquier, Sottas, 2015, S. 141). Es wird dadurch deutlich, dass sich die Theorie des systemischen Ansatzes in der Literatur wiederfindet und zur Entlastung pA beiträgt. Ferner ist es als ein wichtiger Baustein für die Arbeit mit Familien respektive pA zu beurteilen.

7.4 Beratungskommunikation

In der Beratung werden verschiedene Ansätze in der Gestaltung von Gesprächen als essentiell beurteilt. Demnach werden in der Literatur diverse Punkte beschrieben, die in einer Beratungssituation Beachtung finden. Neben Beratungskompetenzen sind auch personenbezogene Kriterien entscheidend für eine professionelle Pflegeberatung. Dazu gehört neben der Berufserfahrung, welche das Selbstbewusstsein und die Vertrauenswürdigkeit untermauern, auch die Erfahrung mit dem Umgang gewisser Erkrankungen. Ferner wird auf die Fachkompetenz verwiesen, die gemeinsam mit grundlegenden Kommunikationsfähigkeiten dazu beitragen, Inhalte und Information zu vermitteln (vgl. Engel, 2011, S. 104). Umfangreiches Pflegewissen, Fachwissen über spezielle Krankheitsbilder sowie Kenntnisse über Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige helfen der Pflegeperson dabei, Informationen und Wissen an informell Pflegenden weiterzugeben (vgl. Elzer, Sciborski, 2007, S. 176).

Folgend wird auf die verbale und nonverbale Kommunikation eingegangen, welche die Basis für eine bedeutsame Kommunikation darstellt. Darüber hinaus wird in der Literatur auf die starke Vermittlung von Inhalten durch nonverbale Kommunikation verwiesen (vgl. Elzer, Sciborski, 2007, S. 39). Ferner wird auf verschiedene Gesprächstechniken, Möglichkeiten des Fragenstellens und die Grundhaltung in der Beratung näher eingegangen, da diese Punkte nach Ansicht der Verfasserin als zentral angesehen werden.

Verbale und nonverbale Kommunikation

Die verbale Kommunikation umfasst sprachliche Inhalte ebenso wie Elemente, die mit der Sprache mitschwingen, wie etwa Lautstärke, Geschwindigkeit und

Sprachmelodie. Nonverbale Kommunikation beschreibt Mimik, Gestik, Körperhaltung, Blickkontakt etc. Es wird auf die Übereinstimmung beider Kommunikationsarten verwiesen, um kongruente Inhalte zu vermitteln und zudem die Authentizität sicherzustellen.

Neben der verbalen und nonverbalen Kommunikation finden sich ebenfalls Kommunikationssignale dieser Art im zwischenmenschlichen Austausch wieder. Es handelt sich dabei um nonverbale Signale, indem sich die GesprächspartnerInnen etwa gegenüber sitzen, Augenkontakt halten und entspannt bleiben. Diese Haltungen signalisieren, dass die Pflegeperson bereit ist für ein Gespräch und Interesse daran zeigt sowie das Gegenüber auf das Ergebnis des Gespräches vertrauen kann. Zudem macht es dem pA deutlich, dass die Pflegeperson wahres Interesse hat, was wiederum das Vertrauen stärkt (vgl. Engel, 2011, S. 83-98). Wie die Forschergruppe rund um Krüger (2012) in ihrer Pilotstudie bekräftigt, ist das Vertrauen der Betroffenen in die Pflegeperson als Basis für weitere Handlungen anzusehen (vgl. Krüger, Eberl, Schnepf, 2012, S. 178).

Gesprächstechniken

In der Metakommunikation (Kommunikation über Kommunikation) werden stattgefundenene Gespräche aus der Metaebene betrachtet, um mögliche Störungen und Einflüsse zu reflektieren. Das Bedienen von alternativen Kommunikationsmöglichkeiten stellt die Basis einer gelungenen Kommunikation dar. Es dient sowohl der Pflegeperson als auch dem pA, um den Blick auf das Gespräch zu verändern. Jedoch soll dieser Austausch nicht als Vorwurf verstanden werden, sondern als neutrale Reflexion des Gesprächsverlaufes.

Zu diesen alternativen Kommunikationsmöglichkeiten gehört etwa das Paraphrasieren, welches eine Technik des aktiven Zuhörens ist. Es bedeutet, dass gesprochene Inhalte mit anderen Worten wiederholt und zusammengefasst werden. Dadurch kann sich die Pflegeperson versichern, die Inhalte richtig verstanden zu haben (vgl. Engel, 2011, S. 90-91). Zudem wird dem pA das Gefühl vermittelt, verstanden zu werden und die eigenen

Aussagen von der Pflegeperson reflektiert zu bekommen (vgl. Elzer, Sciborski, 2007, S. 86). Das Paraphrasieren bietet zudem die Möglichkeit für einen stabilen Beziehungsaufbau, indem Informationen nicht ver- oder beurteilt werden. Z.B. „Habe ich das richtig verstanden, dass Sie eine Haushälterin haben, die Sie ebenfalls mit der Wäsche und den Einkäufen unterstützt?“

Eine weitere Möglichkeit des aktiven Zuhörens ist das Verbalisieren. Es bedeutet, dass Emotionen oder emotionale Äußerungen des Gegenübers sprachlich benannt werden. Z.B. „Ich habe das Gefühl, dass Sie gerade sehr aufgeregt sind, möchten Sie mir sagen warum?“ (vgl. Engel, 2011, S. 91-92). Das Verbalisieren stellt in der Angehörigenberatung insofern einen wichtigen Punkt dar, als dass innerhalb einer Familie Emotionen eine wichtige Rolle spielen und daher in einer Beratungssituation allgegenwärtig sind (vgl. Krüger, Eberl, Schnepf, 2012, S. 179).

Das aktive Zuhören als Gesprächstechnik kann folglich als Ausgangspunkt für das Paraphrasieren und Verbalisieren gesehen werden. Für die Pflegeperson bedeutet es, sich verbal zurückzunehmen und durch nonverbale Äußerungen wie verstehendes Nicken sowie mimische und gestische Anteilnahme, dem Gegenüber zu signalisieren, dass dem Gespräch gefolgt wird. Für die Pflegeperson beinhaltet diese Art der Gesprächsführung auch, dass die Gedanken nicht abschweifen dürfen, Schlüsselinformationen gemerkt und Gesprächspausen akzeptiert werden (vgl. Elzer, Sciborski, 2007, S. 86).

Grundhaltung

Die Grundhaltung in der Gesprächsführung umfasst Akzeptanz, Empathie und Echtheit für eine erfolgreiche Beratung.

Akzeptanz bedeutet eine klare Haltung gegenüber dem/der GesprächspartnerIn als auch gegenüber sich selbst. Durch verbale und nonverbale Ausdrucksweisen vermittelt die Pflegeperson dem pA, an dessen Situation teilzunehmen. Unterschiedliche Ansichten und Meinungen werden kommuniziert, indem die Interessen der Pflegeperson an die Problemsituation des pA geknüpft werden (vgl. Engel, 2011, S. 96-97). Durch die Wertschätzung des Gegenübers fühlt sich dieser akzeptiert und baut Ängste

ab. Diese Grundhaltung beinhaltet aber nicht die bedingungslose Akzeptanz der Einstellung und Haltung des Gegenübers durch die Pflegeperson. Es meint eher den Respekt vor der Vielfältigkeit der Menschen (vgl. Elzer, Sciborski, 2007, S. 84).

Oft ist es schwierig für pflegende Angehörige bzw. den/die GesprächspartnerIn, Gefühle zu äußern. Eine empathische Haltung der Pflegeperson hilft dabei, Gefühle zu benennen, die hinter einer Aussage stehen. Empathie meint, sich in andere Personen einzufühlen, ohne darüber zu urteilen oder mitzuleiden (vgl. Engel, 2011, S. 97). Ferner beinhaltet Empathie „[...] die Fähigkeit, die Gefühle einer anderen Person genau wahrzunehmen und ihr dieses Verstehen auch mitzuteilen“ (Elzer, Sciborski, 2007, S. 84).

Um ein Gespräch erfolgreich und gewinnbringend zu gestalten, ist es wichtig, authentisch zu sein. Echtheit liegt dann vor, wenn verbale und nonverbale Kommunikation übereinstimmen und sich die Pflegeperson nicht hinter einer Fassade versteckt. Es beschreibt ebenfalls die Glaubwürdigkeit einer Person, indem Emotionen und verbale Äußerungen mit Handlungen und Körperhaltung kongruieren (vgl. Engel, 2011, S. 96-98).

Fragen

Der Einsatz von Fragen dient dazu, dem Gespräch eine Struktur zu verleihen. Darüber hinaus bieten diese entweder die Möglichkeit, Informationen zu sammeln oder Prozesse anzuregen. Beides stellt in der Familienpflege bzw. in der Arbeit mit informell Pflegenden einen wichtigen Aspekt dar, um ein Gespräch zu gestalten (vgl. Wright, Leahey, 2014, S. 52).

Offene Fragen sind meist aufschlussreicher als geschlossene und sind in der Regel W-Fragen (wer, wie, was, wann, wo). Hypothetische Fragen können zu möglichen Zukunftsgedanken anregen und möglicherweise alternative Verhaltensweisen miteinbeziehen (vgl. Engel, 2011, S. 93).

Nach Bebenburg (2006) werden hypothetische und zirkuläre Fragen unterschieden (zit.n. Hüper, Hellige, 2015, S. 117). Demnach bezeichnet Bebenburg hypothetische Fragen als „einmal ums Eck gefragt“ und zirkuläre Fragen als „zweimal ums Eck gefragt“. Eine hypothetische Frage beschreibt die

Vermutung über das Verhalten eines Familienmitgliedes wie z.B. „Wer ist für Sie besonders hilfreich?“ oder „Wie ist Ihre Frau bei früheren Krankheiten in der Familie vorgegangen?“.

Zirkuläre Fragen geben Antworten auf „Vermutungen über die Vermutung anderer Familienmitglieder“ (Hüper, Hellige, 2015, S. 118). Z.B. „Was glauben Sie, wie erklärt sich das Verhalten ihrer Mutter?“ oder „Wer leidet mehr unter der häuslichen Situation?“. Zirkuläre Fragen sollen dabei helfen, das Verständnis von Menschen zu erheben, dass diese von Problemen, Erwartungen oder Wünschen haben. Zirkuläre Fragen lösen Prozesse aus, wodurch neue Perspektiven entwickelt werden können (vgl. Hüper, Hellige, 2015, S. 117-119).

Fokussiert sich die Fragestellung auf ein Problem, dann können dadurch Informationen gesammelt werden, die durch weitere Bearbeitung zu einer Problemlösung beitragen. Dadurch wird die Fragestellung als positiv und nicht als „ausfragen“ empfunden (vgl. Engel, 2011, S. 94).

Wright und Leahey hingegen unterscheiden wiederum lineare und zirkuläre Fragen, jedoch mit derselben Absicht, Daten zu erheben und Prozesse auszulösen. Wobei lineare Fragen geschlossene Fragen sind, mit denen deskriptive Merkmale erhoben werden können. Zirkuläre Fragen hingegen erheben interaktionale Merkmale und stellen eine Möglichkeit der Informationserhebung dar, indem Gedankenprozesse und alternative Sichtweisen des Gegenübers angeregt werden. Bei zirkulären Fragen erfolgt eine Differenzierung

- nach Unterschieden („Welche Intervention haben Sie als wenig/sehr hilfreich empfunden?“),
- nach Verhalten („Was machen Sie, wenn Ihre Mutter nach der Insulininjektion kein Abendessen einnimmt?“),
- nach hypothetischen Fragen („Wer entleert den Harnkatheterbeutel, sollte Ihre Tochter einmal später von der Arbeit nach Hause kommen?“)

oder

- nach triadische Fragen („Wie geht es dem 12-jährigen Sohn, wenn sich seine Mutter um die pflegebedürftige Großmutter kümmert?“)

(vgl. Wright, Leahey, 2014, S. 51-52).

7.5 Der Beratungsprozess

In der Literatur finden sich verschiedene Herangehensweisen sowie eine unterschiedliche Anzahl an Prozessschritten für ein Beratungsgespräch. Nachstehend wird der Beratungsprozess nach Engel (2011) beschrieben, welcher acht Schritte vorsieht und sich an der lösungsorientierten Beratung orientiert. Es handelt sich um eine detaillierte Beschreibung eines Beratungsprozesses, indem nicht nur das Problem beschrieben wird, sondern auch konkret die Möglichkeit der Ressourcenerhebung besteht. Ferner wird die Rolle der Pflegeperson darin definiert, als Unterstützung für die Betroffenen zu fungieren (vgl. Engel, 2011, S. 116). In der Lage der Betroffenen finden sich im Zusammenhang dieser Masterthesis die pflegenden Angehörigen. Folgend werden die einzelnen Schritte des Prozesses (1-8) genauer beschrieben, um den Fokus in den einzelnen Phasen zu verdeutlichen.

Beratungsbedarf erheben (1)

Der Beratungsbedarf wird von Seiten des Betroffenen geäußert oder von der Pflegeperson als notwendig wahrgenommen. Auf Basis eines bereits stattgefundenen Anamnesegespräches konnten sich die AkteurInnen kennenlernen sowie beratungsrelevante Aspekte erhoben werden. Von Seiten der Pflegeperson gilt es in diesem Schritt, Ablauf, Ziel und Inhalt des Beratungsverlaufes mit dem Betroffenen zu klären. Ebenso wird der Beitrag des Betroffenen am Problemlösungsprozess festgemacht (vgl. Engel, 2011, S. 74-75).

Beratungsproblem beschreiben (2)

Betroffene werden angehalten, die für sie als Problem empfundene Situation zu beschreiben. Wichtig ist ebenfalls, dass die AkteurInnen Gedanken und Gefühle benennen, die mit der Problemsituation einhergehen. In dieser Phase

liegt das Hauptaugenmerk darin, Problemsituationen zu priorisieren sowie Zusammenhänge und Einflussfaktoren der Probleme zu erheben. Ferner wird dadurch versucht, ein Schlüsselproblem zu definieren (vgl. ebd. S.76, S. 117).

Problemrelevante Ressourcen erheben (3)

In diesem Schritt werden Möglichkeiten und Kompetenzen zur Problemlösung ausgelotet. Anhand von verschiedenen Fragetechniken wird eruiert, wie Probleme in der Vergangenheit gelöst wurden. Betroffenen wird dadurch aufgezeigt, über welche Fähigkeiten sie verfügen und wie sie diese gewinnbringend einsetzen können (vgl. ebd. S. 77). Ferner werden Ressourcen aller Art erhoben die für die Problembewältigung dienlich sein können (vgl. ebd. S. 55, S. 117). Siehe dazu Kapitel 7.1.

Beratungsziele formulieren (4)

„Beratungsziele beschreiben einen realisierbaren und überprüfbaren Soll-Zustand, der von den PatientInnen angestrebt wird“ (Engel, 2011, S.78). Gemeinsam mit Pflegeperson und Betroffenen werden Ziele formuliert und schriftlich festgehalten, die beinhalten wie der erstrebte Zustand aussehen und konkret erreicht werden soll. Die Beschreibung von Nah- und Fernzielen ermöglicht eine etappenweise Annäherung an das Ziel (vgl. ebd. S. 78).

Problemlösungsmöglichkeiten erarbeiten (5)

Mögliche Maßnahmen in Form von Denk- und Handlungswegen werden in diesem Prozessschritt erarbeitet, um das definierte Ziel zu erreichen. Als zentraler Punkt des Beratungsprozesses werden nun die Handlungen, die der/die Betroffene durchführt festgelegt, gegebenenfalls ergänzt durch Handlungen der Pflegeperson (vgl. ebd. S. 78-79).

Problemlösungsplan festlegen (6)

Realistische Lösungsmaßnahmen werden aus einem Pool von Möglichkeiten ausgewählt. Welche ausgewählt werden obliegt dem/der Betroffenen. Die Pflegeperson hilft dabei, indem sie Entscheidungskriterien einbringt, wie etwa Realisierbarkeit und Erfolgschancen. Ferner unterstützt die Pflegeperson

den/die BetroffeneN durch Informationssammlung sowie, bei Bedarf, die Erstellung von schriftlichen Unterlagen (vgl. ebd. S. 79).

Problemlösungsplan umsetzen (7)

Nun findet die praktische Umsetzung der zuvor festgelegten Lösungsmaßnahmen statt. Die Pflegeperson unterstützt durch positives Feedback, Gespräche sowie aktive Unterstützung, um Rückschläge zu vermeiden (vgl. ebd. S. 80).

Problemlösungsplan evaluieren (8)

Es erfolgt die Beurteilung des Problemlösungsprozesses hinsichtlich der Effizienz. Beratungsziele und die Umsetzung des Problemlösungsplanes werden getrennt voneinander beurteilt. Aktivitäten von Betroffenen sowie der Pflegeperson werden ebenfalls evaluiert. Der Zeitpunkt für eine Evaluierung wird nach Maßgabe der Pflegeperson gesetzt (vgl. ebd. S. 80-81).

Wie diese Darstellung des Beratungsprozesses verdeutlicht, bietet dieser die Möglichkeit, ein Beratungsgespräch anhand eines strukturierten Ablaufes durchzuführen sowie Informationen zu erheben und Interventionen zu planen. Das Calgary Familien-Assessment und Interventions-Modell dienen dabei als „Werkzeuge“ für die Arbeit mit Familien, der Beratungsprozess als Orientierung des Handlungsablaufes. Ferner ist die Bezugnahme auf das Setting entscheidend. Im Falle dieser Masterthesis gilt es, das häusliche Umfeld als Lebenswelt der Angehörigen sowie der pflegebedürftigen Personen in den Fokus zu setzen. Siehe dazu Kapitel 8 bzw. Kapitel 8.3.

8 Familien-Assessment und Interventionen

Für die Erhebung von Ressourcen und Bedürfnissen von Familien eignen sich spezielle Basisassessments. Nachstehend wird exemplarisch ein Assessmentinstrument beschrieben, das in der Familienpflege ergänzend eingesetzt werden kann. Die in Kapitel 7 erwähnten Theorien und Aspekte, die im Rahmen einer Beratung Anwendung finden, vereinen sich, neben anderen Theorien, zum Teil im Calgary Familien-Assessment-Modell (CFAM) wieder.

Das CFAM besteht aus den drei Hauptkategorien Struktur, Entwicklung und Funktion. Siehe dazu Kapitel 8.1. Diese sind wiederum in Subkategorien gegliedert. Es handelt sich um ein umfangreiches Assessmentinstrument, indem die Pflegeperson entscheidet, welche Punkte erhoben werden und für die weitere Arbeit mit der Familie relevant sind. Es wird in einem Prozess erstellt, welcher sich über mehrere Sitzungen erstreckt. Das CFAM ist als Baumdiagramm übersichtlich dargestellt, die Aufzeichnungen dazu obliegen der Pflegeperson. Es dient, wie jedes andere Assessment auch, der Erhebung der momentanen Situation einer erkrankten oder pflegebedürftigen Person und dessen Familie. Ebenso hilft es der Pflegeperson, Unterstützungen für die hilfesuchende Familie zu formulieren. Der Fokus des Familienassessments liegt auf der Interaktion der Familienmitglieder, nicht etwa auf dem Individuum (vgl. Wright, Leahey, 2014, S. 69-71).

Die theoretischen Grundlagen zum CFAM finden sich in der Systemtheorie, der Kybernetik, den Kommunikationswissenschaften und der Veränderungstheorie. Es hilft nicht dabei, Universallösungen zu erstellen und ersetzt auch kein Fokusassessment. Mit Hilfe des CFAM wird eine Liste von Stärken und Problemen erstellt, wobei jedoch die Ressourcen im Vordergrund stehen. Anstelle von Pflegediagnosen wird auf diese Aufzeichnungen zurückgegriffen, da dadurch auf kulturelle und ethnische Belange näher eingegangen werden kann. Pflegeinterventionen entstehen und funktionieren am besten als wechselseitiges Zusammenspiel von Familie und Pflegeperson. Basis dafür ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den AkteurInnen. Ein umfangreiches Anamnesegespräch ist der Ausgangspunkt für weitere Handlungen (vgl. ebd.

S. 32-36). Ergebnisse, die im Rahmen der Recherche für diese Masterthesis zu Tage kamen, unterstreichen diese Vorgehensweise in der familienzentrierten Pflege, in welcher zu Beginn eine Vertrauensbasis geschaffen sowie die Stabilisierung der familiären Situation angestrebt wird, um in weiterer Folge Interventionen zu planen (vgl. Krüger, Eberl, Schnepf, 2012, S. 179).

8.1 Das Calgary Familien-Assessment-Modell

Um die Aussagekraft und den Umfang des CFAM als Familienassessment zu verdeutlichen, werden nachstehend exemplarisch die Hauptkategorien beschrieben sowie das Baumdiagramm des CFAM dargestellt.

Stellt sich nach der Durchführung des CFAM heraus, dass Interventionen in der Familie angezeigt sind, findet das Calgary Familien-Interventions-Modell (CFIM) Anwendung. Dieses Modell stellt die Ergänzung des CFAM dar und hilft der Pflegeperson, passenden Interventionen für die Familie vorzuschlagen. Siehe dazu Kapitel 8.2.

Assessment der Struktur

In dieser Kategorie werden die Mitglieder, Beziehungen und Kontakte innerhalb und außerhalb der Familie erhoben. Hilfsmittel wie das Genogramm und das Ökogramm unterstützen die Pflegeperson, die Familienstrukturen grafisch darzustellen. Das Genogramm dient der Darstellung der Familienkonstellation, das Ökogramm stellt Kontakte innerhalb und außerhalb der Familie dar. Ferner lässt das Ökogramm Rückschlüsse auf die Intensität und Qualität der Beziehung zu (vgl. Wright, Leahey, 2014, S. 71-103).

Assessment der Entwicklung

Die Erhebung der derzeitigen Entwicklungsphase (kindliche Entwicklung bis zum fortgeschrittenen Alter) ist ausschlaggebend für die Arbeit mit der Familie. Die Entwicklung der Familie hängt mit der Vergangenheit, der aktuellen Situation sowie mit der Zukunft der Familie zusammen. Es gibt verschiedene Interpretationen der Familienentwicklung, beeinflusst durch

einen ständigen Wandel und die sich verändernden Lebensumstände (vgl. ebd. S. 104-109).

Assessment der Funktion

Diese Hauptkategorie erhebt das Verhalten einzelner Familienmitglieder untereinander. Zum einen erhebt es die Aktivitäten des täglichen Lebens, die durch Krankheit oder Einschränkungen beeinträchtigt sind (instrumentelle Funktion). Zum anderen werden expressive Funktionen beleuchtet, in denen die Kommunikation, Problemlösungsfähigkeiten und Verhaltensmuster innerhalb der Familie erhoben werden. Wright und Leahey betonen, dass bei instrumentellen Beeinträchtigungen auch expressive Funktionen beeinflusst werden (vgl. ebd. S. 134-137).

Baumdiagramm des CFAM

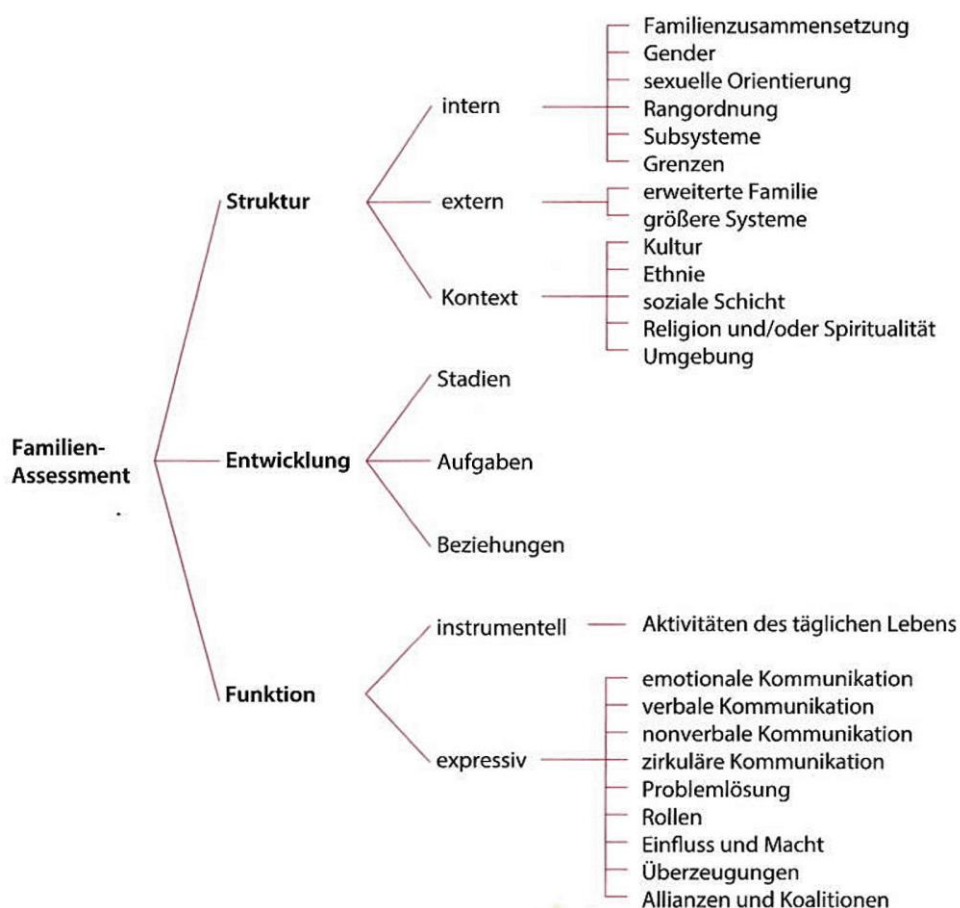


Abbildung 2: Baumdiagramm CFAM (Wright, Leahey, 2014, S. 70)

8.2 Das Calgary Familien-Interventions-Modell

Im Zentrum des CFIM steht die Beziehung zwischen Familie und Pflegeperson. Zudem dient dieses Modell als Struktur, um die Beziehung in einen Rahmen zu stellen und in weiterer Folge nachhaltige Pflegehandlungen zu planen, die längerfristig zu Veränderungen führen. Es orientiert sich an Stärken, Bewältigungsmechanismen und einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Familie und Pflegeperson. Ziel der gemeinsam geplanten Interventionen ist es, eine Veränderung herbeizuführen, die auf die bio-psycho-sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Familienmitglieder abgestimmt und für die Familie passend sind. Jede Familie erschafft sich ihre eigene Realität, die nicht unabhängig von ihnen existiert. Durch die Entwicklung neuer Interaktionsformen kann die Realität der Familie verändert werden, wodurch es zu einer veränderten Wahrnehmung einer Erkrankung kommt und sich darüber hinaus das Verhalten dazu verändert. Erfolgreiche und nachhaltige Interventionen basieren auf einer guten Beziehung zwischen Familie und Pflegeperson sowie einem umfangreichen Anamnese- bzw. Familiengespräch. (vgl. Wright, Leahey, 2014, S. 32-41).

Die Interventionen dieses Modells sind in verschiedene Handlungsbereiche gegliedert, die sich wiederum an der Wahrnehmung des Problems durch die Familie orientieren. Das CFIM hilft dabei, passende Interventionen für die Familie zu erarbeiten, um Veränderungen in den kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Bereichen der Familienfunktion zu erreichen. Maßnahmen können lediglich angeboten werden, die Durchführung bzw. Inanspruchnahme obliegt der Familie. Die Relevanz der passenden Intervention zum aktuellen Problembereich der Familie wird von den Autorinnen nachdrücklich betont. Ob die angebotenen Handlungen jedoch tatsächlich für die Familie passen, zeigt sich mitunter erst durch Erproben sowie durch „Trial und Error“. Es ist für die Pflegeperson und die Arbeit mit der Familie essentiell zu wissen, zu welchem Zeitpunkt welche Art der Fragen gestellt werden, um Veränderungen in dem Bereich der Familienfunktion herbeizuführen. Siehe dazu Kapitel 7.4.

Wie bereits erwähnt, ist ein umfangreiches Familienassessment die Basis für passende Interventionen. Zudem bietet es die Möglichkeit, sich gegenseitig kennenzulernen und eine Arbeitsbeziehung aufzubauen.

Fragestellungen an sich werden bereits als Pflegeintervention beurteilt und helfen der Pflegeperson dabei herauszufinden, in welchem Funktionsbereich angesetzt werden kann. Folgend werden die Handlungsmöglichkeiten zu den genannten Funktionsbereichen näher beschrieben.

Kognitive Interventionen

Veränderungen im kognitiven Bereich werden durch neue Ideen und Meinungen sowie durch Informationen über ein bestimmtes Gesundheitsproblem herbeigeführt. Es wird darauf abgezielt, durch eine veränderte Wahrnehmung der Gesundheitssituation, Lösungen für aktuelle Probleme zu finden. Dies kann durch Anerkennung und Wertschätzung bereits vollzogener Verhaltensweisen gelingen sowie durch die Betonung der Stärken und Fähigkeiten (im Gegensatz zu den vorhandenen Defiziten) einer Familie. Ferner besteht die Möglichkeit durch Wissenserweiterung zu bestimmten Themenbereichen, Krankheitsbildern oder Symptomen das Verständnis der Familie zu erweitern. Dadurch ist in weiterer Folge auch die Möglichkeit gegeben, Prozesse der Eigeninitiative anzuregen.

Affektive Interventionen

Diese Art der Handlung beschreiben emotionale Reaktionen, die die Familie in ihrer Funktion daran hindern, Probleme zu lösen bzw. zu bearbeiten. Aufgabe der Pflegeperson ist es, Emotionen, die durch eine Diagnose oder sich verändernde Situationen auftreten, anzuerkennen und als normale Reaktion zu relativieren. Wie etwa Angst oder Überforderung durch die plötzlich eintretende Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen. Ferner können Familienmitglieder ermutigt werden, Gefühle und Emotionen mitzuteilen, die sie während einer Erkrankung erlebt haben, um dadurch Erfahrungen auszutauschen und Emotionen Raum zu geben. Die Schaffung eines Rahmens für die Familie, um sich untereinander über Gefühle einer belastenden Situation auszutauschen, liegt im Ermessen der Pflegeperson. Diese kann dazu

beitragen als Triebfeder zu fungieren, um das Gespräch innerhalb der Familie über belastende Situationen und damit einhergehende Emotionen zu forcieren.

Verhaltensbezogene Interventionen

Verhaltensbezogene Interventionen zielen auf die Interaktion zwischen den Familienmitgliedern ab. Es wird versucht den Familienmitgliedern Aufgaben zuzuteilen und dadurch Veränderungen im Zusammenhalt und der Zusammenarbeit der Familie zu erreichen. Durch Information, Beratung und Unterstützung werden Familienmitglieder ermutigt, Pflegehandlungen zu übernehmen. Indem pA auf die Möglichkeit der Unterstützung von Pflegepersonen zurückgreifen können, fühlen sie sich nicht allein gelassen mit der Situation. Um den pflegenden Familienmitgliedern eine Auszeit von der Pflege zu ermöglichen, ist es wichtig, die gesamte Situation zu kennen (Schweregrad der Erkrankung, persönliche und finanzielle Ressourcen), um sie in weiterer Folge zu ermutigen, sich Zeit für sich zu nehmen, um selbst gesund zu bleiben (vgl. Wright, Leahey, 2014, S. 161-173).

Wright und Leahey geben an, dass bei Pflegepersonen, die sich mit familiensystemischer Pflege im Sinne einer Spezialisierung auseinandersetzen, die Interaktion und Wechselseitigkeit mit der Familie im Fokus steht und sich ständig ergänzt. In der familiensystemischen Pflege vereinen sich Pflege, Systemtheorie, Kybernetik und familientherapeutische Theorien. Umfangreiche Kommunikationsfähigkeiten sind unabdingbar für die Arbeit mit Familien, ebenso hat die Pflegeperson sowohl den Einzelnen als auch die Gemeinschaft im Blick (vgl. ebd. S. 41).

8.3 Konzept für die Beratung pflegender Angehöriger

Die Kombination aus dem Beratungsprozess nach Engel (2011) und die Anwendung des CFAM im Rahmen eines Familiengesprächs, bietet die Möglichkeit, die Familie kennenzulernen und zu erheben, in welchen Bereichen Ressourcen vorhanden sind und in welchen Bereichen eine Unterstützung erforderlich ist. Angelehnt an den Beratungsprozess nach Engel würden hier die Schritte 1 bis 4 angesiedelt sein. Durch die Anwendung des CFIM kann der

Beratungsprozess weitergeführt werden. Interventionen auf verschiedenen Ebenen ermöglichen es, Problemsituationen individuell zu bearbeiten. Durch den Einbezug des CFIM können die Schritte 5 bis 8 des Beratungsprozesses angewendet werden. Siehe dazu Abbildung 3.

Engel verweist darauf, dass sich eine Beratung in dialogischer Form gestaltet und einem prozesshaften Ablauf folgt, indem Phasen nicht zwingend stringent verlaufen müssen, sondern sich gegebenenfalls auch wiederholen, um die zielführenden Handlungen der aktuellen Situation anzupassen (vgl. Engel, 2011, S. 73-74).

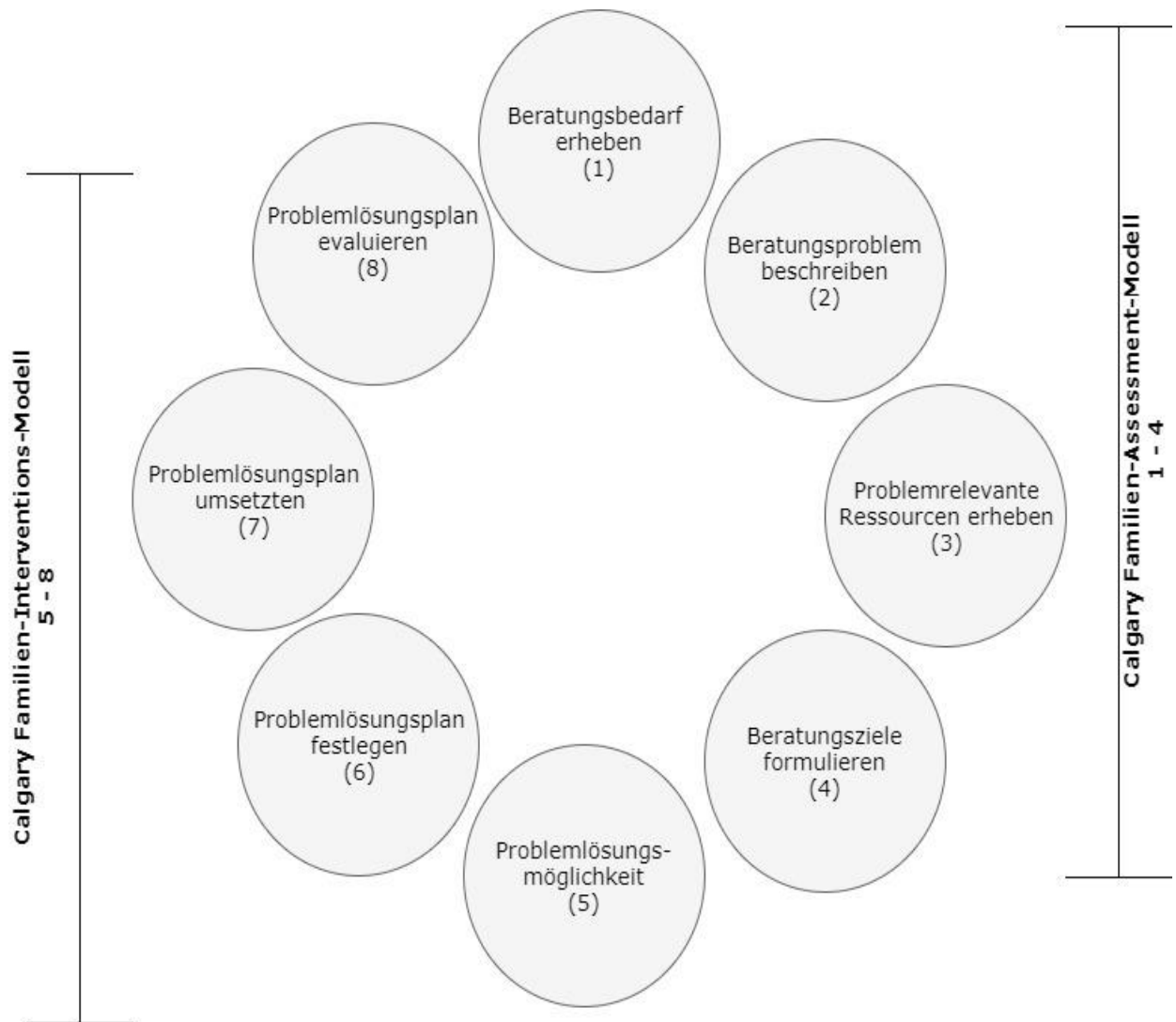


Abbildung 3: Eigene Darstellung der Anwendung des CFAM und CFIM innerhalb des Beratungsprozesses nach Engel (2011)

9 Unterstützungsangebote aus anderen Ländern

Durch Ergebnisse der vordefinierten Suchbegriffe sowie in Bezug auf die Beantwortung der Forschungsfrage über erfolgreiche Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige älterer Menschen aus anderen Ländern, werden in diesem Kapitel exemplarisch einige zielführende Angebote für diese Personengruppe dargestellt. Die beschriebenen Angebote gibt es zum Teil bereits in dieser oder ähnlicher Form in Österreich. Ferner können diese Möglichkeiten als Ergänzung bzw. Erweiterung zu den ohnehin bereits umfangreichen Angeboten für die Versorgung von pA in Österreich gesehen werden.

Im Zentrum dieser Ergebnisse aus verschiedenen Ländern stehen entweder ein übergeordnetes Organisationskonzept oder der Einsatz von ehrenamtlichen HelferInnen. Wie bereits mehrmals erwähnt, wird die Wichtigkeit der Organisation und damit einhergehende Kooperation und Vernetzung von Hilfsdiensten betont, um bei der Entlastung beste Ergebnisse zu erzielen (vgl. Mantovan et al, 2010, S. 223).

Brügger, Jaquier und Sottas erhoben, dass informelle Dienste von großer Bedeutung sind, da sie leichter zugänglich, zeitlich flexibler und darüber hinaus kostenlos sind im Gegensatz zu offiziellen Diensten. Dem zwischenmenschlichen Austausch, ob mit Laien oder Gesundheitspersonal, wird ebenfalls eine große Bedeutung beigemessen und gleichermaßen als entlastend empfunden. Es wird jedoch betont, dass es hierfür entscheidend ist, keinen Ortswechsel zum Wohnbereich vornehmen zu müssen, um die pflegebedürftige Person nicht alleine zu lassen (vgl. Brügger, Jaquier, Sottas, 2015, S. 140-141).

9.1 Familiengesundheitspflege

Als erfolgreiches Angebot der Angehörigenberatung kann auch das bereits erwähnte Konzept der Familiengesundheitspflege respektive Family Health

Nursing genannt werden. Die an das WHO-Konzept angelehnte Ausbildung einer FHN hat sich in Deutschland bereits etabliert. Es ermöglicht Pflegepersonen und Hebammen durch eine zusätzliche Ausbildung mit Familien, die sich in komplexen pflegerischen und sozialen Situationen befinden, zu arbeiten (vgl. Krüger, Eberl, Schnepf, 2012, S. 175).

Des Weiteren hat nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz seit 1.1.2009 jeder Pflegebedürftige in Deutschland Anspruch auf eine Pflegeberatung. Um Betroffene und deren Angehörige Angebote der Unterstützung und Hilfeleistung zu unterbreiten, werden FHN für die Durchführung dieses Gesetzes herangezogen. Wie bereits erwähnt sind die Aufgaben der FHN pluralistisch und umfassen etwa die Erhebung von Ressourcen mit Hilfe von Assessments und anderen Instrumenten, um vorhandene Ressourcen effektiv zu nutzen und auch aufrecht zu erhalten. Ferner wird die Gesundheitsförderung und Prävention der Betroffenen und der Angehörigen in den Fokus gestellt.

In Deutschland wurde infolge der gesetzlichen Verankerung mit dem deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. DBfK und einer Krankenkasse eine gesetzliche Rahmenvereinbarung geschlossen, um die individuelle häusliche Beratung für die Betroffenen sicherzustellen. Diese umfasst in Deutschland bis zu 21 Stunden innerhalb von sieben Monaten (vgl. Weskamm, 2014, S. 62).

9.2 Mentoring-Programm für pflegende Angehörige

Eine Erhebung unter pA in London, England, befasste sich mit den Auswirkungen eines „Mentoring-Programmes“ als Unterstützungsangebot. Ein Mentor/eine Mentorin meint in diesem Kontext einen ehrenamtlichen Helfer/eine ehrenamtliche Helferin, der/die früher vielleicht selbst informelle Pflege leistete. Durch Gespräche, empathisches Verhalten und Verständnis für pA können sie sozialer Isolation entgegenwirken.

In dieser Studie wurden mittels quantitativer Erhebung 25 Personen befragt, bevor und nachdem sie das Mentoring in Anspruch genommen haben. Davon

wurde bei elf Personen ein vertiefendes qualitatives Interview durchgeführt. Es zeigten sich positive Auswirkungen auf Angst und Depression sowie auf die Lebensqualität. Ferner wurde das Vertrauen in die eigene Pfl egetätigkeit erhoben, wobei sich zeigte, dass dieses in nahezu allen Bereichen einen signifikanten Anstieg verzeichnete⁶.

Neben dem empathischen Verhalten eines Mentors/einer Mentorin wurden von den pA die Motivation, der Enthusiasmus und die Freude an der freiwilligen Tätigkeit erwähnt. Im Rahmen der Besuche wurden spezifische Aktivitäten mit den pA durchgeführt. Es wurden soziale Kontakte aufrechterhalten, um die Einsamkeit zu reduzieren. Der Mentor/die Mentorin gab ebenfalls Hilfestellung bei praktischen Tätigkeiten, half den Blickwinkel zu verändern und verschiedene Möglichkeiten für ein Problem zu diskutieren oder das Zeitmanagement zu verbessern. Des Weiteren wurde die Beziehung der pA zum Mentor/zur Mentorin als sehr wertvoll beschrieben, da die pA nicht das Gefühl hatten, sich verstellen zu müssen. Ebenfalls wichtig für die pA war die Tatsache, dass es sich bei dem Mentor/der Mentorin um eine fremde Person handelte, welche sie noch nie zuvor gesehen hatten.

Die psychische Unterstützung des Mentors/der Mentorin und das Teilen von Gefühlen und Erfahrungen half den pA besser mit ihren Emotionen umzugehen. Die Inanspruchnahme des Mentoring-Programmes hatte für die pA einen nachhaltigen Effekt, da sie nicht nur Informationen über Angebote und Unterstützungen erhielten, sondern auch in der zentralen Rolle ihrer wichtigen Tätigkeit bestärkt wurden (vgl. Greenwood, Habibi, 2014, S. 360-367).

Dieses Angebot aus England kann am ehesten mit dem in Österreich weit verbreiteten SHG für pflegende Angehörige verglichen werden. Durch die Recherche stellte sich heraus, dass die Inanspruchnahme von informellen

⁶ Ausnahme: Den praktischen Arzt um Rat fragen. Weitere Punkte, deren Vertrauen während der Inanspruchnahme zunahm: Zeit für sich nehmen, Wissen, wo Informationen über Unterstützung und Nutzen zu finden sind, Wissen, wo die pA Ratschläge herbekommen und wenn nötig, Tagespflege in Anspruch nehmen kann.

Angeboten für die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte sehr wichtig ist und darüber hinaus positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit der pA hat.

9.3 Lotsentandem in der ambulanten Demenzversorgung

Im Rahmen einer Evaluationsstudie wurde die Wirkungsanalyse des CM in der ambulanten Basisversorgung Demenz im Lotsentandem (LOTTA) durchgeführt. Um die Effektivität und Effizienz dieses Projektes in der ambulanten Basisversorgung zu erheben, erfolgte die Studie in einem ausgewählten Gemeindeverband in Deutschland.

Case Management wird für seine Kosteneffektivität und Effizienz in komplexen sozialen Situationen in der Organisation herangezogen, genauso wie für wissenschaftliche Thesen in diesem Bereich. Das Lotsentandem beschreibt die Zusammenarbeit von Hausarztpraxen und Demenzfachberatung. Ferner wurde im Rahmen dieses Projektes das „Logbuch Demenz“ etabliert, welches eine Art PatientInnenpass für DemenzpatientInnen beschreibt, mit dem sich Betroffene und deren Angehörige im Gesundheitssystem bewegen können. Das Logbuch beinhaltet unter anderem Informationen über bereits in Anspruch genommene Angebote der AnwenderInnen. Die ambulante Basisversorgung Demenz enthält medizinische, psychosoziale und pflegerische Leistungen sowie deren Planung und Organisation.

Zwei wichtige Lotsenfunktionen werden in diesem Projekt vereint. Zum einen übernimmt der Hausarzt/die Hausärztin die Organisation für den medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Bereich. Die PatientInnenbegleitung der Demenzfachberatungsstelle koordiniert pflegerische und psychosoziale Angelegenheiten für die Betroffenen, als auch für dessen Familie. In diesem Zusammenhang wird die Hauptpflegeperson in die Pflege- und Betreuungssituation eingeführt. Bei Bedarf kann darüber hinaus die Kompetenz eines/einer PflegeberaterIn, innerhalb des gesetzlichen Rahmens kostenfrei hinzugezogen werden, um den pA weiterhin zu begleiten.

Die Ergebnisse zeigen neben einer Einsparung von Krankenhausbehandlungen, auch einen deutlichen Hilfee Erfolg für die Beteiligten, indem Ressourcen gefördert und dadurch Problemsituationen abgebaut wurden. Ferner wurden viele Angebote des Versorgungssystems im Zuge der Ressourcenförderung in Anspruch genommen. Durch den Einsatz der Demenzfachberatung konnten Hausarztpraxen entlastet werden und psychosoziale und pflegerische Belange rückten in den Fokus der Betreuung.

Dieses Modellprojekt zeigt die Wichtigkeit der Koordination und Organisation von Hilfeleistungen. Durch den Einsatz von Fachberatungsstellen und PflegeberaterInnen werden nicht nur pflegebedürftige Personen und deren Bedürfnisse in den Fokus gerückt, sondern auch jene der Angehörigen. Durch diese Ergebnisse in Leistungseffizienz und Kosteneffektivität kann ebenfalls auf die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der Angehörigen geschlossen werden. Pflegende Angehörige stellen den Dreh- und Angelpunkt für die pflegebedürftige Person dar, indem ihr Gesundheitszustand richtungsweisend sowie entscheidend für die weitere Betreuung der pflegebedürftigen Person ist (vgl. Arnold et al, 2014, S. 31-38).

10 Diskussion

In den herangezogenen Studien und Reviews für diese Masterthesis herrscht Einigkeit über die hohe Belastung, die durch Angehörigenpflege entsteht. Dieses Erkenntnis stellt auch die Ausgangslage der verwendeten Forschungsartikel dar. In dem Review von Posch-Eliskases et al (2015) wird sehr deutlich auf die Folgen der psychischen und psychosozialen Belastung eingegangen.

Brügger, Jaquier und Sottas (2016) befragten eine Gruppe von 25 pflegenden Angehörigen mit dem Ergebnis, dass die psychische Belastung schwerer wiegt als die physische. Zudem erhebt die AutorInnenengruppe Wünsche der pflegenden Angehörigen für eine Erleichterung in der häuslichen Pflegesituation, die sich in größer angelegten Studien, wie etwa von Schilder und Florian (2012), ebenfalls wiederfinden. Diese ForscherInnen befragten mehr als doppelt so viele informell Pflegende als die AutorInnenengruppe rund um Brügger, sie äußerten ebenfalls den Wunsch nach Gesprächsrunden bzw. zwischenmenschlichem Austausch sowie nach Informationen über den Zugang zu Hilfsmitteln.

Im Gegensatz dazu merkt Mischke (2012) an, dass die Personengruppe der pflegenden Angehörigen ihre Wünsche nur schwer definieren und äußern kann, sich pflegende Angehörige allerdings dennoch Unterstützung wünschen. Ferner bekräftigt die Autorin die häusliche Situation als Lebenswelt im Beratungssetting einzubeziehen, wodurch adäquate Angebote vermittelt werden können, die zudem auf die individuelle Situation eingehen.

11 Zusammenfassung und Ausblick

Durch die Darstellung von Angeboten für pflegende Angehörige von älteren Menschen in Österreich auf den Internetseiten des Sozialministeriums, kann ein erster Überblick über dieses Thema gewonnen werden. Darüber hinaus finden sich dort Hinweise für finanzielle Zuwendungen sowie Informationen und Kontakte zu gemeinnützigen Organisationen bzw. Vereinen, welche im Falle einer Pflegebedürftigkeit herangezogen werden können. Diese umfangreiche Darstellung von Angeboten bietet auch informell Pflegenden einen groben Überblick, stellt zudem aber gleichzeitig einen Beratungsbedarf dar, als dass aus dieser „Flut“ an Angeboten das passende gefunden wird. Es wird deutlich, dass die Angebote sehr vielschichtig sind und dadurch eine Unterteilung von Nöten ist. Im Zuge dieser Arbeit entstand eine Darstellung von Unterstützungsmaßnahmen für die genannte Zielgruppe, gleichzeitig wurde auch eine Gliederung der Angebote vorgenommen. Es wird, unabhängig von der Finanzierung (öffentlich oder privat), eine Segmentierung in einen settingbezogenen, einen organisatorischen sowie einen psychosozialen Bereich vorgenommen, um einen Überblick zu erhalten und bestenfalls Entlastung in diesen Bereichen zu erfahren.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen wurden Barrieren aufgedeckt, welche es für pflegende Angehörige zu überwinden gilt, um diese vielfältigen Angebote gewinnbringend zu nutzen. Der Umfang der Ergebnisse in der Literatur stellte sich in diesem Zusammenhang als angemessen dar. Als Barrieren werden paradoxerweise die Überforderung mit der häuslichen Pflegesituation genannt, ebenso wie eine starke Bindung zur pflegebedürftigen Person, welche dazu führt, dass die Abwesenheit der Hauptpflegeperson unerwünscht ist. Die Ergebnisse stellen sich insofern paradox dar, als dass Unterstützungsangebote zur Entlastung beitragen sollen, jedoch durch eine vorherrschende Überlastung als Barriere empfunden werden. Pflegende Angehörige wollen diese wichtige Aufgabe oft nicht an andere abgeben und diese damit „belästigen“. Es entsteht eine Art Teufelskreis, den es zu durchbrechen gilt. Darüber hinaus werden in der Literatur Möglichkeiten respektive Vorschläge beschrieben, Hürden zu

überwinden und bestenfalls gar nicht erst entstehen zu lassen. Es wird deutlich hervorgehoben, dass Informationen über diverse Unterstützungsangebote die finanzielle Belastung bei einer Inanspruchnahme sowie eine Wissenserweiterung zur Grunderkrankung, aber auch das Bewusstsein der Selbstpflege unter informell Pflegenden zu stärken dazu beitragen, mögliche Barrieren zu überwinden. Zudem verweisen mehrere Quellen darauf, dass eine Individualisierung von Unterstützungsangeboten besonders entlastend wirkt und diese dadurch auch eher in Anspruch genommen werden.

Im Zuge der Recherche wird außerdem deutlich, dass durch den Einsatz von Assessments im Rahmen von pflegerischen Familiengesprächen der Erhebung von Ressourcen eine besondere Aufmerksamkeit zukommt. Dadurch kann auf die individuellen Bedürfnisse informell Pflegender eingegangen werden, um ihnen bedürfnisorientierte Angebote darzulegen. Die Auswirkungen einer Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten ist für die Verfasserin von besonderem Interesse. Die Datenlage hierfür entspricht in etwa jener der zuvor erwähnten Barrieren, die Ergebnisse zeigten sich zudem sehr vielschichtig. Besonders deutlich sind die positiven Auswirkungen auf pflegende Angehörige, wenn die zu betreuende Person eine Tagespflegeeinrichtung besucht. In dieser Zeit können Angehörige die Verantwortung für einen bestimmten Zeitraum abgeben und haben Gelegenheit, diesen bewusst für sich zu nutzen. Zudem äußern Angehörige, in dieser Zeit Kraft zu tanken, soziale Kontakte zu pflegen und dadurch Energie für die Pflegesituation zu sammeln. Jedoch besteht in diesem Angebot auch eine Art Einschränkung, als dass es nicht von bettlägerigen Personen in Anspruch genommen werden kann. Zudem ist deutlich erkennbar, dass der Wunsch informell Pflegender nach zwischenmenschlichem Austausch in Form von Gesprächen groß ist, sei es mit Gesundheitspersonal, ehrenamtlichen HelferInnen oder etwa „MentorInnen“ wie das Beispiel aus London zeigt (vgl. dazu Kapitel 9.2). Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass es von Vorteil ist, wenn der/die GesprächspartnerIn eine außenstehende respektive „fremde“ Person ist.

Die Ergebnisse der Auswirkungen einer Nutzung von mobilen Diensten stellen sich ernüchternd dar. Die Ergebnisse verschiedener Studien zeigen, dass der Einsatz von mobilen Diensten nicht zur Erholung von informell Pflegenden beiträgt, selbst wenn diese jeden Tag in Anspruch genommen werden. Als einer der Gründe dafür wird die zu geringe zeitliche Anwesenheit genannt. Jedoch verweisen die Quellen ebenfalls darauf, dass individuelle Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen und der Einbezug vorhandener Ressourcen dazu beitragen, Angebote mobiler Dienste zu optimieren, um dadurch den bestmöglichen Benefit zu erreichen. Diese Ergebnisse spiegeln jedoch lediglich einen Teil von sehr vielen Angeboten wieder, was Anlass für weiteren Forschungsbedarf bezüglich Auswirkungen von Interventionen auf diese Personengruppe gibt. Als weiterer zentraler Punkt im Rahmen der Angehörigenberatung erweist sich die Ressourcen- und Bedarfserhebung. Dies wird sowohl in den Ergebnissen der Auswirkungen von Unterstützungsangeboten deutlich als auch in der Inanspruchnahme. Indem die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen in den Vordergrund gestellt werden, ist es möglich, spezifische Angebote zu finden, die in weiterer Folge auch genutzt werden und dadurch Entlastung herbeiführen. Zudem ist die systemische Herangehensweise grundlegend, um die an der Pflegesituation beteiligten Personen einzubeziehen. Folgend ist es ebenfalls ausschlaggebend, die Koordination und Organisation von Angeboten in die Hände einer außenstehenden Person zu legen, wodurch Überschneidungen vermieden werden und eine Ansprechperson zugegen ist.

Neben der Ressourcenerhebung werden rhetorischen Fähigkeiten sowie eine systemische Herangehensweise in der Arbeit mit pflegenden Angehörigen respektive Familienmitgliedern als ein wesentlicher Bestandteil in der Literatur beschrieben. Vereint werden diese Anforderungen an eine Pflegeperson am ehesten im Berufsbild der Family Health Nurse. Durch den Einsatz dieses Konzeptes der Familienpflege wird deutlich, dass die Erhebung von Ressourcen aller Art sowie der Einbezug einzelner Familienmitglieder dazu beitragen, lösungsorientierte Maßnahmen für komplexe Pflegesituationen zu erarbeiten. In Österreich findet sich für diese Spezialisierung von Pflegepersonen in der Familienpflege bereits seit einigen Jahren ein Curriculum, welches nach dem

Vorbild der WHO durch das österreichische Rote Kreuz, dem Gesundheitsministerium und weiteren Playern entworfen wurde. Die Einführung dieses Curriculums wurde jedoch erst in Ansätzen durchgeführt. Ein möglicher Anstoß für eine Implementierung stellt die Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes im vergangenen Jahr dar, in welcher die Familiengesundheitspflege neben der Schulgesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege explizit im Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (GuKG §12 Absatz 5) angeführt wird.

Der Blick in andere Länder macht deutlich, dass die Angebote für pflegende Angehörige einerseits einen organisatorischen Schwerpunkt aufweisen und andererseits einen Fokus auf den zwischenmenschlichen Austausch legen. Die Family Health Nurse etwa versucht durch die systemische Herangehensweise die gesamte Familie miteinzubeziehen sowie die Organisation und den Zugang zu Hilfsangeboten zu ermöglichen. Ähnlich verhält sich das Projekt des „Lotsentandem“, indem organisatorische Hilfe geleistet wird, um dadurch der pflegebedürftigen Person adäquate Versorgung zukommen zu lassen und den pflegenden Angehörigen so zu entlasten. Das bereits erwähnte „Mentoring-Programm“ legt den Fokus auf Gespräche und persönlichen Austausch mit außenstehenden Personen. Hier werden Beziehungen aufgebaut und den informell Pflegenden eine Möglichkeit geboten, sich über belastende Situationen auszutauschen oder einfach eine Ansprechperson für Triviales zu haben. Der Fokus und positive Effekt dieser exemplarisch genannten Unterstützungsangebote aus anderen europäischen Ländern, könnte eine wichtige Ergänzung des, bereits sehr umfangreichen, österreichischen Versorgungssystems darstellen.

Um denen im Laufe der Recherche erhobenen Anforderungen an die Pflegeperson im Beratungssetting gerecht zu werden sowie im Zuge der Beratung einem geregelten Ablauf zu folgen, bietet sich die Bearbeitung von Problemsituationen, mit einer oder mehreren involvierten Personen, anhand eines strukturierten Beratungsprozesses an. Darüber hinaus sind rhetorische Fähigkeiten und empathisches Verhalten ebenso wichtig für eine erfolgreiche

Pflegeberatung wie Erfahrung, Selbstreflexion und laufende Wissenserweiterung. Das Wissen über Familien und ihr Zusammenspiel hilft in der Pflegesituation, Abläufe innerhalb des „Systems Familie“ zu verstehen und Interventionen entsprechend zu planen, um den bestmöglichen Output unter dem Einbezug von Ressourcen zu erreichen. Wie bereits eingangs erwähnt, stellt sich die Datenlage im Bereich Auswirkungen und Barrieren von Unterstützungsangeboten zwar als angemessen dar, jedoch erheben die Ergebnisse lediglich einige Aspekte der umfangreichen Angebote. Diese Erkenntnis gibt Anlass für weitere Forschungen in diesem Bereich, um Angebote für pflegende Angehörige in weiterer Folge attraktiv und nutzbar zu machen.

Ein weiteres Augenmerk für künftige Forschungsarbeiten könnte die Erhebung von Ablehnungsgründen diverser Unterstützungsangebote darstellen. Darüber hinaus erscheint eine Datenerhebung bezüglich der Inanspruchnahme von organisatorischen und finanziellen Unterstützungsangeboten in Österreich als aufschlussreich. Demnach könnte untersucht werden, in welcher Form die gewonnene freie Zeit für die Pflege zu Hause von informell Pflegenden als bereichernd beurteilt wird (siehe dazu Kapitel 5.2).

Die Bearbeitung des Bereiches der Angehörigenschulungen stellt ebenfalls vielschichtige Möglichkeiten künftiger Datenerhebungen dar. Im Zuge der Recherche wird deutlich, dass eine Abgrenzung zwischen Edukation und Beratung nicht exakt möglich ist. Die verschiedenen Angebote von Angehörigenschulungen lassen darüber hinaus auf ein breites Spektrum an Auswirkungen schließen. Ferner stellte sich zum einen heraus, dass das Angebot sehr umfangreich ist und von Pfllegetätigkeiten im engeren Sinn bis zu rechtlichen und organisatorischen Angeboten praktisch alles unter den Begriff Angehörigenschulung fusioniert wird. Zum anderen konnte eine Vielzahl an Angeboten für Angehörige von an Demenz erkrankten Personen festgestellt werden, in welcher auf die Kommunikation und die aus der Krankheit resultierenden Verhaltensveränderungen näher eingegangen wird. Demnach könnten sich künftige Forschungen in diesem Bereich mit einer Auflistung von Art, Inhalt und Ort von Angehörigenschulungen, unabhängig der Bezugsquelle,

auseinandersetzen, um Auskunft über dieses weitreichende Angebot zu erfahren.

Die Ergebnisse dieser Masterthesis machen die Komplexität dieses Themas deutlich und ergeben zudem, dass es für eine stabile häusliche Pflegesituation mehr benötigt als die Bereitstellung, Organisation und Nutzung diverser Angebote für pflegende Angehörige, um diese als PartnerInnen in der häuslichen Pflege zu bewahren.

Literaturverzeichnis

ARNOLD, Jens, EMME VON DER AHE, Hartmut, HERMSEN, Thomas, LÖCHERBACH, Peter: Effektivität und Effizienz des Case Managements in der ambulanten, sektorenübergreifenden Basisversorgung Demenzerkrankter. In: Case Management, 2014/1, 31-38.

BERTHELSEN, Connie Bottcher, KRISTENSSON, Jimmie: The content, dissemination and effects of case management interventions for informal caregivers of older adults. A systematic review. In: International Journal of Nursing Studies, 2015/52, 988-1002.

BRÜGGER, Sarah, JAQUIER, Adrienne, SOTTAS, Beat: Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger. Perspektive der Angehörigen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2016/49, 138-142.

BÜSCHER, Andreas, DORIN, Lena, METZING, Sabine, KRUPA, Elzbieta: Erholungszeitraum für Familien von Schwerpflegebedürftigen: Inanspruchnahme und Potenzial von Tages- und Kurzzeitpflege. In: Pflege & Gesellschaft, 2014/1, 59-75.

DRÄGER, Dagmar, BLÜHER, Stefan, KUMMER, Katja, BUDNICK, Andrea: Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. In: Pflege & Gesellschaft, 2013/1, 50-64.

ELZER, Matthias, SCIBORSKI, Claudia: Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. Hans Huber, 1. Auflage, Bern, 2007.

ENGEL, Roswitha: Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege. Einführende Elemente, Methoden und Beispiele. Facultas, 1. Auflage, Wien, 2011.

ENGEL, Sabine, REITER-JÄSCHKE, Andrea, HOFNER, Benjamin: „EduKation demenz®“ – Psychoedukatives Schulungsprogramm für Angehörige von Menschen mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2016/49, 187-195.

ERLER, Michael: Systemische Familienarbeit. Eine Einführung. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2003.

ERTL, Regina, KRATZER, Ursula: Hauskrankenpflege. Wissen – planen – umsetzen. Facultas Verlag, 2. Aufl., Wien, 2007.

EWERS, Michael, SCHAEFFER, Doris (Hg.): Case Management in Theorie und Praxis. Hans Huber, 2. Auflage, Bern, 2005.

FLORIANO, Luciane Almeida, CAPRIATA DE SOUZA AZEVEDO Rosemeiry, REINERS, Annelita Almeida Oliveira, SUDRÉ, Mayara Rocha Siqueira: Care performed by family caregivers to dependent elderly, at home, within the context of the family health strategy. In: Context Nursing, Florianopolis, 2012/21, 543-548.

FONDS SOZIALES WIEN:

Broschüren. Pflege und Betreuung in Wien. Das Angebot im Überblick. 6. Auflage, 2016.

Broschüren. Tageszentrum für Seniorinnen und Senioren. 9. Auflage, 2015.

FRIEDEMANN, Marie-Luise, KÖHLEN, Christina (Hg.): Familien- und umweltbezogene Pflege. Hans Huber, 3. Auflage, Bern, 2010.

GREENWOOD, Nan, HABIBI, Ruth: Carer mentoring: A mixed methods investigation of carer mentoring service. In: International Journal of Nursing Studies, 2014/51, 359-369.

HÖFLER, Sabine, BENGOUGH, Theresa, WINKLER, Petra, GRIEBLER, Robert (Hg.): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2015.

HUBER, Christina: Pflegende Angehörige. Zur Situation der pflegenden Angehörigen im Waldviertel. Universität Wien. Diplomarbeit, 2009.

HUHN, Siegfried: Damit zuhause alles glatt geht. Informieren, schulen, beraten. In: Heilberufe, 2010/4, 26-27.

HÜPER, Christa, HELLIGE Barbara: Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen-Grundlagen-Konzepte-Methoden. Mabuse, 3. Auflage, Frankfurt am Main, 2015.

KIM, Eun-Young, YEOM, Hyun-E: Influence of home care services on caregivers' burden and satisfaction. In: Journal of Clinical Nursing, 2016/25, 1683-1692.

KRÜGER, Cornelia, EBERL, Inge, SCHNEPP, Wilfried: Die WHO-Pilotstudie zur Family Health Nurse in Deutschland: Sichtweisen von Familien zur Familiengesundheitspflege. Eine qualitative Untersuchung. In: Pflege, 2012/25, 175-184.

MANTOVAN, Franco, AUSSERHOFER, Dietmar, HUBER, Markus, SCHULC, Eva, THEM, Christa: Interventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Eine systematische Literaturübersicht. In: Pflege, 2010/23, 223-239.

MISCHKE, Claudia: Ressourcen pflegender Angehöriger – eine Forschungslücke? Gesundheitssoziologische und empirische Annäherung an ein bislang vernachlässigtes Forschungsfeld. In: Pflege, 2012/25, 163-174.

PERRIG-CHIELLO, Pasqualina, HÖPFLINGER, Francois (Hg.): Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Hans Huber, 1. Aufl., Bern, 2012.

POCHOBRADSKY, Elisabeth, BERGMANN, Franz, BRIX-SAMOYLENKO, Harald, ERFKAMP, Henning, LAUB, Renate: Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), 2005.

POSCH-ELISKASES, Ursula, RUNGG, Christine, MOOSBRUGGER, Markus, PERKHOFER, Susanne: Stress bei pflegenden Angehörigen. In: HeilberufeSCIENCE, 2015/6, 11-15 (zit. als 2015a).

POSCH-ELISKASES, Ursula, RUNGG, Christine, MOOSBRUGGER, Markus, PERKHOFER, Susanne: Höhere Mortalität pflegender Angehöriger.

Gesundheitliche Auswirkungen der häuslichen Pflege auf Seele und Körper. In: ProCare, 2015/01-02, 24-27 (zit. als 2015b).

PÖTTLER, Gerhard: Gesundheitswesen in Österreich. Organisation, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt. Goldegg, 2. Auflage, Wien, 2014.

PROTZ, Kerstin: Verbandswechsel: Was bewirkt Patientenedukation? In: Heilberufe. Das Pflegemagazin, 2017/5, 20-23.

RENNER und REITER: Strukturen und Einrichtungen im Gesundheitswesen. iKon VerlagsGesmbH, 2. Auflage, Brunn am Gebirge, 2013.

ROCHA, Bruno Miguel Parrinha, PACHECO, José Eusébio Palma: Elderly persons in a situation of dependence. Informal caregiver stress and coping. In: Acta Paul Enferm, 2013/1, 50-56.

SCHILDER, Michael, FLORIAN, Susann: Die Entlastung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz durch niederschwellige Betreuungsgruppen aus der Sicht der Nutzer und der Anbieter. In: Pflege & Gesellschaft, 2012/3, 248-269.

SCHWARZ, Sabine: Demenz. Krankheit akzeptieren. In: Heilberufe. Das Pflegemagazin, 2012/9, 24-26.

SICKENDIEK, Ursel, ENGEL, Frank, NESTMANN, Frank (Hg.): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Juventa, 3. Auflage, Weinheim und München, 2008.

SILVA, Alcione Leite, TEIXEIRA, Helena Jorge, TEIXEIRA, Maria Joao Cardoso, FREITAS, Susana: The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2013/27, 792-803.

STEIDL, Siegfried, NIGG, Bernhard: Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Facultas, 4. Auflage, Wien, 2014.

VANDEPITTE, Sophie, VAN DEN NOORTGATE, Nele, PUTMAN, Koen, VERHAEGHE, Sofie, VERDONCK, Caroline, ANNEMANS, Lieven: Effectiveness of

respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia. A systematic review. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 2016/31, 1277-1288.

VON REIBNITZ, Christine (Hg.): Case Management. Praktisch und effizient. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2009.

WEBER-HALTER, Edith: Praxishandbuch Case Management. Professioneller Versorgungsprozess ohne Triage. Hans Huber, 1. Auflage, Bern, 2011.

WESKAMM, Andrea: Gemeindegeschwester im modernen Gewand. In: Heilberufe/ Das Pflegemagazin, 2014/66, 62-63.

WRIGHT, Lorraine, LEAHEY, Maureen: Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen. Hans Huber, 2. Auflage, Bern, 2014.

Internetquellen

APA-OTS Originaltext-Services GmbH (Hg.): Politik. Pflegefonds wird bis zum Jahr 2021 auf 417 Mio.€ aufgestockt. Online unter: http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20161207_OT0216/pflegefonds-wird-bis-zum-jahr-2021-auf-417-mio-aufgestockt, 7.4.2017;

Politik. Pensionistenverband begrüßt Projekt „Selbständig Leben Daheim“ im Rahmen der Beschäftigungsinitiative „Aktion 20.000“. Online unter: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170504_OT0140/pensionistenverband-begruesst-projekt-selbstaendig-leben-daheim-im-rahmen-der-beschaefigungsinitiative-aktion-20000, 26.7.2017.

Bundeskanzleramt – Amtswege leicht gemacht (Hg.): Soziales. Voraussetzungen für das Pflegegeld. Online unter: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360512.html>, 3.3.2017;
<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360524.html>, 24.10.2016.

Bundeskanzleramt – Rechtsinformationssystem (Hg.): Bundesgesetzblatt. 75. Bundesgesetz: GuKG-Novelle 2016. Online unter:

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2016_I_75/BGBLA_2016_I_75.pdf, 12.4.2017.

Gesamte Rechtsvorschrift für Sozialbetreuungsberufe.
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004121>, 6.4.2017

Bundesministerium für Frauen und Gesundheit (Hg.): Gesundheitsberichte. Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen. Online unter: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/6/3/CH1066/CMS1379591881907/oe_gesundheitssystem.pdf, 6.4.2017.

Dudenverlag (Hg.): Rechtschreibung. Bedeutung. Synonyme. Online unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Entlastung/Unterstuetzung>, 24.10.2016.

Fonds Soziales Wien (Hg.): Beratungszentrum Pflege und Betreuung. Leistungen. Online unter: http://pflege.fsw.at/bzp/bzp_leistungen.html, 3.6.2017.

Interessengemeinschaft Pflegende Angehörige (Hg.): p.A. Österreichisches Rotes Kreuz. Online unter: https://www.ig-pflege.at/ueber_uns/index.php, 1.5.2017;

Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (Hg.): Unser Angebot – Pflegende Angehörige. Online unter: <http://www.kwp.at/workshops.aspx>, 27.7.2017.

Österreichische Caritaszentrale (Hg.): Caritas Pflege. Wien und NÖ-Ost – Angehörige. Online unter: <https://www.caritas-pflege.at/wien/angehoerige/psychosoziale-angehoerigenberatung/>, 27.7.2017.

Österreichisches Rotes Kreuz (Hg.): Pflege und Betreuung – Kurse. Online unter: <http://www.roteskreuz.at/pflege-betreuung/kurse/pflegende-angehoerige/>, 27.7.2017.

PGA. Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (Hg.):
Bildungsprogramm. Online unter:
https://www.pga.at/casemanagement/?no_cache=1, 3.6.2017.

Sozialministerium - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hg.): Pension – Pflege, Pflege und Betreuung. Online unter:

https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/Selbsthilfegruppen/Selbsthilfegruppen,
24.10.2016;

https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/Pflegefonds/, 7.4.2017;

https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/2/1/CH3434/CMS1451988835822/5_richtlinien_ab_1.1.2017.pdf, 3.3.2017;

https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/8/1/CH3434/CMS1459846615201/14_sozialpolitische_studienreihe_band_11.pdf, 3.3.2017;

<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=336>, 7.4.2017.

Sozialbericht 2013/2014:
<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=276>, 12.4.2017.

Finanzielle Unterstützung für pflegende Angehörige:
https://www.sozialministeriumservice.at/site/Finanzielles/Pflegeunterstuetzungen/Pflegende_Angehoerige/, 19.4.2017.

https://www.sozialministeriumservice.at/site/Finanzielles/Pflegeunterstuetzungen/Pflegekarenz_und_teilzeit/, 19.4.2017.

Betreuende und pflegende Angehörige: Das Angehörigengespräch:
https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Betreuende_und_pflegende_Angehoerige/#intertitle-9, 31.5.2017.

Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktpolitik – Ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen:

https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/Hintergrundinformation_zum_Projekt_Selbstaendig_Leben_Daheim_Projekt_zur_mehrstuendigen_Alltagsbegleitung, 26.7.2017;

https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/Informationsfolder_Aktion_20_000, 26.7.2017.

Sozialversicherungsanstalt der Bauern (Hg.): Publikationen. Qualitätssicherung – Pflege. Zuletzt aktualisiert am 31.3.2017. Online unter: <https://www.svb.at/portal27/svbportal/content?contentid=10007.718100&portal:componentId=gtn6ae030d8-db61-49d2-869c-e909cb9128bd&viewmode=content>, 12.4.2017.

Statistik Austria – Die Informationsmanager (Hg.): Sozialleistungen auf Bundesebene, Sozialleistungen auf Landesebene. Online unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/020067.html, 9.10.2016;

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/061948.html, 9.10.2016;

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/067546.html, 7.4.2017.

Volkshilfe Österreich (Hg.): Burgenland. Angehörigen-Pflegestammtisch. Online unter: <http://www.volkshilfe-bgld.at/Angehorigenpflgestammtisch>, 1.5.2017.

Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH – WiG (Hg.): Wiener Selbsthilfegruppen. Online unter: <http://www.wig.or.at/SHG-Verzeichnis.50.0.html>, 1.5.2017.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien	6
Tabelle 2: Suchbegriffe.....	7
Tabelle 3: Kurzbeschreibung der verwendeten Literatur.....	9
Tabelle 4: detailliertes Suchprotokoll.....	15
Tabelle 5: Darstellung der Pflegestufen inkl. Pflegegeld und Pflegebedarf.....	28

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA Statement.....	8
Abbildung 2: Baumdiagramm CFAM (Wright, Leahey, 2014, S. 70)	85
Abbildung 3: eigene Darstellung der Anwendung des CFAM und CFIM innerhalb des Beratungsprozesses nach Engel (2011)	90