

Evaluierung und Weiterentwicklung des „Modells zur Umsetzung Sozialer Diagnostik im Bereich der ambulanten Altenpflege“

Birgit Bauer
Florian Gebetsberger, BA
Mgr. Maria Ikhardtova

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2020

Erstbegutachter: FH-Prof. Mag. Dr. Johannes Pflegerl
Zweitbegutachter: FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr.PhDr. Christoph Redelsteiner,
MSc

Abstract

Evaluierung und Weiterentwicklung des „Modells zur Umsetzung Sozialer Diagnostik im Bereich der ambulanten Altenpflege“

Bauer Birgit, Gebetsberger Florian, Ikhardtova Maria

Die Pflege und Betreuung von Angehörigen kann mit erheblichen Belastungen verbunden sein, die verschiedene Hilfs- und Unterstützungsangebote erfordern. Im Bereich der ambulanten Altenpflege sind vor allem die Medizin und die Pflege für eine adäquate Versorgung zuständig, während die Soziale Arbeit nicht vertreten ist. Ausgehend von den Bedürfnissen der Angehörigen sowie dem Berufsbild der Sozialen Arbeit könnte die Profession die pflegerische und medizinische Perspektive um einen sozialen Blickwinkel ergänzen und damit eine Lücke schließen. Diesem Vorhaben haben sich 2011 zwei Studentinnen der Fachhochschule St. Pölten gewidmet und ein Modell zur Umsetzung von sozialer Diagnostik im Bereich der ambulanten Altenpflege entwickelt. Eine Erprobung in der Praxis hatte bislang nicht stattgefunden.

Die vorliegende Masterthese greift das ursprüngliche Modell, bestehend aus einem sozialarbeiterischen Screening durch mobile Pflegedienste und einem sozialarbeiterischen Assessment auf und unterzieht es einer umfassenden Evaluierung in der Praxis. Nach ersten theoretischen Überarbeitungen konnte es in Kooperation mit der Volkshilfe Niederösterreich über einen Zeitraum von drei Monaten durch neun leitende Pflegefachkräfte in der mobilen Altenpflege eingesetzt und erprobt werden. Durch die Analyse der ausgefüllten Assessmentbögen und der sozialarbeiterischen Beratungsgespräche sowie die Durchführung von Telefoninterviews und einer Gruppendiskussion mit den Pflegefachkräften sollte das Modell evaluiert, präzisiert und weiterentwickelt werden.

Dabei wurden verschiedene Schwerpunkte gesetzt. Während sich der erste Teil der Masterthese mit dem Instrument des Assessments und seiner Praxisfähigkeit sowie inhaltlichen Weiterentwicklung und Adaptierung beschäftigt, nimmt der zweite Teil vor allem den Prozess der Durchführung des Assessments in den Blick. Ausgehend von den Erfahrungen und Rückmeldungen der Pflegefachkräfte wird eine Art Gesprächsleitfaden mit konkreten Empfehlungen und hilfreichen Unterstützungsmöglichkeiten für Anwender*innen des Assessments erarbeitet. Der dritte Teil konzentriert sich auf die sozialarbeiterische Beratung und konzipiert einen Gesprächsrahmen, der zukünftigen Sozialarbeiter*innen in diesem Bereich Orientierung bietet und Interventionsmöglichkeiten in Form eines Werkzeugkoffers an die Hand gibt. Die Ergebnisse der Masterthese sind als Handreichung für Anwender*innen des Modells in Form einer Kopiervorlage im Anhang festgehalten.

Schlüsselwörter:

Betreuende und pflegende Angehörige, Angehörigenarbeit, soziale Diagnostik, sozialarbeiterische Beratung und Intervention, Assessment, ambulante Altenpflege, Bedarfsklärung und Interventionsmöglichkeiten, Angehörigenarbeit, häusliche Pflege

Abstract

Evaluation and improvement of the „Model for implementation of social diagnostics in the field of ambulant care and nursing for the elderly“

Bauer Birgit, Gebetsberger Florian, Ikhardtova Maria

Caring for relatives or family members can cause severe stress that requires different forms of support and help. In the area of ambulant care and nursing for the elderly medicine and nursing are dominant professions while the profession of social work is not represented so far. Knowing the needs of informal caregivers and contributing its methods and knowledge about complex social situations social work could be an invaluable partner in this field. In 2011 two students from the University of Applied Sciences in St. Pölten developed a model for implementing social diagnostics in ambulant care and nursing for the elderly. The model has not been tested in practice yet.

The aim of this thesis is to test and evaluate the model in the field. The model consists of an assessment of a social situation of an informal caregiver by a mobile care worker and a counseling by a social worker. After some theoretical improvements the model was tested during a period of three months in cooperation with Volkshilfe Niederösterreich and nine nurse managers. To evaluate and improve the model we analyzed the questionnaires and the counseling sessions. Additionally we organized interviews and a group discussion with the nurse managers.

We focus on three different key aspects. The first part of this thesis deals with the improvement of the questionnaire and its contents for further practice. The second part focuses on the realization of the assessment by the nurse managers. Through the experience and feedback of nurse managers a guideline with practical recommendations and suggestions was developed. The third part deals with the social work counseling and develops a concept including possible intervention for future social workers in the field of ambulant care and nursing for the elderly. The results of all key aspects are concentrated in a manual for nurse managers and social workers.

Keywords:

caregivers, work with caregivers, social diagnostics, social work counseling and intervention, assessment, ambulant care and nursing for elderly, intervention for caregivers, domestic care

Inhalt

1	Einleitung.....	7
2	Definitionen	8
3	Relevanz der Thematik	9
3.1	Demographische Entwicklung.....	9
3.2	Belastungsmerkmale pflegender und betreuender Angehöriger.....	11
4	Modell zur Umsetzung Sozialer Diagnostik im Kontext der ambulanten Altenpflege	14
4.1	Legitimation der Entwicklung des Modells	14
4.2	Modellbeschreibung	16
5	Anliegen des Projektes	18
6	Methodische Umsetzung.....	19
6.1	Kooperation Volkshilfe	19
6.2	Datenerhebung	20
6.2.1	Assessmentbögen.....	20
6.2.2	Telefoninterviews	21
6.2.3	Gruppendiskussion	21
6.2.4	Sozialarbeiterische Beratung	22
7	Instrument des Assessments zur Erfassung der sozialen Situation pflegender und betreuender Angehöriger.....	23
7.1	Einleitung und Forschungsfragen	23
7.2	Überarbeitung der Ursprungsversion des Assessmentbogens im Rahmen des Forschungslabors.....	24
7.2.1	Assessmentbogen.....	25
7.2.2	Anleitungsblätter	28
7.2.3	Auswertungsfolie	33
7.3	Erprobung des Assessmentbogens in der Praxis	33
7.4	Änderungen auf Basis der Forschung.....	34
7.4.1	Assessmentbogen.....	34
7.4.2	Anleitungsblätter	36
7.4.3	Auswertungsfolie	40
7.5	Quantitativ-deskriptive Auswertung der Daten aus der angewendeten Version des Assessmentbogens.....	40
7.5.1	Auswertung nach identifizierten gemeinsamen Belastungsmerkmalen	42
7.5.2	Auswertung nach Beratungsfall	46
7.5.3	Auswertung nach gewählten Teilen des Assessmentbogens	50
7.6	Resümee	53

8	Durchführung des Assessments zur Erfassung der sozialen Situation pflegender und betreuender Angehöriger – Hilfebedarf und Hilfeannahme als Spannungsverhältnis	56
8.1	Einleitung & Forschungsfragen	56
8.2	Datenanalyse	57
8.2.1	Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse	57
8.2.2	Prozess der Auswertung	58
8.3	Empirischer Teil: Beschreibung der Kategorien	59
8.3.1	Hilfeannahmefähigkeit pflegender und betreuender Angehöriger	59
8.3.2	Bereitschaft für das Assessment	60
8.3.3	Setting & Einstieg	62
8.3.4	Reaktionen der Angehörigen	63
8.3.5	Gründe für die Annahme bzw. Ablehnung der Beratung	64
8.3.6	Ergebnisbesprechung	66
8.3.7	Unterstützungsbedarf der Pflegeplaner*innen	68
8.3.8	Zusammenfassung der Erkenntnisse und erste Schlussfolgerungen	69
8.4	Der Gesprächsprozess im Rahmen des Assessments	72
8.4.1	Bedeutsame Gesprächsinhalte	72
8.4.2	Sinnvolle Gesprächshaltungen	73
8.4.3	Hilfreiche Gesprächstechniken und ihre Anwendung	74
8.4.4	Umgang mit Widerstand und Ablehnung	77
8.4.5	Information und Aufklärung	82
8.5	Resümee	87
9	Sozialarbeiterische Intervention – Beratung und Clearing	90
9.1	Einleitung und Forschungsfragen	90
9.2	Methodisches Vorgehen im sozialarbeiterischen Gespräch	91
9.2.1	Theoriekonzepte sozialarbeiterischen Handelns	91
9.2.2	Charakteristika beruflicher Handlungsstruktur	92
9.2.3	Gesprächsführung und Beratung in der Sozialen Arbeit	94
9.2.4	Grundlagen aus Kommunikationswissenschaft und Psychologie	96
9.2.5	Merkmale qualitativ hochwertiger Gesprächsführung	99
9.2.6	Phasen im Beratungsgespräch	100
9.2.7	Erstgespräch und Clearing	102
9.3	Datenanalyse	103
9.3.1	Prozess der Datensammlung	103
9.3.2	Prozess der Auswertung	104
9.4	Ergebnisse	106
9.4.1	Beratung_A: Inhalte und Beobachtungen	106
9.4.2	Beratung_B: Inhalte und Beobachtungen	108
9.4.3	Vergleich Gesprächsablauf	110
9.4.4	Schlussfolgerungen	113
9.5	Empfehlungen für sozialarbeiterische Beratung	115
10	Schlussfolgerungen	117
	Literatur	123
	Daten	129

Abbildungsverzeichnis	131
Anhang.....	134

1 Einleitung

Bauer Birgit, Gebetsberger Florian, Ikhardtova Maria

Die vorliegende Masterthese „Evaluation und Weiterentwicklung des Modells zur Umsetzung sozialer Diagnostik im Kontext pflegender und betreuender Angehöriger“ entstand im Rahmen des Forschungsprojektes zum Thema „Methoden der Angehörigenarbeit im Kontext der Betreuung älterer Menschen“ im Masterstudiengang für Soziale Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten.

Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass pflegende und betreuende Angehörige eine verantwortungsvolle, in der Gesellschaft wichtige Aufgabe, leisten (vgl. Lützenkirchen et al. 2014: 19). Ihre Anstrengung bleibt oft unbeachtet und bekommt keine adäquate Wertschätzung. Aufgrund des demografischen Wandels wird ihre gesellschaftliche Rolle weiter an Bedeutung zunehmen. Dementsprechend verschreibt sich die vorliegende Masterthese auch der Forderung *„Angehörige als zentrale Gruppe wahr[zuh]nehmen, wert[zuschätzen und [zu] stärken“* (Nagl-Cupal et al. 2018: 240).

Heutzutage werden rund 80 % der pflegebedürftigen Personen zu Hause durch ihre Angehörigen gepflegt (vgl. BMASK 2016: 12). Die häusliche Pflege bringt erhebliche Belastungen mit sich. Damit pflegende und betreuende Angehörige diese wichtige gesellschaftliche Aufgabe bewältigen können und weiterhin einen wesentlichen Eckpfeiler im Rahmen des österreichischen Pflege- und Betreuungssystems darstellen können, verdienen sie ausreichend Unterstützung.

Die Soziale Arbeit mit ihrem wissenschaftlich fundierten, interdisziplinären Wissen und ihren vielfältigen Interventionsmöglichkeiten könnte einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die notwendigen Unterstützungen für pflegende und betreuende Angehörige anbieten zu können (vgl. Lützenkirchen et al. 2014: 43).

Um die möglichen sozialarbeiterischen Bedarfe der pflegenden und betreuenden Angehörigen zu erheben, wurde 2011 im Rahmen einer Masterthese an der Fachhochschule St. Pölten ein Modell zur Umsetzung sozialer Diagnostik im Bereich ambulanter Altenpflege von Carmen Elbe und Carina Fritzer entwickelt. Dieses wurde als Grundlage der vorliegenden Masterthese verwendet. Ziel ist es, das 2011 entwickelte Modell in Kooperation mit der Volkshilfe Niederösterreich zu evaluieren, zu präzisieren und für die weitere Praxis vorzubereiten.

Die Masterthese gliedert sich in drei Hauptteile, die jeweils einen unterschiedlichen Schwerpunkt im Rahmen der Evaluierung verfolgen. Bevor auf die Schwerpunkte eingegangen wird, werden zunächst die zentralen Begrifflichkeiten definiert und erläutert. Anschließend wird auf die demografische Entwicklung sowie die Belastungen von pflegenden und betreuenden Angehörigen eingegangen. Um den Ausführungen in den Hauptteilen folgen zu können, wird das zu evaluierende Modell von Elbe und Fritzer (2011) vorgestellt und der Hintergrund der Entwicklung erläutert. Im nächsten Kapitel

werden die Anliegen des Projektes konkretisiert und die Inhalte der drei Schwerpunkte ausführlich beschrieben. Bevor die einzelnen Schwerpunkte folgen, wird noch auf die methodische Umsetzung eingegangen.

2 Definitionen

Bauer Birgit, Gebetsberger Florian, Ikhardtova Maria

Pflegende und betreuende Angehörige

In Anlehnung an eine Definition von Nagl-Cupal et al. verstehen wir unter pflegenden Angehörigen sowohl

„alle Familienangehörigen als auch Bekannte, Freundinnen bzw. Freunden [sic!], Nachbarinnen bzw. Nachbarn oder andere Personen, die mit der pflegebedürftigen Person im gemeinsamen bzw. auch außerhalb des Haushaltes wohnen und auf Basis einer Beziehung zur pflegebedürftigen Person Betreuung und Pflege informell erbringen“ (Nagl-Cupal et al. 2018: 17).

Wie in der Definition schon offenkundig wird, sind in diesem Kontext nicht nur pflegerische, sondern auch andere Tätigkeiten angesprochen. Nagl-Cupal et al. legen ihrer Studie ein umfassendes Verständnis von Pflege zugrunde, dass sich nicht an den Tätigkeiten an sich, sondern vor allem am Zweck und der Bedeutung, den die Angehörigen mit ihren Handlungen verbinden, orientiert (vgl. Nagl-Cupal et al. 2018: 18). Somit subsumieren sie alle Aktivitäten unter den Begriff der Pflege und sprechen in ihrer Arbeit folglich auch von *pflegenden* Angehörigen. Aufgrund der unserer Ansicht nach besseren Alltagstauglichkeit und Verständlichkeit verwenden wir im Gegensatz dazu den Begriff der pflegenden *und betreuenden* Angehörigen. Zur besseren Lesbarkeit wird Rahmen der Arbeit auch teilweise nur von „Angehörigen“ gesprochen, womit immer die pflegenden und betreuenden Angehörigen gemeint sind.

Die folgenden Begrifflichkeiten beziehen sich auf das zu evaluierende Modell, welches in Kapitel 4 näher erläutert wird.

Assessment zur Erfassung der sozialen Situation pflegender und betreuender Angehöriger

Wenn wir im Rahmen der Masterthese vom Assessment sprechen, dann ist damit das Instrument gemeint, welches die Pflegeplaner*innen¹ in der Praxis einsetzen. Das Assessment besteht aus dem Assessmentbogen, den Anleitungsblättern, der

¹ Nachdem der Begriff der „Pflegeplaner*innen“ ausschließlich bei der Volkshilfe verwendet wird und das Modell auch in andere Organisationen Eingang finden soll, die diese Bezeichnung möglicherweise nicht kennen, wird im weiteren Verlauf der Masterthese auch der allgemeinere Begriff „Pflegefachkraft“ verwendet, etwa wenn es um die zukünftige Anwendung des Modells geht.

Auswertungsfolie sowie dem Ergebnisblatt. Die Durchführung des Assessments mit den pflegenden und betreuenden Angehörigen wird auch als Assessmentgespräch bezeichnet. Das „Assessment zur Erfassung der sozialen Situation pflegender und betreuender Angehöriger“ wird in der vorliegenden Masterthese in der Kurzform auch als „Assessment“ bezeichnet.

Assessmentbogen zur Erfassung der sozialen Situation pflegender Angehöriger

Der Assessmentbogen meint grundsätzlich den Fragebogen, welchen die Angehörigen gemeinsam mit den Pflegekräften ausfüllen. Mit dem Assessmentbogen werden die Belastungen der Angehörigen erhoben. Im Ergebnisblatt werden die errechneten Punkte eingetragen und anhand eines Lineals visualisiert. Nach Abschluss des Gesprächs, können Anwender*innen dort auch ihren persönlichen Eindruck festhalten. Die Bezeichnung des Instruments stammt aus der Masterthese von Elbe / Fritzer (2011), weshalb hier nur von „pflegenden“ und nicht von „pflegenden und betreuenden“ Angehörigen gesprochen wird. Der „Assessmentbogen zur Erfassung der sozialen Situation pflegender Angehöriger“ wird in der Kurzform auch als „Assessmentbogen“ bezeichnet.

Anleitungsblätter

Die Anleitungsblätter beschreiben die Vorgehensweise, wie die Pflegeplaner*innen den Assessmentbogen anwenden. Diese sind vor dem Einsatz des Assessments durchzulesen.

Auswertungsfolie

Die transparente Auswertungsfolie dient der Berechnung der erreichten Punkteanzahl im Assessment. Diese wird über den ausgefüllten Assessmentbogen gelegt, womit man die Punkte zusammenrechnen kann.

Sozialarbeiterische Beratung

Die sozialarbeiterische Beratung ist im Sinne eines erweiterten Clearings als einmaliges Gespräch konzipiert und wird von einem*r Sozialarbeiter*in durchgeführt.

3 Relevanz der Thematik

Bauer Birgit, Gebetsberger Florian, Ikhardtova Maria

3.1 Demographische Entwicklung

Die Bevölkerung in Österreich wird immer älter. Gründe für den Anstieg des Anteils an älteren Menschen sind vor allem die höhere Lebenserwartung sowie anhaltend niedrige

Fertilitätsraten. In der jüngsten Bevölkerungsvorausschätzung erwartet Eurostat eine deutliche Alterung der EU- Bevölkerung (vgl. Eurostat 2019).

Die Lebenserwartung hat sich innerhalb der letzten 30 Jahre durchschnittlich um 6,28 Jahre erhöht. Ein neugeborenes Mädchen im Jahr 2018 hat eine Lebenserwartung von 84,01 Jahren. Ein im Jahr 2018 geborener Junge hat eine Lebenserwartung von 79,29 Jahren. Die älter werdende Bevölkerung zeichnet sich durch eine höhere Lebenserwartung sowie dem Rückgang der Fertilitätsrate aus. Im Durchschnitt bekommen Frauen heute mit 30,86 Jahren ihr erstes Kind, während 1988 die erste Geburt durchschnittlich mit 26,95 Jahren erfolgte. Im Jahr 2018 bekam eine Frau in Österreich durchschnittlich 1,475 Kinder, während der Durchschnitt in den 1980er Jahren bei 1,531 lag. (vgl. Statistik Austria 2019c).

Die niedrigen Geburtenzahlen führten dazu, dass der Anteil der bis 14-jährigen Bevölkerung von 16,8 % im Jahr 2001, auf 14,5 % im Jahr 2017 gesunken ist (vgl. Statistik Austria 2019d). Im Gegensatz dazu gab es im Jahr 2002 in Österreich 1.249.218 Personen über 65 Jahre, bei einer Gesamtbevölkerung von 8.063.640. 2019 ist die Zahl der über 65-Jährigen auf 1.668.559 angestiegen bei einer Gesamtbevölkerung von 8.858.775 Personen (vgl. Statistik Austria 2019a). Das sind 18,8 % der Gesamtbevölkerung im Vergleich zu den 15,5 % im Jahr 2002.

Die Bevölkerungsprognose der Statistik Austria zeigt, dass der Anteil der Personen über 65 Jahren in der Population stark zunehmen wird. Im Jahr 2030 sollen sie 23,2 % der österreichischen Gesamtpopulation ausmachen, im Jahr 2050 etwa 27,6 % und im Jahr 2100 29,6 %. (vgl. Statistik Austria 2019b). Am stärksten soll künftig die Zahl der Hochbetagten, im Alter von 85 und mehr Jahren, zunehmen. Waren es 2018 noch 225.000 Personen, werden 80,9% mehr Hochbetagte für das Jahr 2040 prognostiziert. Konkret bedeutet dies 407.000 Personen im Alter von über 85 Jahren. Im Jahr 2075 ist mit einem Anstieg von 195,3 % der Hochbetagten im Vergleich zu 2018 zu rechnen. In Zahlen wären das 664.000 Personen (vgl. ÖROK 2019: 10).

Mit zunehmendem Alter steigt auch das Risiko von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, was jedoch nicht bedeutet, dass ein höheres Lebensalter automatisch mit Krankheit verbunden ist. Rosenbrock (2002) hält fest, dass die Lebensqualität älterer Menschen in reichen Ländern wie Österreich besser ist. Somit erreichen viele Menschen auf eine gesunde Art und Weise ein höheres Alter (vgl. Rosenbrock 2002: 23).

Im Großen und Ganzen bedeutet das, dass die demografische Entwicklung der österreichischen Bevölkerung zu einer Steigerung der Anzahl alter und betagter Menschen führt. Gründe für diese Entwicklung sind in erster Linie die Verbesserung der sozialen Lebensbedingungen und weniger der medizinische Fortschritt (vgl. Bachinger et al. 2003: 41). Mit der überproportional wachsenden Zahl hochaltriger Menschen ist dennoch mit einem rasch wachsenden Betreuungs- und Pflegebedarf in bisher nie da gewesenen Größenordnungen zu rechnen. Bis zu einem Alter von etwa 75 Jahren sind die Betreuungs- bzw. Pflegebedürftigkeitsquoten ziemlich gering. Ab dem Alter von 75 Jahren steigt diese Quote jedoch rasch an und bei den 80- bis 85-Jährigen erreicht sie

knapp 20 % dieser Altersgruppe. Bei den 85- und Mehrjährigen liegt sie bei 43% (vgl. Kolland / Fibich 2014: 2). Für das Jahr 2030 gehen die Schätzungen für Österreich im günstigen Fall von einem Anstieg auf 645.000 betreuungsbedürftige Personen aus. Bei einer Fortschreibung der jetzigen Verhältnisse wird mit 810.000 betreuungsbedürftigen Personen gerechnet. Im Jahr 2050 würde die Zahl der Betreuungsbedürftigen auf bis zu 960.000 Personen ansteigen (vgl. Österle / Hammer 2004: 35f). Es zeichnet sich ab, dass die Pflege und Betreuung von älteren Menschen in Zukunft eine noch größere sozial- und gesundheitspolitische Herausforderung in der Gesellschaft sein wird.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung sowie dem aktuell intensiv diskutierten "Pflegenotstand" ist es höchste Zeit, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Einen wesentlichen Beitrag zur Aufrechterhaltung des Systems liefern die ca. 947.000 pflegenden und betreuenden Angehörigen (ca. 10% der Gesamtbevölkerung) in Österreich. Nagl-Cupal et al. sprechen in diesem Zusammenhang vom "*Pflegedienst der Nation*" (Nagl-Cupal et al. 2018: 16). Ob das auch in Zukunft der Fall sein wird, hängt wohl unter anderem davon ab, inwiefern man dieser Personengruppe Aufmerksamkeit schenkt und notwendige Unterstützungsangebote zur Verfügung stellt, denn die Pflege und Betreuung von Angehörigen ist mit vielfältigen Herausforderungen und Belastungen verbunden, auf die im Folgenden eingegangen wird.

3.2 Belastungsmerkmale pflegender und betreuender Angehöriger

Empirische Studien zeigen, dass die Pflege und Betreuung von Angehörigen mit hohen Belastungen verbunden sein kann (vgl. Pochobradsky et al. 2005; Nagl-Cupal et al. 2018). Der Begriff der Belastung wird dabei unterschiedlich definiert und aufgefasst. Lützenkirchen Anne, Wittig Annika, Moll Gabriele und Kunkel Katharina orientieren sich in ihrem Buch zum Beispiel an einem Modell von Rohmert (1984) aus dem arbeitswissenschaftlichen Kontext und übertragen dieses auf die Pflege und Betreuung von Angehörigen (vgl. Lützenkirchen et al. 2014: 30). Im Rahmen des Modells wird zwischen Belastung und Beanspruchung unterschieden. Ersteres bezeichnet belastende Ursachen, die für Menschen mit derselben Tätigkeit ident sind (vgl. ebd.). Beanspruchung meint hingegen die Wirkung ebendieser Belastungsfaktoren, die von den individuellen Eigenschaften, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bedürfnissen der Menschen abhängt (vgl. ebd.). Objektiv gleiche Belastungen wirken sich demnach inter- und intraindividuell aus (vgl. ebd.). Mögliche Belastungsfaktoren pflegender und betreuender Angehöriger unterscheiden die Autor*innen in zeitliche, gesundheitliche, emotionale, soziale und ökonomische Belastungen (vgl. ebd.). Diese ergeben sich durch spezifische Charakteristika und auftretende Schwierigkeiten im Rahmen der Pflege- und Betreuungssituation. In Anlehnung an einschlägige Fachliteratur nennen die Autorinnen folgende Aspekte, die sich belastend auswirken können:

- lange Dauer der Pflege- und Betreuungssituation
- regelmäßige Konfrontation mit Krankheit, Abbau, Verlust und Tod
- Veränderung des Familiensystems sowie des eigenen Lebensentwurfes
- Einschränkung der Selbstbestimmung

- fehlende Anerkennung
(vgl. ebd.: 30f)
- ständige Anwesenheits- und Aufsichtspflicht
- die mangelnde Freizeit
- familiäre Konflikte
- Veränderung der Beziehung zum*zur Gepflegten
- Verhaltensweisen der zu Pflegenden (Aggressivität, Depressivität)
- soziale Isolation und Ausgrenzung
- fehlende Kenntnisse über die Pflege sowie fehlende Unterstützung
- viele Formalitäten
- Mangel an finanziellen Mitteln
- ungeeignete Wohnsituation
- Kooperationsschwierigkeiten mit professionellen Diensten,
Kooperationsverweigerung der zu Pflegenden
(vgl. Seidl / Labenbacher 2007: 13f zit. n. Lützenkirchen 2014: 30f)

Hier zeigen sich die vielfältigen Herausforderungen, Veränderungen und Einschränkungen, die mit der Pflege und Betreuung von Angehörigen einhergehen können. Als konkrete Auswirkungen, die sich aus den genannten Belastungen ergeben, nennen Lützenkirchen et al. zum Beispiel psychosomatische Beschwerden wie Nervosität und Schlafstörungen, degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates, psychische Beanspruchungsreaktionen wie das Gefühl der ständigen Anwesenheitspflicht sowie der subjektiv empfundene Verlust von Selbstbestimmung und Freiheit, Zukunftsängste, Beziehungs- und Rollenkonflikte, Verringerung sozialer Kontakte sowie finanzielle Einbußen (vgl. Lützenkirchen et al. 2014: 31f). Blickt man auf die Aufzählung, so wird deutlich, dass die Unterscheidung zwischen Belastung und Beanspruchung nicht immer eindeutig ist. Das Modell ist allerdings insofern hilfreich, um sich bewusst zu machen, dass sich ähnliche Erfahrungen und Belastungen individuell unterschiedlich niederschlagen und dabei eine Vielzahl an Faktoren eine Rolle spielen können. Geister fasst das in einem Zitat schön zusammen:

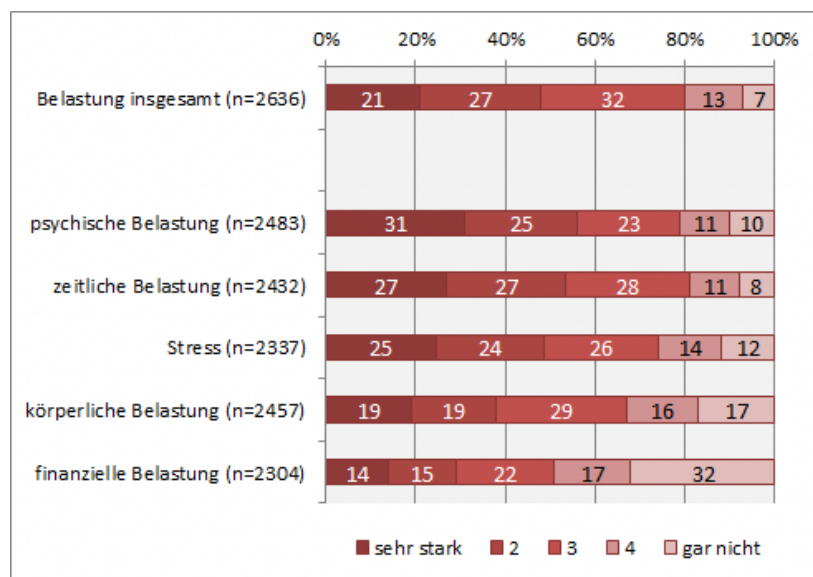
„Die Schwelle der Belastbarkeit und die Fähigkeit, mit Belastungen umzugehen, sind bei den pflegenden Angehörigen unterschiedlich und hängen zum Teil mit der eigenen Biographie, dem sozialen Umfeld, den Entlastungsmöglichkeiten, der Beziehung zum Pflegeempfänger und den entwickelten Bewältigungsstrategien zusammen. Die Belastungen sind in der Regel keine einmaligen Ereignisse, sondern stellen einen sich ständig verändernden Prozess dar“ (Geister 2004: 26f).

Eine aktuelle Studie für Österreich, die sich mit der Situation von pflegenden und betreuenden Angehörigen auseinandersetzt, wurde vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz in Auftrag gegeben und 2018 veröffentlicht. Das Projektteam um Martin Nagl-Cupal hat in der umfangreichen Studie unter anderem die Belastungen von Angehörigen in unterschiedlichen Settings erhoben. Um ein umfassendes Bild über die Belastungssituation pflegender und betreuender

Angehöriger zu erlangen sollen die oben beschriebenen allgemeinen Erkenntnisse um einige konkrete, ausgewählte Ergebnisse² der Studie ergänzt werden.

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurde nach den empfundenen Belastungen der pflegenden und betreuenden Angehörigen gefragt. Fast die Hälfte aller Studienteilnehmer*innen geben an, sich durch die Pflege- und Betreuungssituation entweder „sehr stark belastet“ (21%) oder „stark belastet“ (27%) zu fühlen (vgl. Nagl-Cupal et al. 2018: 77). Am häufigsten werden dabei „psychische Belastungen“ angeführt (31%), gefolgt von „zeitlichen Belastungen“ (27%) und „Stress“ (25%) sowie „körperlichen (19%) und finanziellen (14%) Belastungen“ (vgl. ebd.). Folgende Grafik veranschaulicht die Ergebnisse:

Abbildung 1: Belastungen der Pflege und Betreuung



Quelle: Nagl-Cupal et al. 2018: 77

Das Belastungserleben der Angehörigen wird dabei von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Dazu zählen zum Beispiel das Alter und die Mobilität der zu pflegenden Person, der Betreuungsaufwand (PflegegeldEinstufung), sowie eine Demenzerkrankung oder Bettlägerigkeit der zu Pflegenden (vgl. ebd.: 77ff). Höher ist die empfundene Belastung auch, wenn die Pflege und Betreuung in einem gemeinsamen Haushalt stattfindet (vgl. ebd.: 83). Einen positiven Einfluss hat hingegen die „Akzeptanz der Situation“ (ebd.: 84). Je besser die Angehörigen abschalten können, sich genug Zeit für sich selbst nehmen und das Gefühl haben, die Pflege im Griff zu haben, desto weniger belastet fühlen sie sich, so die Autor*innen (vgl. ebd.). Wie anspruchsvoll und herausfordernd die Pflege und Betreuung sein kann, zeigt sich auch im Zuge der Bewertung von vorgegebenen Aussagen. So geben 56% der Angehörigen an, sich häufig Sorgen zu machen, 40% haben manchmal das Gefühl, dass ihnen alles zu viel wird, 35% fühlen sich manchmal alleine gelassen und bei 30% leidet die Beziehung zum*r pflegebedürftigen Person (vgl. ebd.).

² Die Ergebnisse beziehen sich auf die Pflege und Betreuung im häuslichen Setting.

Die Pflege und Betreuung von Angehörigen wird aber nicht ausschließlich negativ und belastend erlebt, sondern kann auch mit positiven Erfahrungen einhergehen (vgl. ebd.: 9). Eine intensivere Beziehung, das Gefühl gebraucht zu werden, etwas zurückzugeben oder sich persönlich weiterzuentwickeln, sind für viele Angehörige wertvolle Aspekte der Pflege und Betreuung (vgl. ebd.). Nichtsdestotrotz sollte deutlich geworden sein, dass pflegende und betreuende Angehörige mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert sind und eine *“vulnerable Bevölkerungsgruppe”* (Lützenkirchen et al. 2014: 32) darstellen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen Herausforderungen sowie den Belastungen von pflegenden und betreuenden Angehörigen zeigt sich die Notwendigkeit, neue Wege in diesem Bereich zu gehen. Eine Möglichkeit, die Situation dieser Personengruppe zu verbessern und damit einen Beitrag zur Sicherstellung eines stabilen Pflegesystems zu leisten, könnte das im Rahmen einer Masterthese entwickelte *„Modell zur praktischen Umsetzung Sozialer Diagnostik im Kontext der ambulanten Altenpflege“* leisten, das im Folgenden vorgestellt wird.

4 Modell zur Umsetzung Sozialer Diagnostik im Kontext der ambulanten Altenpflege

Bauer Birgit, Gebetsberger Florian, Ikhardtova Maria

Carmen Elbe und Carina Fritzer haben 2011 im Rahmen ihrer Masterthese ein „Modell zur praktischen Anwendung und Umsetzung Sozialer Diagnostik im Bereich der ambulanten Altenpflege“ entwickelt. Dieses Modell bildete die Grundlage unserer Forschung. Um die Verständlichkeit zu verbessern wurde der Titel auf „Modell zur Umsetzung Sozialer Diagnostik im Kontext der ambulanten Altenpflege“ verkürzt.

4.1 Legitimation der Entwicklung des Modells

Grundlage für die Entwicklung dieses Modells war die Tatsache, dass die Soziale Arbeit im Bereich der ambulanten Pflege bisher wenig bis kaum vertreten ist (vgl. Spitzer 2008: 36 zit. n. Elbe / Fritzer 2011: 12), obwohl betreuende und pflegende Angehörige großen Belastungen ausgesetzt sind (vgl. Nagl-Cupal et al. 2018: 77ff), wie auch im vorangehenden Kapitel ausführlich erläutert wurde.

In den Krankenhäusern und auf Palliativstationen sind Sozialarbeiter*innen relativ häufig vertreten und können etwaige Bedarfe identifizieren und entsprechende Unterstützung in die Wege leiten. Im ambulanten Setting ist jedoch eine Betreuung durch Sozialarbeiter*innen derzeit kaum vorgesehen und umzusetzen. Einzig die Primärversorgungszentren (derzeit 29 in ganz Österreich) bieten teilweise die

Möglichkeit, sozialarbeiterische Beratung im ambulanten Setting in Anspruch zu nehmen (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen 2020).

Die mobile Pflege, Betreuung und Therapie pflegebedürftiger Personen findet derzeit fast ausschließlich durch Angehörige von Gesundheitsberufen wie Pflegefachkräften, Pflegehelfer*innen und Therapeut*innen diverser Organisationen statt. Hier sehen wir, der Argumentation von Elbe und Fritzer folgend, jedoch auch ein Potenzial für die Soziale Arbeit, den belasteten pflegenden und betreuenden Angehörigen ambulant Unterstützung anzubieten:

„Durch die angedachte Erweiterung des medizinisch-pflegerischen Assessments um soziale Aspekte der Pflege soll es gelingen, Belastungssituationen frühzeitig zu erfassen, auszuwerten und pflegenden Angehörigen nach Bedarf und Mitwirkungsbereitschaft sozialarbeiterische Unterstützung anzubieten“ (Elbe / Fritzer 2011: 32).

Die Beratung von Personen in schwierigen, belastenden Situationen ist laut Berufsbild eine Kernkompetenz der Sozialen Arbeit: *„Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen, so dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern. Dabei bindet sie vorhandene Strukturen ein“ (OBDS 2017: 2).* Das Aufgabenspektrum Sozialer Arbeit umfasst laut Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft „Altern und Soziale Arbeit“ der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa) sogar explizit die Beratung von pflegenden Angehörigen (vgl. ogsa 2017: 13). Ziele der sozialarbeiterischen Beratung und Begleitung sind *„Orientierung und Entscheidungsfindung in Bezug auf entlastende Hilfsmöglichkeiten und [...] Vorbeugung von sozialer Isolation, insbesondere bei langer Pflegephase“ (ebd.: 13).*

So folgern Elbe und Fritzer (2011) in ihrer Masterthese, dass in der ambulanten Betreuung sozialarbeiterische Unterstützung sinnvoll eingesetzt werden kann. Auch in der Literatur finden sich Hinweise auf die mögliche Rolle Sozialer Arbeit in der mobilen Pflege:

- *„Wenn es darum geht Angehörige in der Kommunikation und im Umgang mit alten und pflegebedürftigen Menschen sowie in anderen belastenden Situationen zu unterstützen, gewinnt die Soziale Arbeit zunehmender Bedeutung“ (vgl. Spitzer 2008: 37f zit. n. Elbe / Fritzer 2011: 12).*
- *„Soziale Arbeit und soziale Diagnostik könnten dazu beitragen, die Diagnosen der im Pflegebereich vorherrschenden Professionen im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells um einen sozialen Blickwinkel zu ergänzen und wesentliche soziale Aspekte dauerhaft bzw. nachhaltig in den Pflegeprozess zu integrieren“ (vgl. Pantucek 2007: 18 zit. n. Elbe / Fritzer 2012: 12).*
- *„Um die häusliche Pflege auch in Zukunft abzusichern, ist es wichtig, niederschwellige Angebote zur Beratung, Qualifizierung und Unterstützung pflegender Angehöriger weiter auszubauen“ (vgl. Pochobradsky et al. 2005: 1).*

Außerdem wurden im Rahmen der Masterthese von Elbe und Fritzer (2011) anhand ihrer Feldstudie Aspekte eruiert, die ebenfalls für den Einsatz sozialdiagnostischer Verfahren im Alten- und Pflegebereich sprechen (vgl. Elbe / Fritzer 2011: 13f):

- Pflegesituationen sind häufig schwer überschaubar und komplex
- Im Umgang mit komplexen Pflegesituationen besteht für die pflegenden und betreuenden Angehörigen die Gefahr von Überforderung. Soziale Diagnostik könnte hier auf einen möglichen Unterstützungsbedarf hinweisen.
- Soziale Diagnostik könnte ungenutzte Ressourcen aufzeigen, da der Blick darauf mit den Herausforderungen der Pflege im Alltag leicht verloren geht.
- Soziale Arbeit könnte die Entwicklung eigener Lösungsansätze im Sinne des Prinzips der Hilfe zur Selbsthilfe fördern.
- Soziale Diagnostik könnte zur Wahrung der individuellen (auch sozialen) Bedürfnisse Angehöriger beitragen.
- Soziale Arbeit könnte die klassischen Disziplinen in diesem Bereich (Medizin und Pflege) um den sozialen Blickwinkel ergänzen und eine Ersteinschätzung über einen möglichen sozialarbeiterischen Hilfebedarf vornehmen.

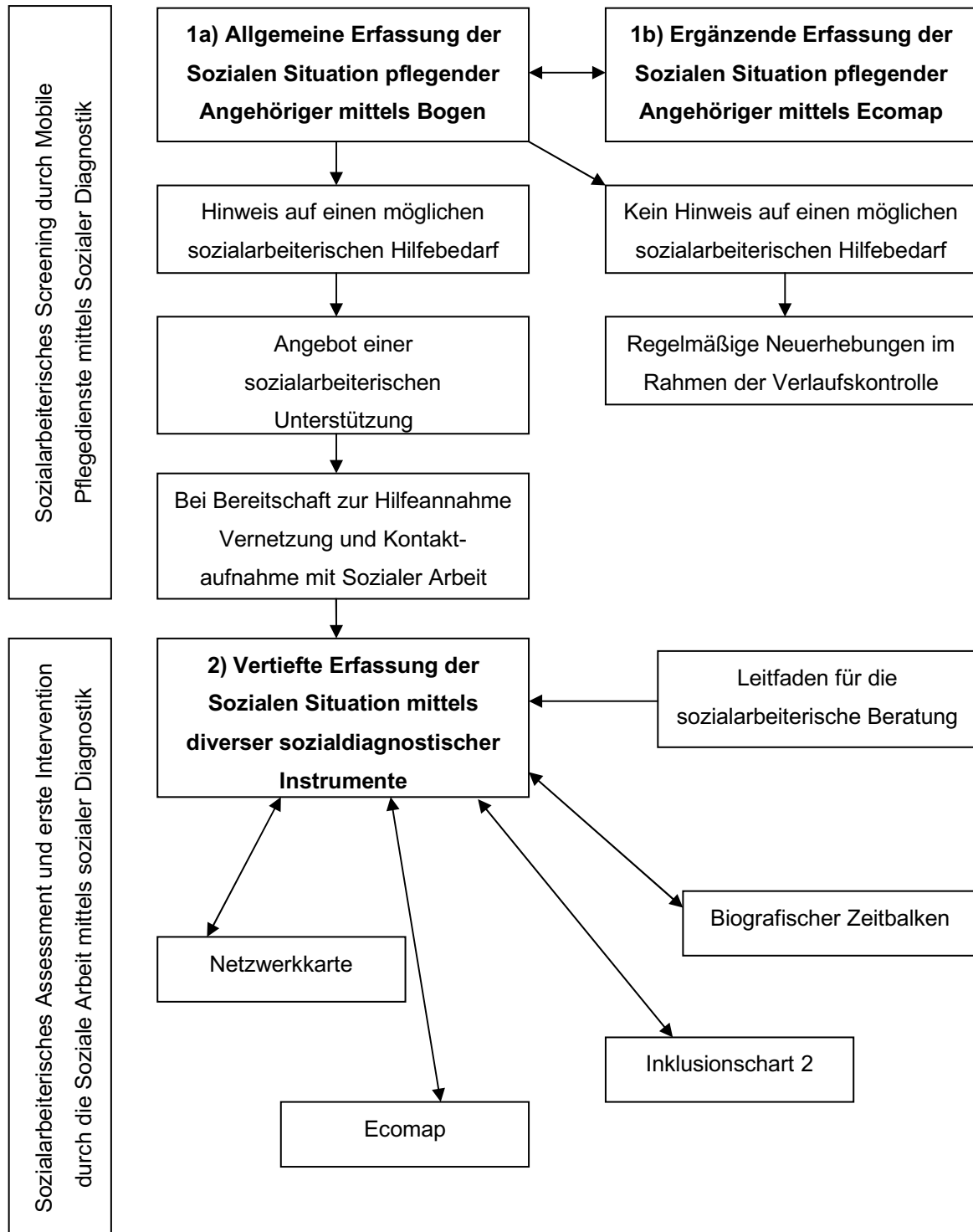
Trotz dieser Hinweise auf die Sinnhaftigkeit von sozialarbeiterischen Interventionen ist es unwahrscheinlich, dass die Berufsgruppe der Sozialen Arbeit deshalb ohne weiteres einen Platz im Bereich der mobilen Pflege zugewiesen bekommt.

So wurde ein Modell entwickelt, das idealtypische Überlegungen in ein 2-Schritte-Modell verarbeitet. Damit wird eine Möglichkeit der Implementierung Sozialer Arbeit im Bereich der mobilen Pflege vorgestellt (vgl. Elbe / Fritzer 2011: 31).

4.2 Modellbeschreibung

Mithilfe des Modells wird der in diesem Bereich bereits etablierten Profession der Pflegefachkräfte eine erste Einschätzung über einen etwaigen sozialarbeiterischen Bedarf durch ein Screening ermöglicht. Besteht ein Bedarf, so wird die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen kontaktiert, um ein Assessment durchzuführen und erste Interventionen zu setzen (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Modell zur praktischen Anwendung und Umsetzung Sozialer Diagnostik



Quelle: Elbe / Fritzer 2011: 36

In Schritt 1a wird die soziale Situation Angehöriger anhand eines eigens entwickelten Bogens erfasst. Das hierfür entwickelte Instrument ist der Assessmentbogen zur Erfassung der sozialen Situation pflegender Angehöriger, welcher im Rahmen der vorliegenden Masterthese in der Praxis erprobt wurde. In Schritt 1b (fakultativ, optional) können die mobilen Pflegedienste noch die soziale Situation pflegender Angehöriger mithilfe des sozialdiagnostischen Instrumentes der Ecomap³ erfassen (vgl. Elbe / Fritzer 2011: 36).

Nach der Durchführung einer oder beider Maßnahmen kann festgestellt werden, ob ein möglicher sozialarbeiterischer Hilfebedarf vorhanden ist oder nicht. Wird ein Bedarf festgestellt, so sieht das Modell vor, der betroffenen Person sozialarbeiterische Unterstützung anzubieten. Falls die Person Bereitschaft zur Hilfeannahme zeigt, kann ein*e Sozialarbeiter*in hinzugezogen werden und den zweiten Schritt des Modells durchführen. Sollte kein möglicher Hilfebedarf festgestellt werden, sind im Modell regelmäßige Neuerhebungen im Rahmen der Verlaufskontrolle vorgesehen (vgl. Elbe / Fritzer 2011: 36).

Der zweite Schritt des Modells besteht in der vertieften Erfassung der sozialen Situation des*der Angehörigen. Diese Intervention ist für eine*n Sozialarbeiter*in vorgesehen. Diverse diagnostische Instrumente wie die Netzwerkkarte, Ecomap, Inklusionschart 2, Biografischer Zeitbalken und ein eigens entwickelter Leitfaden für die sozialarbeiterische Beratung sind hier zur Anwendung vorgesehen. Auch die Auswertung der Ecomap (falls sie schon im ersten Teil von mobilen Pflegediensten durchgeführt wurde) ist als Aufgabe der Sozialarbeit vorgesehen (vgl. Elbe / Fritzer 2011: 36).

5 Anliegen des Projektes

Bauer Birgit, Gebetsberger Florian, Ikhardtova Maria

Forschungsmethodisch ist das Anliegen des Projektes, das „Modell zur Umsetzung Sozialer Diagnostik im Bereich der ambulanten Altenpflege“ zu präzisieren und durch die Anwendung in der Praxis zu evaluieren.

Der erste Schwerpunkt beschäftigt sich vor allem mit dem Instrument des Assessments als Teil des zu evaluierenden Modells und überprüft es auf seine Praxisfähigkeit und inhaltliche Vollständigkeit. Dazu werden ausgehend von den ausgefüllten Assessmentbögen und den Rückmeldungen aus der Praxis Adaptierungen und Anpassungen vorgenommen. Dieser Teil beschreibt somit den Bearbeitungsprozess der ursprünglichen Version des Assessments bis hin zur derzeitigen Form.

³ Bei der Ecomap handelt es sich um ein sozialdiagnostisches Instrument zur Erfassung des sozialen Netzes.

Der zweite Teil nimmt vor allem den Prozess der Durchführung des Assessments in den Blick und fokussiert sich auf die Unterstützungsbedürfnisse der Anwender*innen sowie die Bereitschaft von pflegenden und betreuenden Angehörigen, Hilfe anzunehmen. Aufbauend auf den Erkenntnissen wird unter Bezugnahme auf Gesprächsmethoden- und Techniken sowie sozialarbeiterische Basisdokumente eine Art Gesprächsleitfaden für Anwender*innen des Assessments entwickelt, der verschiedene Hilfestellungen und Interventionsmöglichkeiten beinhaltet.

Der dritte Schwerpunkt stellt das methodische Vorgehen im sozialarbeiterischen Gespräch in den Mittelpunkt, bevor die Datenanalyse beschrieben wird und die Ergebnisse der beiden sozialarbeiterischen Beratungsgespräche ausführlich analysiert werden. Am Ende dieses Kapitels sind konkrete Empfehlungen für zukünftige sozialarbeiterische Gespräche angeführt.

Zuletzt ist es unser Hauptanliegen, das Modell nachvollziehbar für den weiteren Einsatz in der Praxis zu gestalten, weshalb wir die Ergebnisse unserer Forschung als Handreichung und Kopiervorlage im Anhang unserer Arbeit zur Verfügung stellen (siehe Anhang A). So könnte es gelingen, dass die Volkshilfe Niederösterreich oder andere Anbieter*innen mobiler Pflegedienste auf das Modell und seine Instrumente zurückgreifen, um frühzeitig mögliche sozialarbeiterische Bedarfe zu erheben und Interventionen setzen zu können. Ergibt sich aus der Praxis ein hoher Bedarf, so wäre die Klärung einer Finanzierungsmöglichkeit für mobile Sozialarbeiter*innen notwendig. Möglichkeiten zur Implementierung finden sich in den Schlussfolgerungen der Masterthese (siehe Kapitel 10).

6 Methodische Umsetzung

Bauer Birgit, Gebetsberger Florian, Ikhardtova Maria

6.1 Kooperation Volkshilfe

Mit der Volkshilfe Niederösterreich konnte ein Kooperationspartner gewonnen werden, der sich unter anderem durch jahrelange Erfahrung in der Pflege und Betreuung älterer Menschen auszeichnet und sich dementsprechend ideal für das Projekt eignet. In Abstimmung und Zusammenarbeit mit der zuständigen Pflegekoordinatorin der Volkshilfe wurde das Projekt zunächst präsentiert und das entwickelte Modell vorgestellt. Nach einer ersten Überarbeitungsphase im Rahmen des Begleitseminars zur Masterthese, nachfolgend auch als Forschungslabor bezeichnet, wurden die Assessmentbögen inklusive Anleitungs- und Auswertungsblätter an die zuständigen Pflegeplaner*innen der Volkshilfe übermittelt. Diese fungieren im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung älterer Menschen als Regionalleiter*innen bestimmter Gebiete

und sind in regelmäßigem Kontakt mit den Kund*innen und deren Angehörigen. Die Pflegeplaner*innen sind für folgende Aufgaben zuständig:

- Sicherstellung, dass Neukund*innen den von ihnen gewünschten Erstbesuch im geplanten Zeitraum erhalten und die Kund*innen im Zuge dieses Erstgespräches an die Organisation gebunden werden (Betreuungsvereinbarung, AGB etc.).
- Information der Kund*innen und Angehörigen über sämtliche Angebote der Organisation und aktiver Verkauf von passenden Betreuungspaketen.
- Durchführung der Pflegeplanung unter strenger Berücksichtigung der Ressourcen der Kund*innen und der Organisation.
- Durchführung von Pflegevisiten zur Qualitätssicherung laut Prozessbeschreibung
- Aktive Steuerung der Einsatzstunden im Bezirk gemäß den aktuellen Zielvorgaben.
- Konflikt- und Krisenmanagement bei Kund*innenbeschwerden und schwierigen Betreuungssituationen.

(vgl. E1)

Überdies dokumentieren sie den Prozess, sind für Auf- und Übernahmen sowie Betreuungsveränderungen zuständig, unterstützen bei Pflegegeldanträgen und leisten Gefährdungsabklärung.

Die Pflegeplaner*innen wurden gebeten, im Zuge der Kontakte vor allem bei den regelmäßig stattfindenden Visiten (alle drei Monate) die Assessmentbögen gemeinsam mit den pflegenden und betreuenden Angehörigen auszufüllen und an die Fachhochschule St. Pölten zu übermitteln. Insgesamt waren neun Pflegeplaner*innen in das Projekt eingebunden, die jeweils zwei bis fünf Assessmentbögen ausgefüllt haben. Der Einsatz des Assessments in der Praxis der Volkshilfe fand von März bis Mai 2019 statt.

6.2 Datenerhebung

Um eine angemessene Erprobung und Weiterentwicklung des Modells sicherzustellen, wurden verschiedene Daten erhoben und für die Analyse herangezogen. Die Erhebungsmethoden und Datensätze sollen im Folgenden kurz vorgestellt und beschrieben werden. Die erforderlichen Einverständniserklärungen der beteiligten Personen gemäß den aktuellen Datenschutzrichtlinien wurden vorab eingeholt.

6.2.1 Assessmentbögen

Den zentralen Datensatz für den ersten Teil der Masterthese stellen die von den Pflegeplaner*innen bzw. Angehörigen ausgefüllten und an uns elektronisch übermittelten Assessmentbögen dar, mit deren Hilfe festgestellt werden soll, ob ein sozialarbeiterischer Bedarf gegeben ist oder nicht. Bezüglich einer ausführlichen Erläuterung des Assessmentbogens wird auf Kapitel 7.2 verwiesen. Die letztendlich 31 Bögen wurden zunächst beschriftet und sortiert und anschließend quantitativ-deskriptiv ausgewertet.

6.2.2 Telefoninterviews

Nach Abschluss des Assessment-Einsatzes in der Praxis wurden Telefoninterviews mit jenen Pflegeplaner*innen geführt, die mindestens drei Assessmentgespräche mit pflegenden und betreuenden Angehörigen durchgeführt haben. Zustande gekommen sind fünf Interviews mit einer Dauer zwischen 20 und 40 Minuten. Methodisch wurde dabei auf das Leitfadeninterview zurückgegriffen, welches die Führung des Interviews über einen Leitfaden sicherstellt (vgl. Helfferich 2014: 559). Unter einem Leitfaden versteht man *„eine vorab vereinbarte und systematisch angewandte Vorgabe zur Gestaltung des Interviewablaufs“* (ebd.: 560). Er kann sehr unterschiedlich ausgelegt sein, enthält aber immer Erzählaufforderungen, explizit vorformulierte Fragen und Stichworte für frei formulierbare Fragen (vgl. ebd.). Der verwendete Leitfaden⁴ ist in der gemeinsamen Auseinandersetzung mit der Thematik im Begleitseminar entstanden und orientiert sich stark am konkreten Forschungsinteresse. Er umfasst zum Beispiel Fragen nach der Verständlichkeit und Handhabung des Assessments, Verbesserungsvorschlägen und Anregungen, der Bereitschaft der Angehörigen, Hilfe anzunehmen, sowie nach Bedürfnissen der Pflegeplaner*innen im Hinblick auf die Anwendung des Assessments. Trotz der eher starken Strukturierung (vgl. ebd.: 566) galt es im Gespräch flexibel und offen zu bleiben, um von den Pflegeplaner*innen aufgeworfene, noch nicht berücksichtigte Themen, ebenfalls in den Blick nehmen zu können.

6.2.3 Gruppendiskussion

Mit etwas zeitlichem Abstand zu den Telefoninterviews fand auch eine Gruppendiskussion statt, zu der all jene Pflegeplaner*innen eingeladen wurden, die das Instrument des Assessments in der Praxis eingesetzt und erprobt haben. Teilgenommen haben letztendlich zwei Pflegeplaner*innen sowie die zuständige Pflegekoordinatorin. Gruppendiskussionen sind *„geplante Diskussionen, um Einstellungen zu einem bestimmten, durch das Forschungsinteresse definierten Bereich in einer offenen, freundlichen Atmosphäre zu erheben“* (Vogl 2014: 581). Sie eignen sich vor allem als Medium, um Einzelmeinungen in validierter Form oder um Gruppenmeinungen losgelöst vom Individuum zu erheben (vgl. ebd.). Im Kontext unseres Forschungsinteresses sollte die Methode die gemeinsame Reflexion und Diskussion des Modells fördern und Nachfragen, Konkretisierungen und Präzisierungen ermöglichen. Die Gruppendiskussion wurde ebenfalls anhand eines Leitfadens⁵ geführt, der unter anderem anhand erster Erkenntnisse aus den Telefoninterviews und offener Fragen erarbeitet wurde. Der Leitfaden beinhaltet zum einen resümierende Fragen nach der Vollständigkeit und Praxisfähigkeit des Assessments und fokussiert zum anderen auf die Herausforderungen im Rahmen der Durchführung sowie damit verbundene Ideen und Vorschläge. Sowohl die Telefoninterviews als auch die Gruppendiskussion wurden vollständig transkribiert. Insbesondere für den zweiten Teil der Masterthese muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass wörtliche Zitate aufgrund der Kommunikation im

⁴ Der verwendete Leitfaden für die Telefoninterviews ist im Anhang I zu finden.

⁵ Der verwendete Leitfaden für die Gruppendiskussion ist im Anhang J zu finden.

Dialekt zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit leicht verändert und angepasst wurden.

6.2.4 Sozialarbeiterische Beratung

Weitere Datensätze stellen zwei sozialarbeiterische Beratungen (siehe dazu Kapitel 9.4) dar, die im Rahmen der Erprobung des Modells zustande gekommen und vor allem für den dritten Teil der Masterthese von Bedeutung sind. Bei zwei der 31 Assessmentbögen war der Wunsch nach einer sozialarbeiterischen Beratung vermerkt. Dementsprechend wurden die zuständigen Pflegeplaner*innen telefonisch kontaktiert, um weitere Informationen über die Angehörigen sowie eine Einschätzung der Situation durch die Pflegeplaner*innen einzuholen. Anschließend wurde je ein Gesprächstermin mit den Angehörigen vereinbart. Als Vorbereitung auf die Beratung wurden Informationen über die regionale Versorgungslandschaft gesammelt sowie mögliche sozialarbeiterische Interventionen bedacht, die für die Fälle passend sein könnten. Die sozialarbeiterische Beratung selbst wurde von der Sozialarbeiterin Frau Elbe, die sich durch viel Erfahrung in diesem Bereich auszeichnet und auch Mitarbeiterin an der Fachhochschule St. Pölten ist, gemeinsam mit der Studentin Frau Bauer durchgeführt. Beide Gespräche fanden im Mai 2019 statt. Von dem Einholen einer Erlaubnis über die Aufzeichnung der Gespräche wurde aus zweierlei Gründen abgesehen. Einerseits hätte die Aufzeichnung mit einer größeren Zurückhaltung und Hemmung der Angehörigen einhergehen können, womit die Ergebnisse verfälscht und unbrauchbar wären. Andererseits sprachen die hohe Belastung der Angehörigen sowie die emotionalen und sensiblen Inhalte gegen eine Aufnahme des Gesprächs. Dementsprechend liegen die Beratungsgespräche in Form von Gedächtnis- und gemeinsamen Reflexionsprotokollen vor.

7 Instrument des Assessments zur Erfassung der sozialen Situation pflegender und betreuender Angehöriger

Ikhardtova Maria

7.1 Einleitung und Forschungsfragen

Wie schon oben erwähnt befasst sich der erste Teil der Masterthese mit dem Instrument des Assessments zur Erfassung der sozialen Situation pflegender und betreuender Angehöriger in Form des Assessmentbogens. Zunächst wird der Bearbeitungsprozess der ursprünglichen Version des Assessmentbogens, entwickelt von Elbe und Fritzer 2011, beschrieben. Es folgt eine Zusammenfassung des Veränderungsprozesses bezüglich der Anleitungsblätter für Pflegeplaner*innen. Danach wird die Auswertungsfolie kurz in den Blick genommen.

Die Erprobung des Instruments und die Auswertung der Daten, erworben durch die Durchführung des Assessmentbogens in der Praxis mithilfe der Pflegeplaner*innen der Volkshilfe Niederösterreich, werden im nächsten Teil vorgestellt.

Aufgrund der telefonischen Interviews und der Gruppendiskussion mit den Pflegeplaner*innen werden die Änderungen und Verbesserungen des Assessmentbogens und der Anleitungsblätter in der Endversion für die weitere Praxis aufgezeigt.

Unter anderem lassen sich gemeinsame Belastungsmerkmale der pflegenden und betreuenden Angehörigen aus den erworbenen Daten identifizieren. Diese Belastungsmerkmale werden ebenfalls dargestellt. Die damit verbundenen Erkenntnisse werden in Form von Vorschlägen für weitere sozialarbeiterische Gespräche formuliert. Die Hauptforschungsfrage ist um eine kurze Frage ergänzt und wird der rote Faden des ersten Teils der Masterarbeit sein. Sie lautet wie folgt:

- Wie praxistauglich ist der Assessmentbogen zur Erfassung der sozialen Situation pflegender und betreuender Angehöriger?
- Welche Adaptierungen zur Verbesserung sind erforderlich?

Mithilfe der folgenden ergänzenden Teilfragen soll die Beantwortung der oben genannten Forschungsfragen sichergestellt werden:

- Welche Anpassungen des Assessmentbogens/der Anleitungsblätter sind notwendig, um die Praxistauglichkeit zu verbessern? (Formulierung der Fragen, Antwortkategorien, Handhabung des Fragebogens/Auswertungsfolie, Anleitungsblätter, Übersichtlichkeit, häufige Probleme bei bestimmten Fragen etc.)

- Welche gemeinsamen Belastungsmerkmale der pflegenden und betreuenden Angehörigen lassen sich identifizieren?
- Wie können Erkenntnisse daraus für weitere Gespräche genutzt werden?

Methodik des ersten Teils der Masterarbeit

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden eigene Erhebungen, Auswertungen und eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Antworten auf die Forschungsfragen wurden einerseits mithilfe der analysierten Telefoninterviews und der Gruppendiskussion eruiert. Andererseits wurden 31 retournierte Assessmentbögen ausgewertet. Pflegeplaner*innen, die bei der Volkshilfe Niederösterreich tätig sind, haben durch ihre Teilnahme die Forschung ermöglicht. Die Weiterentwicklungen des Assessmentbogens und der Anleitungsblätter wurden auch im Rahmen des Forschungsprozesses aufgezeigt.

7.2 Überarbeitung der Ursprungsversion des Assessmentbogens im Rahmen des Forschungslabors

Der Assessmentbogen zur Erfassung der sozialen Situation pflegender Angehöriger wurde von Elbe und Fritzer (2011) entwickelt. Die Absicht von Elbe und Fritzer war es, den sozialen Blickwinkel ins häusliche Pflegesetting zu integrieren. Der Fokus des professionellen Pflegesettings liegt üblicherweise auf der Situation alter pflegebedürftiger Menschen sowie der Sicherung ihrer Versorgung. Die pflegenden Angehörigen, ihre Bedürfnisse und ihre soziale Situation bleiben dabei oft unberücksichtigt. Aus diesem Grund wurde dieser Assessmentbogen entwickelt, um die soziale Situation der pflegenden Angehörigen zu erfassen. Die Grundlage des Assessmentbogens bildet ein speziell entwickelter Sozialfragebogen für die Geriatrie von Nikolaus et al. (vgl. Nikolaus et al. 1994: 240-245). Der entwickelte Bogen zur Erfassung der sozialen Situation der pflegenden Angehörigen beinhaltet verschiedene Fragen. Auf jede Frage gibt es meist drei Antwortmöglichkeiten, die eingekreist werden und danach, nach einem Punkteschema ausgewertet werden. Die Summe der Punkte verweist nach der Evaluierung auf einen möglichen sozialarbeiterischen Beratungsbedarf, der letztendlich das oberste Ziel des Assessmentbogens bildet (vgl. Elbe / Fritzer 2011: 40f).

Die ursprüngliche Version des Assessmentbogens zur Erfassung der sozialen Situation der pflegenden Angehörigen weist einige schwer verständliche Fragen- und Antwortformulierungen auf. Aufgrund dessen wurde im Rahmen des Forschungslabors diese Version, die im Anhang B zu finden ist, bearbeitet. Das Ziel dieser Bearbeitung war es, den Assessmentbogen für pflegende und betreuende Angehörige verständlicher und übersichtlicher als die ursprüngliche Version zu gestalten. Dies führte zu gekürzten Fragen und Antwortkategorien sowie zu mehreren Umformulierungen. Außerdem wurden die Schriftarten der jeweiligen Überschriften und Antwortmöglichkeiten stilistisch vereinheitlicht (immer mit großem Anfangsbuchstaben beginnend) sowie Tabellen und der dazugehörige Text umformatiert, um eine bessere Übersicht des Assessmentbogens zu gewährleisten.

Unter anderem wurde auch das Layout des Assessmentbogens verändert. Der ursprüngliche Assessmentbogen war auf doppelseitigem A4-Format bedruckt. Im Rahmen des Forschungslabors wurde das Format auf A3 verändert und in der Mitte gefaltet, um alle Fragen innen positionieren zu können.

7.2.1 Assessmentbogen

Die überarbeitete Version des Assessmentbogens, die als Produkt während des Forschungslabors entstanden ist und mithilfe der Pflegeplaner*innen erprobt wurde, befindet sich im Anhang E.

Der Assessmentbogen beinhaltet sieben Teile, wobei zu den Teilen eins bis sechs jeweils zwei bis sieben Fragen gestellt werden. Auf jede Frage gibt es meist drei kurze Antwortmöglichkeiten, die von den pflegenden und betreuenden Angehörigen beantwortet werden sollen. Im siebten Teil haben die Angehörigen Platz für Anmerkungen. Dieser Teil ist fakultativ und muss nicht unbedingt ausgefüllt werden (vgl. Elbe / Fritzer 2011: 41). Es werden nun die sieben Teile benannt und Ausschnitte der jeweiligen Teile grafisch dargestellt:

■ Grunddaten

Abbildung 3: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer Die gesamte überarbeitete Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer befindet sich im Anhang E.

PflegeplanerIn				Bezirk	
Geschlecht & Alter <u>pflegende/r</u> <u>Angehörige/r</u>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Alter:		Geschlecht & Alter d. <u>pflegebedürftigen</u> <u>Person</u>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Alter:	
Wer pflegt?	Partner	Sohn/Tochter	Schwiegersohn/ Schwiegertochter	Sonstige:	

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

■ Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung

Abbildung 4: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer

1.	Haben Sie Personen (professionelle HelferInnen ausgenommen) die Sie regelmäßig in der Pflege unterstützen können?	Keine unterstützende Person(en)	Eine unterstützende Person	Mehrere unterstützende Personen
2.	Haben Sie die Möglichkeit sich regelmäßig mit anderen Personen Ihres Umfeldes (prof. HelferInnen ausgenommen) auszutauschen?	Keine Möglichkeit	Hätte die Möglichkeit, nutze sie aber nicht	Habe die Möglichkeit und nutze sie

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

■ Teil 2: Soziale Aktivitäten

Abbildung 5: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer

1.	Wie haben sich Ihre Hobbies und Interessen durch die Pflege entwickelt?	Habe Hobbies und Interessen aufgegeben oder verloren	Interessen und Hobbies haben sich durch die Pflege nicht verändert	Habe noch Hobbies und Interessen dazugewonnen
2.	Wie sehr schränkt Sie die Pflege in Ihrem Alltag/den Aufgaben ihres täglichen Lebens ein?	Neben der Pflege gibt es kaum mehr Zeit für meinen Alltag	Fühle mich hin und her gerissen zwischen beiden Anforderungen	Kann beide Anforderungen meinen Vorstellungen entsprechend erledigen

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

■ Teil 3: Wohnsituation

Abbildung 6: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer

1.	Wie ist der Zugang zu der Wohnung/dem Haus, in der/dem die Pflege geleistet wird?	Barrieren/Hindernisse vorhanden	Barrieren/Hindernisse nicht vorhanden
2.	Wie sind die Wohnverhältnisse in der Wohnung/dem Haus, in der/dem die Pflege geleistet wird?	Barrieren/Hindernisse vorhanden	Barrieren/Hindernisse nicht vorhanden

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

■ Teil 4: Gesundheitliche Situation

Abbildung 7: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer

1.	Wie ist ihr körperlicher Gesundheitszustand?	Habe des Öfteren Beschwerden	Habe von Zeit zu Zeit Beschwerden	Habe keine Beschwerden
2.	Wie ist Ihr psychischer Gesundheitszustand?	Bin oft gestresst, überfordert und erschöpft	Fühle mich manchmal überfordert und gestresst	Fühle mich wohl und ausgeglichen

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

■ Teil 5: Pflegesituation

Abbildung 8: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer

1.	Wie können Sie mit der Pflegebedürftigkeit ihres/r Angehörigen umgehen?	Habe des Öfteren Schwierigkeiten damit	Habe manchmal Schwierigkeiten damit	Habe keine Schwierigkeiten damit
2.	Wie schätzen Sie Ihre Pflegetätigkeit ein?	Bin des Öfteren ratlos	In gewissen Momenten bin ich mir unsicher	Bin pflegerisch kompetent

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

■ Teil 6: Ökonomische Verhältnisse

Abbildung 9: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer

1.	Wie ist Ihre finanzielle Lage?	Geld reicht nicht aus	Geld reicht kaum aus	Geld reicht aus
2.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer finanziellen Lage?	Bin unzufrieden	Geht so, könnte besser sein	Bin zufrieden

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

■ Teil 7: Sonstiges

Abbildung 10: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer

1.	Was Sie sonst noch sagen wollen?	
2.	Welche Unterstützung wäre für Sie hilfreich?	

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

7.2.2 Anleitungsblätter

Mit dem Assessmentbogen hat jede*r Pflegeplaner*in die Anleitungsblätter und Auswertungsfolie, die sich im Anhang G und F befinden, bekommen. Die Anleitungsblätter wurden im Rahmen des Forschungsprozesses verändert und angepasst. Die ursprüngliche Version der Anleitungsblätter befindet sich im Anhang E. Die überarbeitete Version der Anleitungsblätter beinhaltet eine genaue Beschreibung, um ein korrektes Ausfüllen des Assessmentbogens zu gewährleisten. Die Pflegeplaner*innen sollten die Anleitungsblätter noch vor der Anwendung und dem Ausfüllen des Assessmentbogens mit den pflegenden und betreuenden Angehörigen lesen. Das Ziel dieses Dokuments ist, den Pflegeplaner*innen verständlich zu erklären, wie sie mit dem Assessmentbogen und mit der Auswertungsfolie arbeiten können. Es werden genaue Schritte angegeben, nach denen die Pflegeplaner*innen, die jeweiligen Teile des Assessmentbogens ausfüllen, die Antworten mithilfe der transparenten Auswertungsfolie auswerten und die erreichten Punkte addieren. Außerdem wird die weitere Vorgehensweise beschrieben für den Zeitpunkt, wenn das Gesamtergebnis bereits bekannt ist. Die Anleitungsblätter gliedern sich in:

- Assessmentbogen – Ausfüllen der Grunddaten
- Vorgehensweise – Ausfüllen des Assessmentbogens gemeinsam mit dem*der Angehörigen
- Vorgehensweise – Errechnung der Punktezahl mit transparenten Auswertungsfolien
- Grafische Darstellung – Errechnete Anzahl der Punkte und weitere Vorgehensweise
- Beschreibung – Anzahl der Punkte und weitere Vorgehensweise

Ausfüllen der Grunddaten

Als erster Schritt wird das Ausfüllen der Grunddaten (siehe Abbildung 3 auf Seite 25) gefordert. Hier werden die Grunddaten, wie Geschlecht und Alter pflegende*r Angehörige*r und der pflegebedürftigen Person erfragt. Es ist auch anzugeben, wer als Pfleger*in agiert. Da insgesamt neun Pflegeplaner*innen an der Erprobung des Assessmentbogens in der Praxis teilgenommen haben, wurde in der Grunddatentabelle

nach der Pflegeplaner*in gefragt. Um eine bessere Vorstellung davon zu erlangen, wird der dazugehörige Ausschnitt dargestellt:

Abbildung 11: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version der Anleitungsblätter

<p>ASSESSMENTBOGEN</p> <p>AUSFÜLLEN DER GRUNDDATEN</p> <p>1. Füllen Sie im ersten Schritt das Grunddatenfeld des Assessmentbogens aus:</p> <ul style="list-style-type: none">• PflegeplanerIn Tragen Sie Ihren <u>anonymisierten Code</u> ein (den Sie von Ihrer vorgesetzten Stelle erhalten).• Bezirk Tragen Sie ebenfalls den Bezirk ein, indem die Familie wohnt.• Geschlecht/Alter des/der pflegenden Angehörigen Tragen Sie das Geschlecht und das Alter des/der pflegenden Angehörigen ein.• Wer pflegt? Eruieren Sie in welchem Verwandtschaftsgrad der/die pflegende Angehörige zur gepflegten Person steht und wählen Sie einen der vorgegebenen Verwandtschaftsgrade aus oder schreiben Sie einen gesonderten Begriff in das Kästchen „Sonstiges“ ein (wenn die vorgegebenen Verwandtschaftsgrade nicht zutreffend sind).• Geschlecht/Alter der pflegebedürftigen Person Zuletzt tragen Sie bitte auch das Geschlecht und das Alter der Person ein, die betreut/gepflegt wird.
--

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

Ausfüllen des Assessmentbogens gemeinsam mit dem*der Angehörigen

In der weiteren Vorgehensweise soll der*die Pflegeplaner*in gemeinsam mit dem*der pflegenden Angehörigen die folgenden sechs Teile des Assessmentbogens ausfüllen:

- Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung
- Teil 2: Soziale Aktivitäten
- Teil 3: Wohnsituation
- Teil 4: Gesundheitliche Situation
- Teil 5: Pflegesituation
- Teil 6: Ökonomische Verhältnisse

Dabei soll auf jede Frage eine Antwortkategorie eingekreist werden. Im Idealfall werden die Fragen im Assessmentbogen in der vorgegebenen Reihenfolge den pflegenden Angehörigen vorgelesen und auf die Antwort gewartet. Dabei kann sichergestellt werden, dass alle Fragen beantwortet wurden. Im siebten Teil *Sonstiges* hat man Platz für Anmerkungen.

Es folgt der dazugehörige Ausschnitt aus den Anleitungsblättern:

Abbildung 12: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version der Anleitungsblätter

VORGEHENSWEISE

AUSFÜLLEN DES ASSESSMENTBOGENS GEMEINSAM MIT DEM/DER ANGEHÖRIGEN

2. Füllen Sie den **Assessmentbogen gemeinsam mit dem/der pflegenden Angehörigen (im Rahmen der Pflegevisite) aus.**

Beachten Sie beim Ausfüllen dabei Folgendes:

1. Beantworten Sie die Fragen des **jeweiligen Teilbereiches von Teil 1 bis Teil 6:**

Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung

Teil 2: Soziale Aktivitäten

Teil 3: Wohnsituation

Teil 4: Gesundheitliche Situation

Teil 5: Pflegesituation

Teil 6: Ökonomische Verhältnisse

2. **Lesen Sie jede Fragestellung und die dazugehörigen Antwortmöglichkeiten gewissenhaft durch.**

- Wählen Sie **pro Fragestellung jeweils EINE Antwortmöglichkeit** aus, die die derzeitige Situation am besten beschreibt und kreisen Sie diese **ein**.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen und halten Sie sich dabei an die vorgegebene Reihenfolge.

3. Ergänzende Anmerkungen im Teil 7
Teil 7: Sonstiges

- Bei weiteren Anmerkungen, die Sie noch als wichtige Information festhalten möchten, können Sie im Teil 7 Platz dafür finden.

Sollten sich Fragen und Unklarheiten ergeben, wenden Sie sich bitte an Ihre Ansprechperson.

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

Errechnung der Punktezah mit transparenten Auswertungsfolien

Sobald alle Fragen beantwortet sind, sollte der*die Pflegeplaner*in, mithilfe der transparenten Auswertungsfolie (siehe Anhang F), die erreichte Punktezah addieren. Die Auswertung gestaltet sich einfach. Die transparente Auswertungsfolie wird über den ausgefüllten Assessmentbogen gelegt. Es werden die partiellen Punkte der jeweiligen Teile des Assessmentbogens in dem Ergebnisblatt notiert, summiert und schlussendlich auf die dafür vorgegebene Stelle eingetragen.

Weiters hat hier der*die Pflegeplaner*in noch Platz den persönlichen Eindruck der konkreten Situation des*der Angehörigen zu notieren und ob er*sie eine Beratung für hilfreich hält. Dieses Feld ist genauso, wie Teil 7 *Sonstiges*, fakultativ und muss nicht zwingend ausgefüllt sein. Es kann jedoch sehr hilfreich für den*die Sozialarbeiter*in sein, da die Vermutung besteht, dass der*die Pflegeplaner*in die Familiensituation, in der sich der*die pflegende Angehörige befindet, gut kennt.

Nun folgt der Teil aus den Anleitungsblättern, in dem es um die Errechnung der Punktezahl mithilfe der Auswertungsfolie geht:

VORGEHENSWEISE

ERRECHNUNG DER PUNKTZAHL MIT TRANSPARENTEN AUSWERTUNGSFOLIEN

Der Assessmentbogen ist zu dem Zeitpunkt von der/dem pflegenden Angehörigen ausgefüllt worden, d.h. jede Frage hat nun eine Antwortmöglichkeit als Auswahl eingekreist.

1. Nehmen Sie zuerst das Ergebnisblatt zu sich, damit Sie dort alle Eintragungen tätigen können.
2. Nun nehmen Sie die **transparente Auswertungsfolie** zur Hand und **legen diese über den ausgefüllten Assessmentbogen**.

Addieren Sie nun die Punkte des jeweiligen Teilbereiches und notieren Sie das Ergebnis in der nachfolgenden Tabelle (auf Ihrem Ergebnisblatt).

Teilbereiche des Assessmentbogens	Punktezahl
Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung	
Teil 2: Soziale Aktivitäten	
Teil 3: Wohnsituation	
Teil 4: Gesundheitliche Situation	
Teil 5: Pflegesituation	
Teil 6: Ökonomische Verhältnisse	
Teil 7: es handelt sich hierbei um nicht bepunktete persönliche Anmerkungen der befragten Person	

4. Addieren Sie in einem weiteren Schritt die **Summe der einzelnen Bereiche** und **errechnen Sie das Gesamtergebnis**.
 - Notieren Sie es wiederum in der nachstehenden Tabelle (auf Ihrem Ergebnisblatt).
Beachten Sie dabei, dass maximal 24 Punkte erreicht werden können.

Assessmentbogen-Gesamt	Punktezahl
Gesamtsumme	
Teil 1 + Teil 2 + Teil 3 + Teil 4 + Teil 5 + Teil 6 =	

5. Befüllen Sie zuletzt noch kurz Ihren persönlichen Eindruck zur Situation hinsichtlich einer näheren Beratung.
6. Orientieren Sie sich nun an der **grafischen Darstellung hinsichtlich der Punktezah**l und der weiteren Vorgehensweise.

7.2.3 Auswertungsfolie

Die transparente Auswertungsfolie mit der Bepunktung der jeweiligen Fragen ist ein Hilfsmittel, mit dem der*die Pflegeplaner*in ganz einfach den ausgefüllten Assessmentbogen auswerten kann. Die Vorlage für die transparente Auswertungsfolie befindet sich im Anhang F. Im Rahmen der Auswertung des Assessmentbogens ist vorgesehen die Vorlage auf eine transparente Folie auszudrucken. Wie schon im Kapitel 7.2.2 beschrieben, wird die Folie über den ausgefüllten Assessmentbogen gelegt. Die transparente Auswertungsfolie bietet einen guten Einblick in die ausgewählten Antworten im Assessmentbogen. Im Feld der jeweils markierten Antwort befindet sich eine Zahl. So werden die jeweiligen Punkte der einzelnen Teile des Assessmentbogens addiert, die schlussendlich die Gesamtsumme ergeben.

Das Format der Auswertungsfolie wurde auf A3 angepasst. Inhaltlich waren keine Veränderungen notwendig.

7.3 Erprobung des Assessmentbogens in der Praxis

Der Assessmentbogen wurde durch die Pflegeplaner*innen der Volkshilfe Niederösterreich erprobt. Es wurden zehn Pflegeplaner*innen angesprochen, jedoch nahmen insgesamt neun Personen an der Erprobung teil. Jede*r hat fünf Exemplare des Assessmentbogens, eine transparente Auswertungsfolie und ein Exemplar der Anleitungsblätter bekommen. Es ist gelungen, von den 50 möglichen Assessmentbögen, 31 zurück zu erhalten. Es wurde gezählt, wie viele Assessmentbögen pro Pflegeplaner*in mit den pflegenden Angehörigen ausgefüllt wurden. Die Pflegeplaner*innen, die die meisten Bögen ausgearbeitet und retourniert haben (es sollten mindestens drei sein), wurden zu einem telefonischen Interview eingeladen, um unter anderem eine Rückmeldung bezüglich der Assessmentbögen zu erhalten.

Aus den Telefoninterviews und der Gruppendiskussion geht hervor, dass der Assessmentbogen verständlich, übersichtlich, vollständig, gut strukturiert und gut aufgebaut ist (vgl. Interview_A: 5/13-23; Interview_B: 5/16-18, 25-28; Interview_C: 3/21-25, 4/9-11; Interview_D: 3/58-60; Interview_E: 5/102-106; Gruppendiskussion: 7/20-28). Die Pflegeplaner*innen waren mit der Formulierung der jeweiligen Fragen zufrieden und die Antwortkategorien wurden genauso passend wahrgenommen (vgl. Interview_A: 5/24-28; Interview_B: 5/21-24; Interview_C: 3/26-28, 4/7-8; Interview_D: 3/61-64). Zwei Interviewte thematisierten zwei konkrete Fragen, die als unverständlich beschrieben wurden. Aus diesem Grund wurden beide Fragen umformuliert. Mehr zu diesen und anderen Änderungen kann aus Kapitel 7.4 entnommen werden.

Bezüglich der Anleitungsblätter und Auswertungsfolien traten seitens der Pflegeplaner*innen keine Probleme oder Schwierigkeiten auf. Sie wurden ebenfalls als verständlich und gut aufgebaut beschrieben (vgl. Interview_A: 5/31-6/2, 9/7-11; Interview_B: 5/19-20, 5/31-6/4; Interview_C: 4/12-15; Interview_D: 4/66-69; Interview_E: 5/107-111).

7.4 Änderungen auf Basis der Forschung

7.4.1 Assessmentbogen

Der Bogen wurde von „Assessmentbogen zur Erfassung der sozialen Situation pflegender Angehöriger“ zu „Assessmentbogen zur Erfassung der sozialen Situation pflegender und betreuender Angehöriger“ umbenannt, um die Zielgruppe der Angehörigen treffender zu beschreiben. Der Assessmentbogen für die weitere Praxis befindet sich im Anhang A, Teil II. Das Ziel, den Assessmentbogen für die weitere Praxis so gut wie möglich vorzubereiten, wurde durch folgende sechs Änderungen erreicht.

Die erste Änderung betrifft die Grunddatentabelle. Für die praxisrelevante Erprobung wurde unter anderem die erste Zeile in der Tabelle verändert, um die Pflegeplaner*in, die den Assessmentbogen mit dem*der Angehörigen ausgefüllt hat, identifizieren zu können. In der ursprünglichen Fassung wurde in der ersten Zeile nach dem Namen (Erstellt von) und dem Datum (Erstellt am) gefragt. Da in der weiteren Praxis die Durchführung des Assessments mehrmals erfolgen kann (mehr dazu siehe Kapitel 10), wurde die Entscheidung getroffen, zu der ursprünglichen Zeile in der Tabelle zurückzukehren, um auf das Datum des Ausfüllens zurückzugreifen.

Wie schon oben erwähnt, haben zwei Pflegeplaner*innen, nach der Anwendung des Assessmentbogens in der Praxis, zwei konkrete Fragen genannt, die laut ihnen ein Veränderungspotential aufweisen. Nach Pflegeplanerin_C ist eine Veränderung der Frage „Wie ist Ihr psychischer Gesundheitszustand?“ von Vorteil. Als Argument nannte sie das Bedürfnis, seitens der Angehörigen, die Frage lieber positiv beantworten zu wollen, auch wenn dem nicht so ist (vgl. Interview_C: 3/30-4/2). Aufgrund dessen wurde die erste Frage im vierten Teil des Assessmentbogens umformuliert. Somit lautet die neue Frage: „Wie ist Ihre Gefühlslage?“, mit dem Ziel die pflegenden Angehörigen dazu zu animieren, wahrheitsgetreu zu antworten bzw. ihnen durch die spezifischere Frage die Angst zu nehmen. Die drei Antwortmöglichkeiten bleiben jedoch unverändert.

Schwierigkeiten hatten manche Pflegeplaner*innen mit der Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Pflegesituation?“ Sie verweisen hier auf die Doppeldeutigkeit. Einerseits wird die Frage als *Zufriedenheit mit sich selbst* und andererseits als *Zufriedenheit mit dem Zustand der betreuten Person* verstanden (vgl. Interview_E: 4/66-67, 71-75). Diese Anmerkungen führten zu einer neuen Fragestellung, die eine Zweideutigkeit vermeiden soll: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Lebenssituation als pflegende*r Angehörige*r?“ Alle drei Antwortkategorien bleiben auch in diesem Fall unverändert.

Die vierte Änderung bezieht sich auf die Antwortmöglichkeiten. Aufgrund eines Hinweises der Pflegekoordinatorin der Volkshilfe Niederösterreich wurde die neue Version des Assessmentbogens für die weitere Praxis um zwei gelb markierte Felder ergänzt. Die zwei gelben Felder stellen zwei Antwortmöglichkeiten auf zwei Fragen des Assessmentbogens dar. Diesen Fragen sollte, laut der Pflegekoordinatorin, mehr Aufmerksamkeit, Beachtung und eine größere Priorität geschenkt werden. Die erste Frage lautet: „Haben Sie die Möglichkeit, sich bei Bedarf (z. B. in Notsituationen)

jederzeit an jemanden zu wenden, der sofortige Unterstützung bieten kann?“ Die zweite Frage lautet neu: „Wie ist Ihre Gefühlslage?“ Falls der*die pflegende Angehörige auf mindestens eine dieser zwei Fragen mit der gelb markierten Antwort antwortet, sollte ein klarer Hinweis auf die sozialarbeiterische Beratung folgen, ohne auf die erreichten Punkte Rücksicht zu nehmen (vgl. Gruppendiskussion 10/13-29).

Die fünfte Änderung hängt mit der grafischen Darstellung der erreichten Punkte zusammen. Auf der ersten Seite des gefalteten A3-Blattes ist die Tabelle zur Punkterrechnung der einzelnen Teile des Assessmentbogens zu finden. Auf Wunsch der Pflegeplaner*innen wurde die maximal zu erreichende Punktezahl in diese Tabelle hinzugefügt. Es sei für die Pflegeplaner*innen einfacher, den pflegenden und betreuenden Angehörigen die eventuell kritischen Bereiche aufzuzeigen (vgl. Gruppendiskussion: 13/10-16, 31/26-28).

Abbildung 14: Ausschnitt aus dem Ergebnisblatt des Assessmentbogens für die weitere Praxis

Teilbereiche des Assessmentbogens	Max/Erreichende Punktezahl
Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung	7/
Teil 2: Soziale Aktivitäten	6/
Teil 3: Wohnsituation	3/
Teil 4: Gesundheitliche Situation	3/
Teil 5: Pflegesituation	3/
Teil 6: Ökonomische Verhältnisse	2/
Teil 7: es handelt sich hierbei um nicht bepunktbare persönliche Anmerkungen der befragten Person	

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

Die letzte Änderung betrifft ein Hilfsmittel zur Vermittlung der insgesamt erreichten Punktezahl des*der pflegenden Angehörigen. Das Hilfsmittel wird als Lineal bezeichnet und soll eine Ampel mit rotem, orangem und grünem Licht darstellen (siehe Abbildung 15). Es wird in der neuen Version des Assessmentbogens für die weitere Praxis hinzugefügt. Die farbige Achse ist mit Zahlen versehen. Diese beginnt von links nach rechts mit der roten Farbe. Sie wird mit der orangen Farbe weitergeführt und endet mit der grünen Farbe. Die Aufgabe der Pflegefachkraft ist dabei, die erreichte Punktezahl aus dem Ergebnisblatt auf diese Achse, in dem entsprechenden Feld zu markieren. Dabei handelt es sich um die Bedeutung der Punktezahl bzw. unter welchem Ampellicht sich die momentane soziale Situation des*der pflegenden und betreuenden Angehörigen befindet. Das Licht soll für die pflegenden und betreuenden Angehörigen Verständnis für ihre aktuelle Situation mit sich bringen.

Lineal

Abbildung 15: Hilfsmittel zur Vermittlung des Gesamtergebnisses dem*der Angehörige



Quelle: eigene Darstellung

7.4.2 Anleitungsblätter

Nach der Evaluierung des praxisbezogenen Assessmentbogens wurden, Dank des Feedbacks der Pflegeplaner*innen, ein paar Verbesserungen des Assessmentbogens ermöglicht. Daraus ergeben sich auch einige zusammenhängende Veränderungen und Verbesserungen in den Anleitungsblättern. Manche Änderungen entstanden im Rahmen der Weiterentwicklungen im Forschungsprozess. Die vollständig überarbeitete Version der Anleitungsblätter für die weitere Praxis befindet sich im Anhang A, Teil IV und dient als Anleitung für den Assessmentbogen.

Die erste Veränderung betrifft die Grunddatentabelle im Assessmentbogen. Diese führt zu damit verbundenen Änderungen in der Beschreibung des Ausfüllens der Grunddaten in den Anleitungsblättern. Nun lautet sie wie folgt:

Abbildung 16: Ausschnitt aus der Anleitungsblätter für die weitere Praxis

1. Füllen Sie im ersten Schritt das Grunddatenfeld des Assessmentbogens aus:
 - **Erstellt von**
Tragen Sie Ihren Namen ein.
 - **Erstellt am**
Tragen Sie das Datum des Ausfüllens des Assessmentbogens ein.

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

Die zweite Änderung betrifft die Auflistung der erreichten Punkte in der Tabelle auf dem Ergebnisblatt, ebenfalls auf Wunsch der Pflegeplaner*innen (vgl. Gruppendiskussion: 13/10-16, 31/26-28). In der beschriebenen Vorgehensweise zur Errechnung der Punktezahl mit transparenten Auswertungsfolien, kam es zu einer Ergänzung des dritten Punktes, die folgendermaßen lautet: „Addieren Sie nun die Punkte des jeweiligen Teilbereichs und notieren Sie das Ergebnis in der nachfolgenden Tabelle (auf Ihrem Ergebnisblatt) hinter dem Schrägstrich“ (siehe Abbildung 17). Außerdem wurde dieses Procedere um das Hilfsmittel „Lineal“ ergänzt, welches dem*der Angehörigen einem besseren Verständnis der insgesamt erreichten Punktezahl dient. Der neue Punkt fünf lautet demnach:

„Tragen Sie das Gesamtergebnis auf dem Lineal (auf Ihrem Ergebnisblatt) ein, um das Ergebnis dem*der Angehörigen besser vermitteln zu können. Das Lineal stellt eine

Ampel mit rotem, orangem und grünem Licht dar. Hierbei handelt es sich um die Visualisierung der derzeitigen sozialen Situation des*der pflegenden Angehörigen.“

Abbildung 17: Ausschnitt aus dem Ergebnisblatt des Assessmentbogens für die weitere Praxis

Teilbereiche des Assessmentbogens	Max/Erreichende Punktezahl
Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung	7/
Teil 2: Soziale Aktivitäten	6/

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

Die andere Abwandlung hängt mit den oben beschriebenen gelb markierten Feldern/Antwortmöglichkeiten zusammen. Die Pflegefachkraft soll vor der Errechnung der Punkte zuerst prüfen, ob der*die Angehörige in dem Assessmentbogen die erste, gelb markierte Antwortmöglichkeit der Frage drei im ersten Teil *Soziale Kontakte und Unterstützung* und der Frage zwei im vierten Teil *Gesundheitliche Situation* markiert hat. Die grafische Darstellung des Assessmentbogens zeigt dies übersichtlich und verständlich. In den Anleitungsblättern wurde somit ein neuer Abschnitt wie folgt hinzugefügt:

Abbildung 18: Ausschnitt aus den Anleitungsblättern für die weitere Praxis

<p>BESCHREIBUNG</p> <p>ANZAHL DER PUNKTE UND WEITERE VORGEHENSWEISE</p> <p>Gesamtergebnis: Eingekreiste Antwort in dem gelb markierten Feld</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es besteht <u>ein klarer Hinweis auf einen Beratungsbedarf</u>, wobei es unerheblich ist, wieviel Punkte der*die Angehörige insgesamt erreicht hat. 2. Informieren Sie den*die pflegende*n Angehörige*n über das Ergebnis und bieten Sie die Möglichkeit einer näheren Beratung durch eine*n Sozialarbeiter*in an. 3. Nach Abklärung bzw. Zustimmung zu einem Beratungsgespräch nehmen Sie <u>Kontakt mit einem*r Sozialarbeiter*in auf</u>. <ul style="list-style-type: none"> ○ Im nächsten Schritt übermitteln Sie dem*der Sozialarbeiter*in den <u>ausgefüllten Assessmentbogen</u>. ○ Weiters nehmen Sie mit dem*der <u>Sozialarbeiter*in telefonisch Kontakt auf</u>, damit relevante Informationen zur Betreuungssituation kurz besprochen werden können.

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

Ebenso wurde der ursprüngliche Text in diesem Teil *Beschreibung – Anzahl der Punkte und weitere Vorgehensweise* jeweils im Punkt Zwei und Drei beim Gesamtergebnis verändert, sowie die Grafik im Teil *Grafische Darstellung – Errechnete Anzahl der Punkte und weitere Vorgehensweise* (siehe Abbildungen 19 und 20). Im Gegensatz zur

überarbeiteten Version wird in der Version für die weitere Praxis nicht mehr auf die FH St. Pölten verwiesen. In Zukunft wird die FH St. Pölten bei der Anwendung des vorliegenden Instruments keine Rolle spielen. Das Instrument ist für die weitere Praxis ohne FH im Hintergrund vorbereitet und kann in der ersten und zweiten Phase durch Pflegefachkräfte angewendet werden. In der dritten Phase, wenn ein Beratungsgespräch erwünscht ist, sollte ein*e dafür zur Verfügung stehende*r Sozialarbeiter*in kontaktiert werden, um eine sozialarbeiterische Beratung durchzuführen.

Der Text wurde wie folgt verändert:

Abbildung 19: Ausschnitt aus den Anleitungsblättern für die weitere Praxis

Gesamtergebnis 0-16 Punkte

1. Es besteht ein klarer Hinweis auf einen Beratungsbedarf.
2. Informieren Sie die*den pflegende*n Angehörige*n über das Ergebnis mithilfe des Lineals und bieten Sie die Möglichkeit einer näheren Beratung durch eine*n Sozialarbeiter*in an.
3. Nach Abklärung bzw. Zustimmung zu einem Beratungsgespräch nehmen Sie Kontakt mit einem*r Sozialarbeiter*in auf.
 - Im nächsten Schritt übermitteln Sie dem*der Sozialarbeiter*in den ausgefüllten Assessmentbogen.
 - Weiters nehmen Sie mit dem*der Sozialarbeiter*in telefonisch Kontakt auf, damit relevante Informationen zur Betreuungssituation kurz besprochen werden können.

Gesamtergebnis 17-19 Punkte

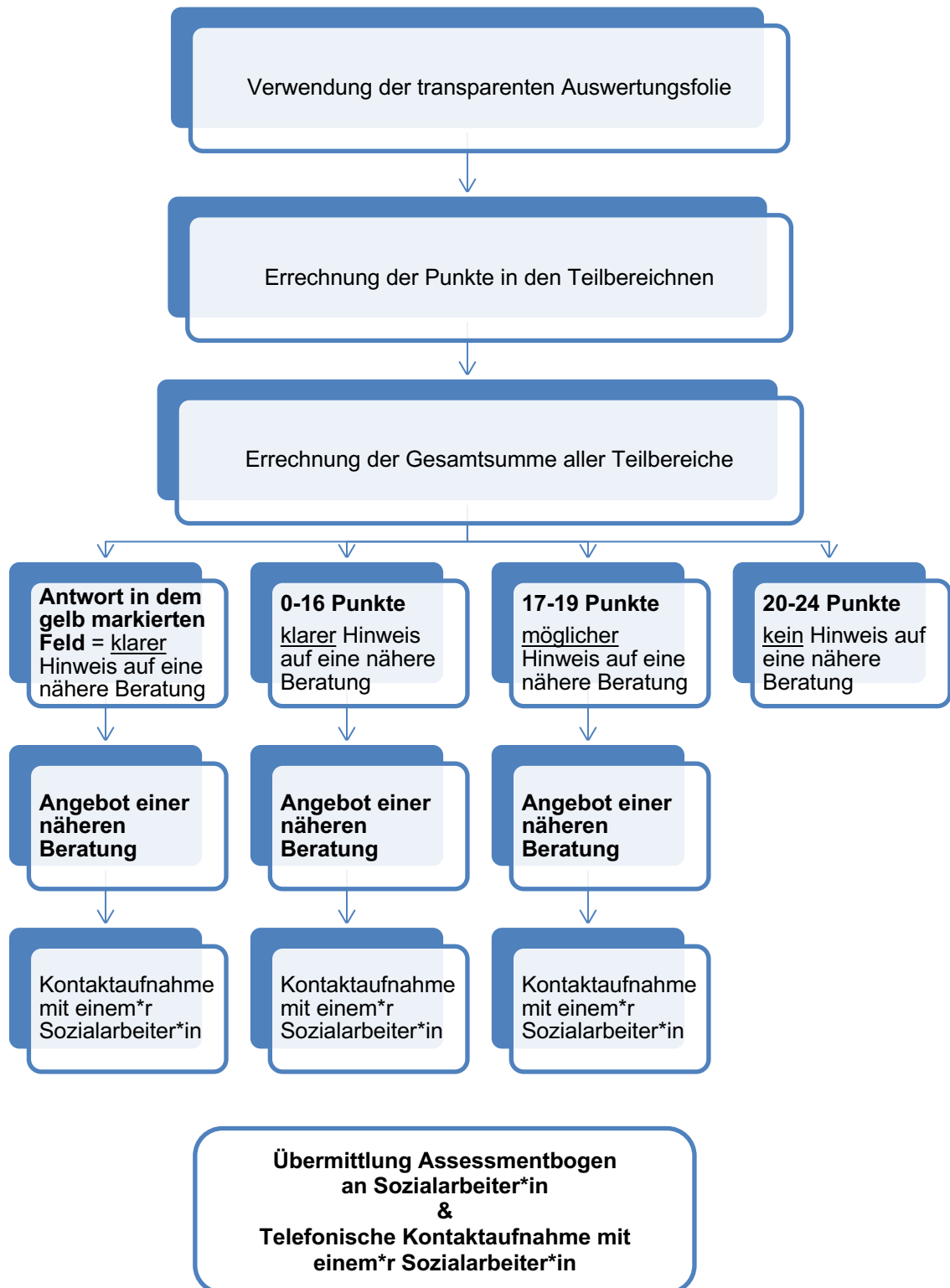
1. Es besteht ein möglicher Hinweis auf eine nähere Beratung.
2. Informieren Sie die*den pflegende*n Angehörige*n über das Ergebnis mithilfe des Lineals und bieten Sie die Möglichkeit einer näheren Beratung durch eine*n Sozialarbeiter*in an.
3. Nach Abklärung bzw. Zustimmung zu einem Beratungsgespräch nehmen Sie Kontakt mit einem*r Sozialarbeiter*in auf.
 - Im nächsten Schritt übermitteln Sie dem*der Sozialarbeiter*in den ausgefüllten Assessmentbogen.
 - Weiters nehmen Sie mit dem*der Sozialarbeiter*in telefonisch Kontakt auf, damit relevante Informationen zur Betreuungssituation kurz besprochen werden können.

Quelle: eigene Darstellung von Bauer / Gebetsberger / Ikhardtova

Die Grafik in den Anleitungsblättern wurde wie folgt geändert:

Abbildung 20: Ausschnitt aus den Anleitungsblättern für die weitere Praxis

GRAFISCHE DARSTELLUNG ERRECHNETE ANZAHL DER PUNKTE & WEITERE VORGEHENSWEISE



Quelle: eigene Darstellung

Um die Seitenzahl in der Handreichung so gut wie möglich zu optimieren, wurde die Grafik im Assessmentbogen aus der Handreichung (Anhang A, Teil IV) entfernt. Die Darstellung wäre jedoch grundsätzlich in den Anleitungsblättern vorgesehen.

7.4.3 Auswertungsfolie

Wie schon im Kapitel 7.3 *Erprobung des Assessmentbogens in der Praxis* erwähnt, haben die Pflegeplaner*innen mit der Auswertungsfolie und mit ihrer Anwendung keine Schwierigkeiten gehabt. Das Format der Auswertungsfolie für die weitere Praxis wurde auf A3 angepasst. Es wurden keine Veränderungen benötigt (siehe Anhang A, Teil III).

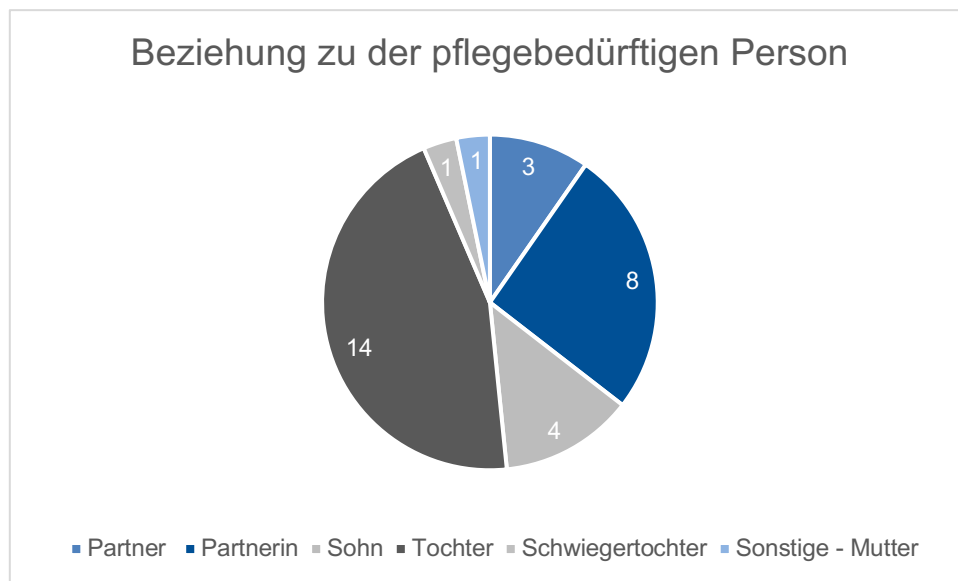
7.5 Quantitativ-deskriptive Auswertung der Daten aus der angewendeten Version des Assessmentbogens

Wie bereits in den einleitenden Bemerkungen dieses Kapitels angeführt ist es gelungen, mithilfe der Pflegeplaner*innen der Volkshilfe Niederösterreich 31 Assessmentbögen zurückzuerhalten. Die pflegenden und betreuenden Angehörigen, die an der Erprobung des Assessmentbogens zur Erfassung der sozialen Situation pflegender Angehöriger teilgenommen haben, waren in 24 Fällen (77,4 %) weiblich und in sieben Fällen (22,6 %) männlich.

Aktuell bildet der Anteil der in der Pflege involvierten Angehörigen österreichweit rund Dreiviertel Frauen und etwa ein Viertel Männer (vgl. Nagl-Cupal et al. 2018: 44), wobei der Frauenanteil im Jahr 2005 laut Pochobradsky et al. bei 79 % lag (vgl. Pochobradsky et al. 2005: 11). Auffällig ist, dass die Stichprobe der im Rahmen des Projektes durchgeführten Erhebung ziemlich genau dem österreichweiten Durchschnitt entspricht.

Das Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen, die an unserer Erprobung teilgenommen haben, lag bei 63,73 Jahren. Die Altersspanne zog sich von 40 bis 85 Jahre. Die folgende Abbildung (Abbildung 21) stellt die Beziehungen zwischen den pflegenden Angehörigen und den pflegebedürftigen Personen dar.

Abbildung 21: Beziehung zu der pflegebedürftigen Person



Quelle: eigene Darstellung

Es ist klar ersichtlich, dass der Anteil an pflegenden Töchtern mit einer Zahl von 14 Personen dominiert. Danach folgen die Partner*innen. Drei davon sind männlich und acht weiblich. Die verbleibenden Angehörigen stellen vier Söhne, eine Schwiegertochter und einmal fungiert die Mutter (Kategorie Sonstige) als pflegende Person.

Die pflegebedürftige Person war in 18 Fällen weiblich und in 13 Fällen männlich. Das durchschnittliche Alter der pflegebedürftigen Personen lag bei 80,65 Jahre, wobei die Altersspanne zwischen 30 und 96 lag.

Ziel des Assessmentbogens war es zu erkennen, ob der*die pflegende und betreuende Angehörige eine sozialarbeiterische Beratung benötigt oder nicht. Von 31 pflegenden und betreuenden Angehörigen wäre die Beratung laut Punkteergebnis für elf Personen relevant, für 14 Personen wäre keine Beratung notwendig und sechs Personen würden in die Kategorie *Grenzfall* eingeordnet werden. Von allen Angehörigen, die teilgenommen haben, haben sich nur zwei Angehörige für die Beratung entschieden (mehr dazu im Kapitel 9.4).

Um alle angegebenen Daten in den Assessmentbögen evaluieren zu können, wurden zwei Tabellen erstellt (siehe Anhang H). Auf jede Frage in dem Assessmentbogen hatte der*die Angehörige meist drei Antwortmöglichkeiten in jeweils drei Spalten zur Verfügung (siehe überarbeitete Version des Assessmentbogens im Anhang E). Die Antwort in der ersten Spalte (ersetzt durch den Buchstaben „a“) ist immer diejenige, die null Punkte bringt und ist demnach die negativste. Die Antwort in der zweiten Spalte (ersetzt durch den Buchstaben „b“) ist jene, die meist einen Punkt bedeutet und sozusagen der mittlere Weg ist. Die Antwort in der letzten Spalte (ersetzt durch den Buchstaben „c“) ist die, die immer einen Punkt bedeutet und ist sozusagen die beste Möglichkeit, die der*die Angehörige auswählen konnte. Gemäß der erreichten Punktzahl konnte der*die Angehörige drei verschiedene Empfehlungsmöglichkeiten bezüglich einer näheren sozialarbeiterischen Beratung erhalten.

Um eine detailliertere Auswertung erstellen zu können, wurden die gesammelten Daten nach identifizierten gemeinsamen Belastungsmerkmalen der pflegenden und betreuenden Angehörigen, nach dem Beratungsfall und nach den jeweiligen erfragten Teilen des Assessmentbogens evaluiert. Darauf wird im Folgenden näher eingegangen.

7.5.1 Auswertung nach identifizierten gemeinsamen Belastungsmerkmalen

Pflegende und betreuende Angehörige sind durch Pflege, Betreuung und damit zusammenhängende Tätigkeiten, die sie täglich ausüben, belastet. Dies lässt sich auch mithilfe von mehreren Studien bestätigen (vgl. Nagl-Cupal et al. 2018: 77ff; Pochobradsky et al. 2005: 42ff; Lützenkirchen et al. 2014: 59-67; Simon 2011: 433-435; Berkman et al. 2006: 339ff).

Aus der erhobenen Erprobung des Assessmentbogens in der Praxis lassen sich sieben gemeinsame Belastungsmerkmale der pflegenden und betreuenden Angehörigen eruieren. Die größten Belastungen kommen im Teil *Soziale Aktivitäten* des Assessmentbogens, welcher sechs Fragen beinhaltet, zum Vorschein. Auffällig in diesem Zusammenhang ist, dass vier Fragen aus diesem Teil höhere bzw. die höchste Zahlenrate aus dem ganzen Assessmentbogen erreichen. Konkret bedeutet das, dass insgesamt 23 Personen (von 31) mit ihrer Lebensgestaltung als pflegende Angehörige nicht zufrieden sind. Ebenso fühlen sich 24 Angehörige durch die Pflege in ihrem Alltag und den Aufgaben des täglichen Lebens eingeschränkt. 26 pflegende und betreuende Angehörige sind auch in ihrer Freizeit mit der Pflege beschäftigt und 14 Angehörige haben seit Beginn der Pflege ihre Hobbies und Interessen aufgegeben oder verloren.

Daraus lässt sich schließen, dass die Angehörigen ihre eigenen Bedürfnisse aufgrund der Pflege vernachlässigen bzw. nicht wahrnehmen können. Weiters kann gesagt werden, dass Angehörige Zeit für sich benötigen, um ihre eigenen Wünsche und Anliegen einerseits wahrnehmen und sie andererseits auch umsetzen zu können. Die Beschäftigung mit ihren eigenen Hobbies könnte als Pause von der Pflege dienen, um neue Kraft und Energie für die weitere Pflege und Betreuung zu tanken. Ähnlich sieht es Wilz nach Lützenkirchen et al., wenn sie sagt:

„Damit pflegende Angehörige langfristig pflegefähig bleiben, müssen sie in ihrer eigenen Bedürfniswahrnehmung und -befriedigung unterstützt werden. Angehörige finden es oft schwierig, andere Personen über die Pflegesituation und die damit verbundenen Schwierigkeiten zu informieren und um Hilfe zu bitten. [...] Daher muss es ein vordringliches Ziel von Angehörigenberatung sein, dass pflegende Angehörige Problemlagen wahrnehmen, benennen, Hilfeanliegen formulieren und lernen, Hilfe anzunehmen“ (Wilz 2002: 185 zit. n. Lützenkirchen et al. 2014: 44).

Aus den Erkenntnissen der Erhebung lässt sich ableiten, dass die Bedürfnisse, Interessen, Probleme und das Wohlbefinden der Angehörigen in den Beratungsgesprächen näher thematisiert werden sollten.

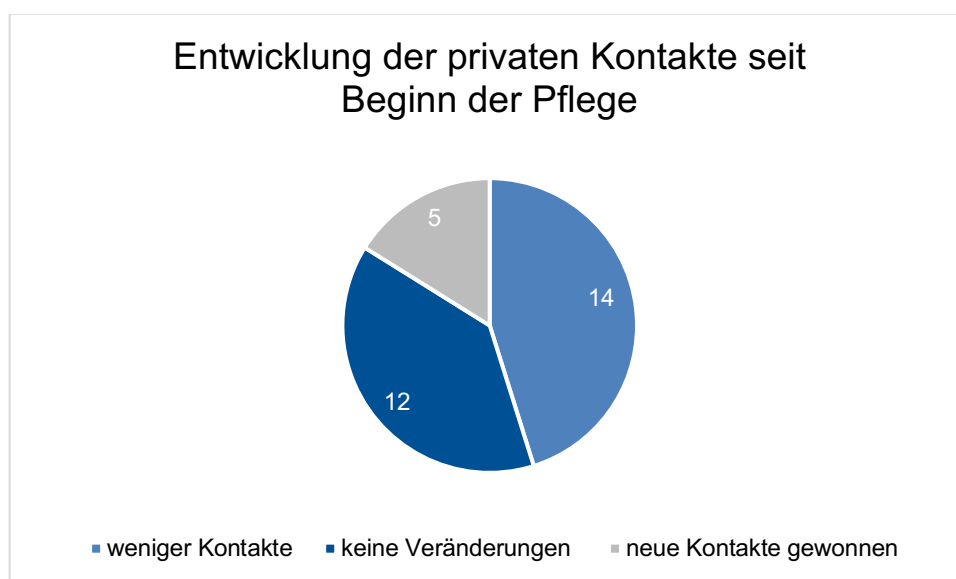
Eng mit dem Teil des Assessmentbogens *Soziale Aktivitäten* ist der Teil *Soziale Kontakte und Unterstützung* verbunden. Hier lässt sich ein weiteres gemeinsames Belastungsmerkmal der Stichprobe der Angehörigen erkennen. Dieses zeigt auf, dass

14 Angehörige seit Beginn der Pflege weniger private Kontakte haben (siehe Abbildung 22). Obwohl die Mehrheit keine Veränderungen bzw. neue Kontakte seit Beginn der Pflege dazu gewonnen hat, ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass durch zu geringen Kontakt zu anderen Personen Probleme entstehen können.

Eines dieser Probleme kann konkret darin bestehen, dass das soziale Netz gerade durch die Pflegesituation bedroht und eingeschränkt wird. Für die Ausübung der Pflege durch Angehörige sind die Tragfähigkeit des sozialen Netzwerks, der Grad der sozialen Einbindung und die Verfügbarkeit von sozialem Rückhalt maßgeblich (vgl. Koppelin 2008: 197 zit. n. Lützenkirchen et al. 2014: 43).

Der Nutzen von tragfähigen Kontakten ist die mögliche Hilfe und Unterstützung für Angehörige im Fall einer Krise, einer unerwarteten Situation oder einem Notfall.

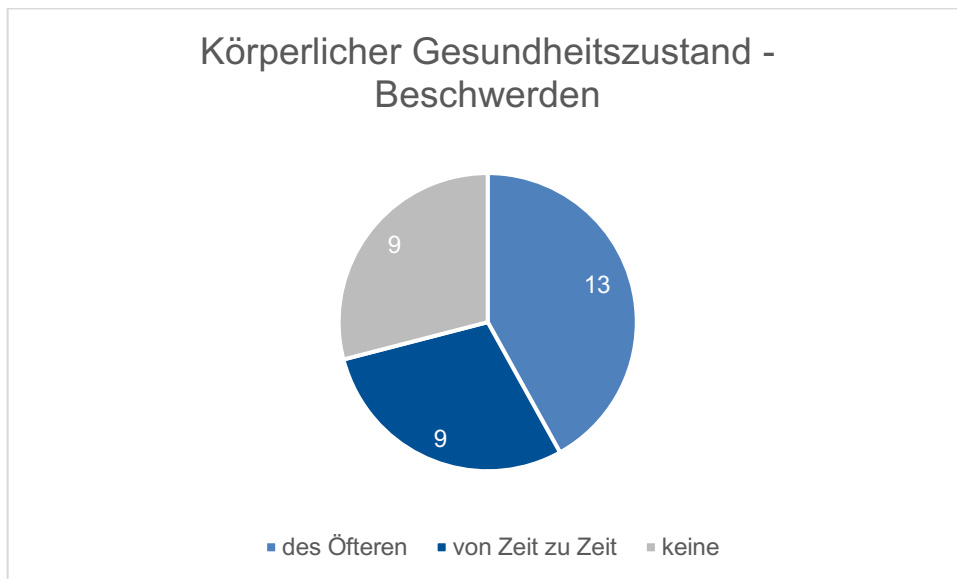
Abbildung 22: Entwicklung der privaten Kontakte seit Beginn der Pflege



Quelle: eigene Darstellung

Zwei weitere gemeinsame Belastungsmerkmale der ganzen Stichprobe der Angehörigen lassen sich im Teil *Gesundheitliche Situation* des Assessmentbogens erkennen und sind in den Abbildungen 23 und 24 abgebildet.

Abbildung 23: Körperlicher Gesundheitszustand – Beschwerden



Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 24: Psychischer Gesundheitszustand



Quelle: eigene Darstellung

Aus den Abbildungen 23 und 24 ist ersichtlich, dass der Großteil der Angehörigen körperliche sowie psychische Beschwerden aufweist. Das bedeutet, dass die Pflege erwiesenermaßen Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation der Angehörigen hat. Es kann sowohl aus mehreren Studien als auch aus den hier gewonnenen Erkenntnissen herausgefiltert werden, dass Pflege stärkere Auswirkungen auf die psychische Gesundheit als auf die physische hat (vgl. Simon 2011: 434; Berkman et al. 2006: 340). Obwohl im Assessmentbogen nicht nach konkreten Gesundheitsproblemen gefragt wurde, ist das Risiko einer Depression und möglicher Schlafstörungen bei den pflegenden Angehörigen relativ hoch (vgl. Simon 2011: 434).

Stress entwickelt jedoch entweder Sorgen bzw. Beschwerden oder hat eine positive Adaptation auf die ausgetandene Situation zur Folge. Wie sich Stress auswirkt, hängt von der Fähigkeit des*der Angehörigen ab, eigene soziale oder psychosoziale Ressourcen zu mobilisieren. Diese Fähigkeit kann dazu führen, dass die Auswirkungen der Stressfaktoren abgeschwächt werden (vgl. Berkman et al. 2006: 341). Besonders Angehörige, die die Stressfaktoren nicht bewältigen können, benötigen eine sozialarbeiterische Beratung und Unterstützung. Dies ist andererseits auch von genügend sozialen Kontakten und Aktivitäten abhängig. Sind alle diese Elemente (Gesundheit, soziale Kontakte und Aktivitäten) langfristig vernachlässigt, kann es für Angehörige gravierende Folgen haben, auf die später näher eingegangen wird.

Aus den oben genannten Erkenntnissen kann weiters entnommen werden, dass die sozialen, aber auch die gesundheitlichen Belastungsmerkmale zu den Kernbelastungen der Stichprobe der Angehörigen gehören. Die finanziellen Belastungen der Befragten wurden nicht bestätigt, die vermutlich mit den angeführten Gründen der Pflegeplaner*innen zusammenhängen (siehe Absatz über Ökonomische Verhältnisse im Kapitel 7.5.3). Nach Simon ertragen die pflegenden und betreuenden Angehörigen die gesundheitlichen, sozialen und finanziellen Konsequenzen der Pflege, die sich in der Realität untereinander beeinflussen. Simon illustriert es mit einem treffenden Beispiel, indem er betont, dass die finanziellen Belastungen die Einschränkungen der sozialen Aktivitäten zur Folge haben können. Einschränkungen der sozialen Netzwerke führen zu psychischen Problemen, Depression zur Selbstvernachlässigung und somit schlussendlich zu physischen Beschwerden (vgl. Simon 2011: 433-434).

Ähnlich sehen Lützenkirchen et al. (2014) die Belastungen der Pflege. Sie betrachten die Pflege, die Monate bis Jahre dauern kann, als eine chronische Belastungssituation für Angehörige. Die psychosozialen und gesundheitlichen Aufwände im häuslichen Setting würden Angehörigen am meisten abverlangen (vgl. Lützenkirchen et al. 2014: 30).

Die amerikanische Studie Caregiving in the U.S. (2015) und Berkman et al. (2006) verweisen vor allem auf psychische Belastungen der pflegenden und betreuenden Angehörigen, obwohl sie auch physische und finanzielle Belastungen nennen (vgl. NAC 2015: 50-55; Berkman et al. 2006: 340-343).

Auf alle Fälle ist die Pflege eine anstrengende Tätigkeit, die einige Aufwendungen mit sich bringt. Allerdings ist es möglich die Pflege gut zu bewältigen. Sie kann auch positive Aspekte, wie z. B.: Persönlichkeitsentwicklung, Selbstwert, nähere Beziehungen mit der Familie und Freunden, Befriedigungsgefühl oder Freude an der erbrachten Leistung, einen erneuten Blick auf den Sinn des Lebens u. a., beitragen (vgl. Lützenkirchen et al. 2014: 32; Berkman et al. 2006: 340).

Schlussendlich kann gesagt werden, dass die Erkennung, Benennung und die gezielte Erfüllung der eigenen Bedürfnisse der Angehörigen für ihr Wohlergehen eine große Rolle spielen. Diese Feststellungen, die sich aus den identifizierenden Belastungen ergeben, sollten sorgfältig in den Beratungsgesprächen mit den Angehörigen thematisiert werden.

7.5.2 Auswertung nach Beratungsfall

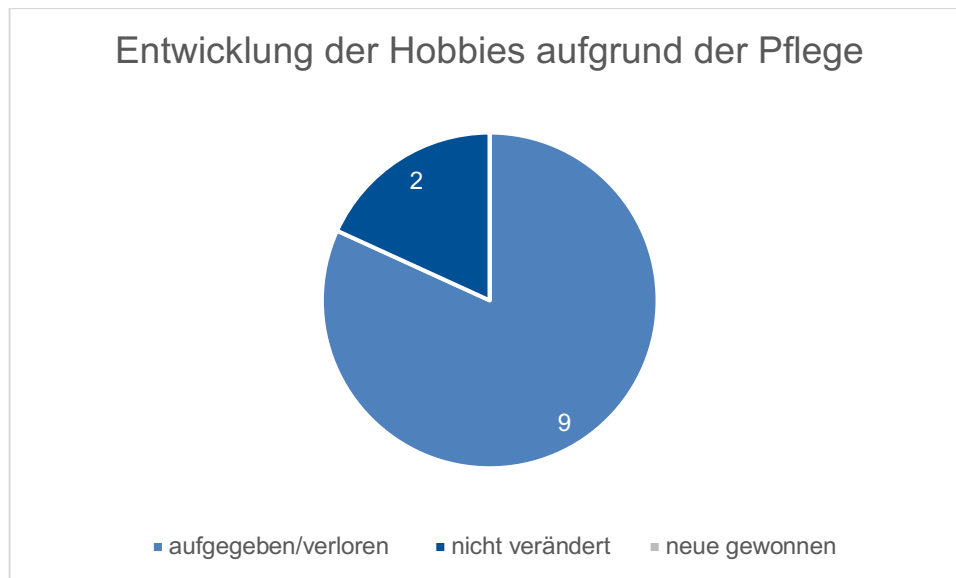
Der*die Angehörige konnte laut Punkteergebnis drei verschiedene Empfehlungsmöglichkeiten bezüglich einer möglichen sozialarbeiterischen Beratung bekommen. Im Fall, dass der*die Angehörige insgesamt 0 - 16 Punkte für seine*ihre Antworten erreicht hat, bestand ein klarer Hinweis auf den Bedarf einer näheren sozialarbeiterischen Beratung. Laut der erreichten Punkteanzahl befanden sich insgesamt elf Angehörige in der Position eine Beratung in Anspruch nehmen zu können, jedoch entschieden sich nur zwei dafür (mehr zu den Ablehnungsgründen siehe Kapitel 8.3.5 und konkreter zu den zwei Beratungsgesprächen siehe Kapitel 9.4).

Fälle mit Hinweisen für eine sozialarbeiterische Beratung

Auffallend ist, dass der überwiegende Anteil der Personen, für die eine nähere sozialarbeiterische Beratung empfehlenswert ist, seit Beginn der Pflege weniger Kontakte haben. Beinahe genauso viele Angehörige gaben an, dass sie Hobbies und Interessen aufgrund der Pflege aufgegeben bzw. verloren haben (siehe Abbildung 25) und sich auch in ihrer Freizeit mit der Pflege beschäftigen. Die Mehrheit der Angehörigen erwähnt ebenso das Gefühl einer eingeschränkten Zufriedenheit mit der Lebensgestaltung. Dies weist daraufhin, dass diese Gruppe der Angehörigen die größten Belastungen in den sozialen Aktivitäten und Kontakten haben. Bezüglich des Verlusts der sozialen Kontakte und Aktivitäten sind diese Personen von sozialer Isolation betroffen. Dies könnte im Verlauf zu psychischen Problemen (z. B. Depression) führen. Außerdem wird in der Stichprobe die problembehaftete gesundheitliche Situation aufgezeigt. Auf der einen Seite weisen neun (von elf) Personen des Öfteren körperliche Beschwerden auf. Auf der anderen Seite fühlen sich sechs Personen meistens gestresst, überfordert und erschöpft, was den psychischen Gesundheitszustand beschreibt. Im Worst Case Szenario könnte dies bis zur vollständigen Pflegeunfähigkeit seitens des*der Angehörigen führen.

Alle oben genannten Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die Gruppe aus dem Beratungsfall *Beratung* die sozialarbeiterische Beratung am meisten bräuchte.

Abbildung 25: Entwicklung der Hobbies aufgrund der Pflege



Quelle: eigene Darstellung

Grenzfälle

Wenn der*die Angehörige insgesamt 17 - 19 Punkte erreicht hat, bestand ein möglicher Hinweis auf eine nähere sozialarbeiterische Beratung und sein*ihrer Assessmentbogen wurde der Kategorie *Grenzfall* zugeordnet. In diesem Fall ist eine persönliche Einschätzung des*der Pflegeplaner*in sehr wichtig. Zwischen den Pflegeplaner*innen und den Angehörigen besteht meistens ein gewisses Vertrauen, welches in der Gruppendiskussion und während der Telefoninterviews bestätigt wurde (vgl. Gruppendiskussion: 5/24-26, 19/13-15; Interview_A: 2/27-29; Interview_B: 3/14-27; Interview_D: 5/104-106). Aus diesem Grund kann in einem Grenzfall der Eindruck der Pflegeplaner*innen hinsichtlich einer sozialarbeiterischen Beratung ausschlaggebend sein. Eine Pflegeplanerin äußerte direkt in der Gruppendiskussion, dass sie darüber nachgedacht hat, ob die Angehörigen Hilfe bräuchten und ob es etwas für sie wäre (vgl. Gruppendiskussion: 6/11-12). Die Entscheidung für oder gegen eine sozialarbeiterische Beratung bleibt letztendlich jedoch bei den Angehörigen.

20 von insgesamt 31 Pflegeplaner*innen haben auf dem Ergebnisblatt des Assessmentbogens auch ihre persönlichen Eindrücke vermerkt. Positive Überraschung seitens der Angehörigen herrschte darüber, dass überhaupt Interesse an ihnen bzw. ihrer Situation besteht. Die persönlichen Eindrücke der Pflegeplaner*innen, die auf dem Ergebnisblatt des Assessmentbogens festgehalten wurden, waren relevante Informationen für eventuelle sozialarbeiterische Beratungen, Beobachtungen der Pflegeplaner*innen und zutreffende Beschreibungen der Situation in der Familie, die der Punkteanzahl entsprochen haben. Daraus ergibt sich, dass die Pflegesituation und die Schwierigkeiten für die Angehörigen den Pflegeplaner*innen bekannt sind. Ihre Informationen hinsichtlich einer möglichen sozialarbeiterischen Beratung können für die Sozialarbeiter*innen nützlich sein.

Im Vergleich zu der Gruppe der Angehörigen, die in die Ergebniskategorie *Beratung* eingeordnet wurden, haben die Angehörigen im *Grenzfall* mehrere unterstützende Personen in der Pflege zur Verfügung. Bezüglich der Kontakte seit dem Beginn der Pflege, haben Angehörige, die als *Grenzfall* eingeordnet wurden, genauso wenige Kontakte und keine Veränderungen angeführt. Die Gruppe, die eine Beratung bräuchte gab jedoch an weniger Kontakte als vor der Pflege zu haben.

Ein maßgeblich anderes Bild ergab sich bei jenen, die keine Beratung benötigen. Der Großteil dieser pflegenden Angehörigen hat im Gegensatz zum *Grenzfall* entweder keine Veränderungen bemerkt oder neue Kontakte dazu gewonnen. Betreffend des Gesundheitszustandes waren die Antworten der Personen im *Grenzfall*, im Vergleich zu den Angehörigen im Beratungsfall *Beratung*, deutlich besser. Im Vergleich zu den Personen, die keine Beratung bräuchten, jedoch eher schlechter (siehe Anhang H). Eine Schlussfolgerung, die sich in jedem Beratungsfall bestätigen lässt, lautet, dass die Gruppe in einem gemeinsamen Beratungsfall größtenteils zu einer gemeinsamen Antwortmöglichkeit tendiert. Genauso war es bei der Gruppe *Grenzfall*. Diese Angehörigen tendierten zu der mittleren Antwortmöglichkeit.

Die außenstehende Person muss nicht auf den ersten Blick alle Belastungen bzw. Probleme entdecken. Aus diesem Grund kann hier der persönliche Eindruck des*der Pflegeplaner*in in der weiteren Praxis der Anwendung des ganzen Modells, hinsichtlich der möglichen sozialarbeiterischen Beratung, hilfreich bzw. ausschlaggebend sein.

An dieser Stelle werden noch einige bemerkenswerte Erkenntnisse aus den gesammelten Angaben erwähnt.

Sieben pflegende und betreuende Angehörige (22 %) können sich eine tageweise Pflege seitens fremder Personen oder Institutionen nicht vorstellen, obwohl diesen Personen, ihren Antworten in den Assessmentbögen folgend, mehrere Unterstützende zur Verfügung stehen. Diese Antwort wurde von drei Personen aus den Kategorien *Beratung* und *Grenzfall*, und einer Person aus der Kategorie *keine Beratung* angeführt.

Zwei Angehörige aus der Kategorie *Grenzfall* und eine Person aus der Kategorie *keine Beratung*, haben jemanden, an den*die sie sich in Notsituationen wenden können. Diese Möglichkeit nehmen sie jedoch nicht in Anspruch. Dieses Handeln weist auf die enorme Belastung, gekoppelt mit Ängsten, Sorgen und Verantwortung der Angehörigen, hin. Ängste, Sorgen und Verantwortung stehen in enger Verbindung mit der Pflege und Betreuung und stellen besonders belastende Problemlagen dar. Die Angehörigen fühlen sich für die zu pflegende Person zuständig. Das Alleinlassen mit jemand Fremden kann zur Sorge in Bezug auf das Wohlbefinden des*der Pflegebedürftigen führen (vgl. Lützenkirchen et al. 2014: 66f). Dies deutet auf eine gewisse psychische Belastung hin, weshalb eine sozialarbeiterische Beratung von Vorteil wäre.

Fälle ohne Hinweise für eine sozialarbeiterische Beratung

Deutlich über zwei Drittel (71 – 86 %) der pflegenden und betreuenden Angehörigen (ein Beispiel siehe Abbildung 26 auf Seite 50), der insgesamt 14 Personen, die gemäß erreichter Punktezahl der Kategorie *keine Beratung* zuzuordnen waren, wiesen in vier

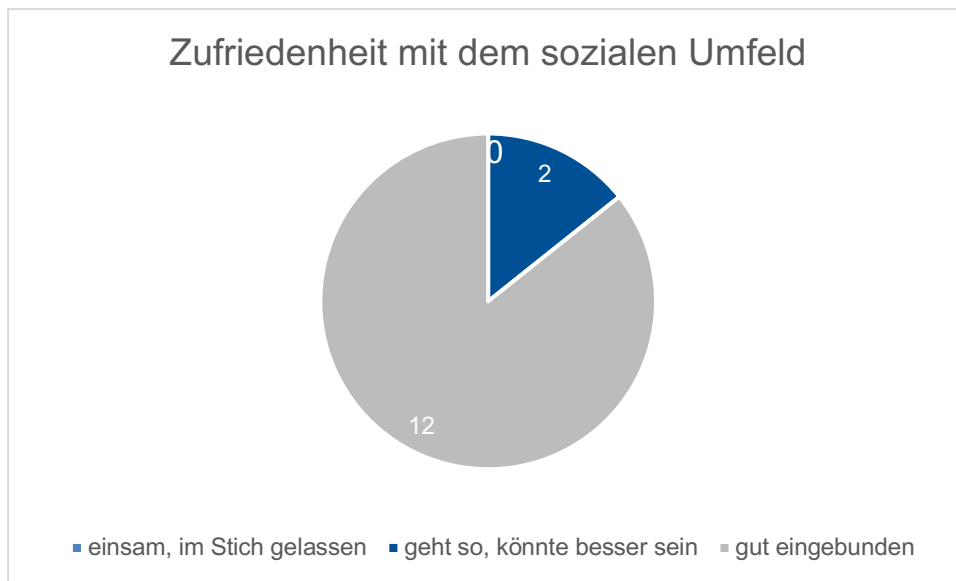
Teilbereichen des Assessmentbogens Zufriedenheit auf. Konkret war also eine satte Mehrheit der Angehörigen dieser Subgruppe mit *Sozialen Kontakten und Unterstützung*, mit der *Wohnsituation*, mit der *Pflegesituation* und mit den *Ökonomischen Verhältnissen* einverstanden. Was die zwei verbleibenden Teile des Assessmentbogens – *Soziale Aktivitäten* und *Gesundheitliche Situation* – anlangt, zeigten sich jeweils 50 % der Angehörigen zufrieden.

Diese Angehörigengruppe weist auch einen hohen Zustimmungswert für die jeweils dritte Antwortmöglichkeit aller Fragen im Assessmentbogen auf. Daraus lässt sich schließen, je mehr Punkte erreicht wurden, desto größer ist die Zufriedenheit bzw. die Identifizierung mit den Aufgaben oder der Position der Angehörigen.

Demgegenüber weisen nicht weniger als acht Personen aus der Gesamtstichprobe (also jener pflegenden Angehörigen, die einen Assessmentbogen ausgefüllt haben) jeweils die Belastungsmerkmale Stress, Überforderung und Erschöpfung auf. Sieben davon qualifizierten sich gemäß Gesamtscore im Assessmentbogen entweder für die Kategorie *Beratung* (6) oder *Grenzfall* (1). Die achte Person jedoch erzielte insgesamt 21 Punkte und wurde daher - also trotz der Belastungsmerkmale Stress, Überforderung und Erschöpfung - der Kategorie *keine Beratung* zugeordnet.

Aus dem erhobenen Datenmaterial geht ebenfalls hervor, dass sechs Angehörige (fast 20 %) bei Bedarf keine Unterstützung durch Andere haben. Fünfmal wurde diese Antwortmöglichkeit im Ergebnisfall *Beratung* und einmal beim Beratungsfall *Grenzfall* eingekreist. Diese Angaben aus den Assessmentbögen bestätigen die Entscheidung für die Änderungen in der neuesten Version des Assessmentbogens für die weitere Praxis, auf die die Pflegekoordinatorin der Volkshilfe aufmerksam gemacht hat (vgl. Gruppendiskussion 10/13-29). **Dies führt zu der Annahme, dass das sozialarbeiterische Angebot für diejenigen, die sich oft gestresst, überfordert und erschöpft fühlen und keine sofortige Unterstützung zur Verfügung haben, eine bessere Option wäre als die Vernachlässigung oder Unterschätzung der eigenen belastenden Situation. Daraus ergibt sich, dass die Punkteanzahl nicht immer für eine mögliche sozialarbeiterische Beratung ausschlaggebend ist.**

Abbildung 26: Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld



Quelle: eigene Darstellung

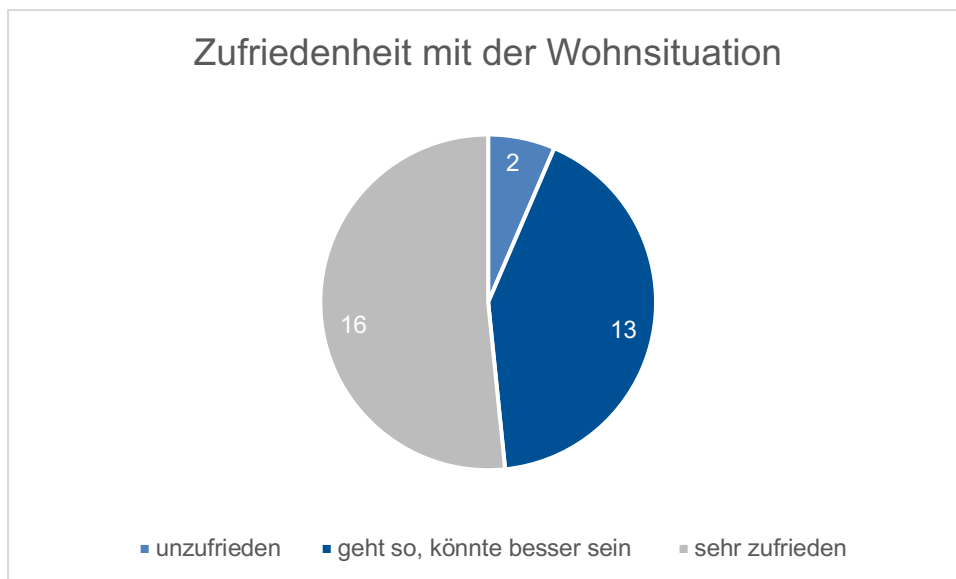
7.5.3 Auswertung nach gewählten Teilen des Assessmentbogens

In diesem Subkapitel werden die Daten nach den Teilen des Assessmentbogens, die noch nicht näher erläutern wurden, quantitativ-deskriptiv evaluiert.

Im Teil *Wohnsituation* gaben jeweils 20 Angehörige an, dass sowohl Zugangsbarrieren in die Wohnung/das Haus als auch Hindernisse direkt in der Wohnung/dem Haus, in der/dem die Pflege geleistet wird, vorhanden sind. Abbildung 27 verdeutlicht, dass nur zwei Angehörige nicht mit ihrer Wohnsituation zufrieden sind. 13 Personen dagegen gaben an, dass die aktuelle Situation tragbar ist, eine Verbesserung jedoch nicht auszuschließen ist. 16 Angehörige sind mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden. Daraus ergibt sich folgende Schlussfolgerung:

Die Barrieren und Hindernisse zu der Wohnung/dem Haus sowie im Wohnkomplex beeinflussen jedoch nicht die individuelle Zufriedenheit mit der Wohnsituation.

Abbildung 27: Zufriedenheit mit der Wohnsituation

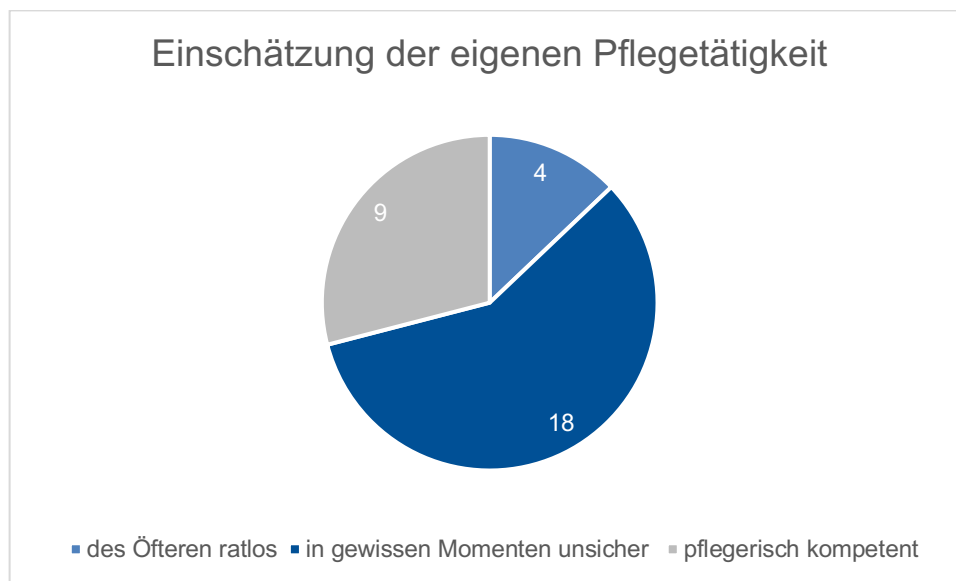


Quelle: eigene Darstellung

Gesundheitliche Situation ist der vierte Teil des Assessmentbogens. Darin wird nach den Auswirkungen der Pflege auf den Gesundheitszustand der Angehörigen gefragt. Dem Gesundheitszustand sind auch Nagl-Cupal et al. in ihrer Studie *Angehörigenpflege in Österreich* nachgegangen. Die Stichprobe von Nagl-Cupal war um 85 mal größer und die Fragen etwas anders als in dieser Forschung. Trotzdem hat die Aussage für diese Arbeit Relevanz. Laut Nagl-Cupal gaben 37 % der befragten pflegenden Angehörigen einen guten Gesundheitszustand an. 11 % meinten, einen sehr guten Gesundheitszustand zu haben (vgl. Nagl-Cupal et al. 2018: 48). Bei der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 der Statistik Austria haben 80,6 % der Befragten ihren Gesundheitszustand als zumindest gut bewertet (vgl. Statistik Austria 2016: 15). Aus den Erkenntnissen von Nagl-Cupal et al. und jenen dieser Arbeit, die in den Abbildungen 23 und 24 auf Seite 44 dargestellt sind, ist zu entnehmen, dass die pflegenden und betreuenden Angehörigen subjektiv einen schlechteren Gesundheitszustand im Vergleich zur Gesamtbevölkerung aufweisen (vgl. Nagl-Cupal et al. 2018: 49).

Im fünften Teil des Assessmentbogens *Pflegesituation* ist interessant, dass die Mehrheit aller Antworten in diesem Teil mit der mittleren Antwortmöglichkeit beantwortet wurde. Der Großteil der pflegenden Angehörigen ist sich in gewissen Momenten mit der eigenen Pflegetätigkeit unsicher (siehe Abbildung 28). Der Großteil zeigt ebenso manchmal Schwierigkeiten beim Umgang mit der Pflegebedürftigkeit der zu pflegenden Person. Dies führt zu der These, dass sich die Angehörigen noch nicht lange in der pflegenden Rolle befinden, mit der Pflegesituation nicht vollkommen vertraut sind oder diese eine gewisse Belastung darstellt. Die Dauer der Pflegetätigkeit wurde im Assessmentbogen nicht erfragt, was man in Zukunft vielleicht machen sollte.

Abbildung 28: Einschätzung der eigenen Pflegefähigkeit



Quelle: eigene Darstellung

Wie schon im Kapitel 7.4.1 angeführt, wurde die dritte Frage im Teil *Pflegesituation*, aufgrund der Doppeldeutigkeit geändert. Ursprünglich lautete die Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Pflegesituation?“ Mit der Pflegesituation waren fünf Angehörige zufrieden, 12 haben mit der mittleren Antwortmöglichkeit *geht so, könnte besser sein* geantwortet und 14 Angehörige waren mit ihrer Pflegesituation sehr zufrieden. Da das aufgefasste Verständnis der ursprünglichen Frage seitens der befragten pflegenden Angehörigen nicht verfolgbar ist und die Antworten dazu zu doppeldeutigen Ergebnissen führen könnten, wurden diese nicht interpretiert.

Im Teil *Ökonomische Verhältnisse* haben auf die Frage: „Wie ist Ihre finanzielle Lage?“, fünf Angehörige mit der Antwort *Geld reicht nicht aus* geantwortet. Neun Personen sind der Meinung, dass das Geld kaum ausreicht und für 17 Personen genügten die finanziellen Mittel.

Mit der finanziellen Lage sind vier Personen unzufrieden, 12 antworteten, dass es so geht, jedoch besser sein könnte. 15 Angehörige gaben an, zufrieden mit ihrer finanziellen Lage zu sein. Laut der Gruppendiskussion und den Telefoninterviews haben die pflegenden Angehörigen jedoch Schwierigkeiten, über die eigene finanzielle Situation zu reden (vgl. Gruppendiskussion: 3/1-11; Interview_B: 4/24-5/15; Interview_E: 2/9-12). Es scheint, als hätten an der Befragung eher pflegende Angehörige teilgenommen, die entweder fast keine finanziellen Probleme oder keine Angst hatten, darüber zu sprechen. Aus unserer Sicht weisen Personen mit finanziellen Problemen eine geringere Bereitschaft auf, über dieses Thema zu sprechen und den Assessmentbogen überhaupt auszufüllen. Dies bestätigen die Interviews (vgl. Interview_D: 2/27-31; Interview_E: 2/9-12).

Im letzten fakultativen Teil des Assessmentbogens *Sonstiges* wurden zwei offene Fragen gestellt. Auf die erste Frage: „Was Sie sonst noch sagen wollen?“ antworteten insgesamt sechs Angehörige. Eine Person beschrieb ihre Überbelastung durch die

Pflege, indem sie das Nichtaufstehenwollen am nächsten Tag als Beispiel nannte. Zwei weitere Befragte waren froh und dankbar für die professionelle Unterstützung der mobilen Dienste der Volkshilfe.

Weiters wurde die Krankenkasse kritisiert. Sie würde nicht auf die Gesundheit der Angehörigen achten und zu wenig Physiotherapie genehmigen. In einer positiven Mitteilung wurde geschrieben, dass Optimismus für das Schaffen der Aufgaben als pflegende Angehörige notwendig ist.

Die zweite Frage im Teil *Sonstiges* lautete: „Welche Unterstützung wäre für Sie hilfreich?“ Die Frage wurde insgesamt 13 Mal beantwortet. Fünfmal wurde die weitere Betreuung und Unterstützung von der Volkshilfe für die pflegenden und betreuenden Angehörigen als hilfreich angesehen. Je zwei Mal wurde angeführt, dass finanzielle Unterstützung und ein freier Pflegeheimplatz die Situation der pflegenden Angehörigen erleichtern würden. Außerdem würden die Befragten folgende Angebote als hilfreich ansehen: eine weitere von der Pflege unabhängige Ansprechperson für den Pflegebedürftigen sowie Rehabilitation für Ehepaare und eine Möglichkeit, den Pflegebedürftigen mit Pflegestufe sieben für einige Tage irgendwo außerhalb des Pflegeheimes unterzubringen. Einmal wurde als Antwort eine Gegenfrage gestellt. Die Frage lautete: „Was kann ich machen, wenn meine Ersatzperson ausfällt?“ Da sich die vorliegende Masterthese nicht mit diesen Fragen und Wünschen beschäftigt, bleibt die Feststellung, dass die soziale Unterstützung, die die Sozialarbeiter*innen den pflegenden und betreuenden Angehörigen anbieten können, für diese Gruppe hilfreich sein kann.

7.6 Resümee

Der erste Teil der Masterthese befasste sich mit dem Assessmentbogen zur Erfassung der sozialen Situation pflegender Angehöriger. Zuerst wurde der Prozess der Bearbeitung der ursprünglichen Version des Assessmentbogens, entwickelt von Elbe und Fritzer (2011), beschrieben. Weiters wurde der Prozess der Veränderung der Anleitungsblätter für die Pflegeplaner*innen zusammengefasst. Folglich wurde kurz auf die Auswertungsfolie eingegangen.

Die Erprobung der veränderten Version des Instruments und die Auswertung der Daten, erworben durch die Durchführung des Assessmentbogens in der Praxis mithilfe der Pflegeplaner*innen der Volkshilfe Niederösterreich, wurden im nächsten Teil vorgestellt. Aus den Telefoninterviews und der Gruppendiskussion geht hervor, dass der Assessmentbogen verständlich, übersichtlich, vollständig, gut strukturiert und gut aufgebaut ist. Die Pflegeplaner*innen waren mit der Formulierung der jeweiligen Fragen zufrieden und die Antwortkategorien wurden ebenfalls als passend empfunden. Mit den Anleitungsblättern und Auswertungsfolien haben die Pflegeplaner*innen keine Probleme oder Schwierigkeiten gehabt, diese waren verständlich und gut aufgebaut.

Aufgrund der telefonischen Interviews, der Gruppendiskussion mit den Pflegeplaner*innen und des weiteren Forschungsprozesses, wurden manche

Änderungen und Verbesserungen des Assessmentbogens für die weitere Praxis und Anwendung des Instruments aufgezeigt. Für den Assessmentbogen für die weitere Praxis ergaben sich folgende Änderungen:

- Änderung des Titels des Bogens von „Assessmentbogen zur Erfassung der sozialen Situation pflegender Angehöriger“ zu „Assessmentbogen zur Erfassung der sozialen Situation pflegender und betreuender Angehöriger“
- Änderung der ersten Zeile in der Grunddatentabelle – statt „Pflegeplaner*in und Bezirk“ folgte die Rückkehr zur ursprünglichen Version des Assessmentbogens: „Erstellt von“ und „Erstellt am“
- zwei umformulierte Fragen – deutlichere Formulierung, um eine Doppeldeutigkeit zu verhindern:
 - Wie ist Ihre Gefühlslage?
 - Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Lebenssituation als pflegende*r Angehörige*r?
- zwei gelb markierte Antwortmöglichkeiten, wobei die ausgewählte Markierung, unabhängig von der erreichten Punkteanzahl, einen klaren Hinweis auf eine nähere sozialarbeiterische Beratung bedeutet:
 - „keine Möglichkeit“ bei der dritten Frage im 1. Teil *Soziale Kontakte und Unterstützung*
 - „bin oft gestresst, überfordert und erschöpft“ bei der zweiten Frage im 4. Teil *Gesundheitliche Situation*
- grafische Darstellung der maximal möglichen Punkteanzahl in der Tabelle auf dem Ergebnisblatt und
- ein Lineal – Hilfsmittel zur Vermittlung der insgesamt erreichten Punkteanzahl, wurde erstellt.

Mithilfe der angeführten Veränderungen ließen sich Änderungen in den Anleitungsblättern für die Pflegefachkräfte ableiten. Unter anderem wurde die Grafik in den Anleitungsblättern neu erstellt.

Alle retournierten Assessmentbögen wurden quantitativ-deskriptiv nach Beratungsfällen und nach jeweiligen Teilen des Assessmentbogens ausgewertet. Es ließen sich gemeinsame Belastungsmerkmale der pflegenden und betreuenden Angehörigen aus den erworbenen Daten identifizieren. Am häufigsten wurden folgende erwähnt:

- weniger Kontakte seit Beginn der Pflege
- Hobbies und Interessen wegen der Pflege aufgegeben/verloren
- Einschränkungen im Alltag und Aufgaben des täglichen Lebens
- Beschäftigung mit der Pflege in der Freizeit
- Unzufriedenheit mit der Lebensgestaltung als pflegende Angehörige
- körperliche Beschwerden
- psychische Beschwerden

Aufgrund der identifizierten gemeinsamen Belastungsmerkmale wurden einige Vorschläge formuliert, wie die daraus erworbenen Erkenntnisse für die weiteren

sozialarbeiterische Gespräche genutzt werden könnten. Diese befinden sich im Kapitel 7.5.1 auf Seite 42 und 45.

Der Assessmentbogen, die Anleitungsblätter und die Auswertungsfolie für die weitere Praxis finden sich zur intensiveren Befassung bzw. für die Anwendung im Anhang A, Teil II - IV.

8 Durchführung des Assessments zur Erfassung der sozialen Situation pflegender und betreuender Angehöriger – Hilfebedarf und Hilfeannahme als Spannungsverhältnis

Gebetsberger Florian

8.1 Einleitung & Forschungsfragen

Der zweite Schwerpunkt der Masterthese nimmt den Prozess der Durchführung des Assessments in den Blick und beschäftigt sich thematisch unter anderem mit der Bereitschaft von pflegenden und betreuenden Angehörigen, sich auf Hilfs- und Unterstützungsangebote einzulassen. Der Fokus liegt dabei auf dem Assessment sowie dem sozialarbeiterischen Gespräch, allerdings werden auch die Erfahrungen der Pflegeplaner*innen im Hinblick auf die allgemeine Hilfeannahmefähigkeit der Angehörigen berücksichtigt. Diese können einerseits zu einer erhöhten Sensibilität für die Personengruppe beitragen und andererseits auch aufschlussreich für mögliche Interventionen sein. Das Forschungsinteresse begründet sich insbesondere damit, dass Angehörige trotz herausfordernder Pflege- und Betreuungssituationen und damit einhergehenden Belastungen oft nicht bzw. erst sehr spät durch professionelle Hilfs- und Unterstützungsangebote zu erreichen sind (vgl. Mischke 2012: 28 zit. n. Lützenkirchen et al. 2014: 32). Dementsprechend geht es zunächst um die Frage, inwiefern sich die Angehörigen in der Praxis auf die Angebote einlassen. Ausgehend von den Erfahrungen und der Expertise der Pflegeplaner*innen sollen mögliche Hemmschwellen und Interventionsmöglichkeiten identifiziert werden. Einen zentralen Aspekt der Arbeit macht auch der Unterstützungsbedarf der Pflegeplaner*innen im Hinblick auf den Einsatz und die Durchführung des Assessments aus. Dabei geht es insbesondere um methodische Unterstützung für die Ergebnisbesprechung und Beratungsvermittlung, aber auch um Informationsbedürfnisse. Im Rahmen dieses Teils der Masterthese stehen somit zwei Anliegen im Zentrum: Zum einen sollen die Erkenntnisse der Evaluation, vor allem in Bezug auf die Hilfeannahmefähigkeit der Angehörigen, in einer sinnvollen methodischen Vorgehensweise und konkreten Empfehlungen für den Einsatz des Modells in der Praxis münden. Zum anderen sollen die notwendigen Hilfestellungen für zukünftige Anwender*innen des Assessments erarbeitet und hilfreiche Interventionen eruiert werden. Folgende Hauptforschungsfrage dient als Ausgangspunkt für die Ausarbeitung und soll den roten Faden sicherstellen:

- Wie erleben Pflegeplaner*innen die Bereitschaft von pflegenden und betreuenden Angehörigen Hilfe, insbesondere das Assessment und das sozialarbeiterische Gespräch, anzunehmen?

Um der Frage in angemessener Weise nachgehen zu können, wurde sie in mehrere Subfragen unterteilt, die im Wesentlichen auch die Struktur der Abhandlung vorgeben:

- Wie gehen pflegende und betreuende Angehörige mit Unterstützungsangeboten um und welche Faktoren beeinflussen die Hilfeannahmebereitschaft?
- Inwiefern lassen sich pflegende und betreuende Angehörige auf das Assessment ein?
- Wie erleben Pflegeplaner*innen den Umgang der Angehörigen mit dem Angebot der sozialarbeiterischen Beratung im Rahmen des Assessments?
- Wie können Pflegeplaner*innen das Ergebnis des Assessments in einem Gespräch thematisieren und dabei unterstützt werden, einen sozialarbeiterischen Bedarf zu besprechen?

Dieser Teil der Masterthese gliedert sich zunächst in eine kurze Beschreibung der Auswertungsmethode sowie dem Prozess der Auswertung. Den Hauptteil der Arbeit stellt die inhaltliche Aufbereitung der Forschungsergebnisse dar. Dazu werden zunächst die einzelnen Kategorien beschrieben und erläutert sowie erste Schlussfolgerungen festgehalten. Um den Überblick zu gewährleisten, werden die wesentlichen Erkenntnisse und Kernelemente der Kategorien zusammengefasst und deren Bedeutung für das Assessment thematisiert. Ausgehend von den gewonnenen Erkenntnissen sowie dem Feedback der Pflegeplaner*innen werden anschließend theorie- und methodengeleitet, Hilfestellungen und Interventionsmöglichkeiten für das Assessmentgespräch erarbeitet. Dazu wird vor allem auf Gesprächsmethoden und -Techniken der Sozialen Arbeit zurückgegriffen. Anhand von Basisdokumenten der Sozialen Arbeit werden für das Assessment erforderliche Informationen über die Profession aufbereitet und in einfacher Sprache festgehalten. In einem abschließenden Kapitel folgt ein Resümee, indem die Erkenntnisse kurz zusammengefasst und reflektiert werden. Die Ergebnisse der Ausarbeitung fließen als Empfehlungen in die Handreichung⁶ für zukünftige Anwender*innen des Modells ein.

8.2 Datenanalyse

Die zentralen Datensätze für diesen Teil der Masterthese stellen die fünf Telefoninterviews und die Gruppendiskussion, die bereits in Kapitel 6 beschrieben wurden, dar. Diese wurden anhand einer inhaltlich strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet, auf die im Folgenden eingegangen wird.

8.2.1 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

Nachdem das Forschungsinteresse und die damit verbundenen Forschungsfragen bereits klar waren, erschien eine Auswertungsmethode sinnvoll, die vor allem die Ordnung und Komprimierung der Daten ermöglichte. Damit hat sich die qualitative Inhaltsanalyse angeboten, die ganz allgemein die Idee „*der Strukturierung des Materials durch zwei Dimensionen, nämlich Fälle und Kategorien*“ (Kuckartz 2016: 49) verfolgt. Mit

⁶ Die Handreichung finden Sie als Kopiervorlage im Anhang A.

der qualitativen Inhaltsanalyse ist allerdings keine einheitliche Methode verbunden, sie kommt in der Literatur in unterschiedlichen Ausprägungen vor (vgl. ebd.: 97). Bei der Auswertung wird vor allem auf Udo Kuckartz (2016) und seine Beschreibung der so genannten inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse Bezug genommen. In seinem Buch fasst er die unterschiedlichen Schritte der Methode ausführlich und praxisnah zusammen. Anhand der Anwendungsbeschreibung im Rahmen der Analyse sollen die einzelnen Phasen der Auswertung verdeutlicht werden.

8.2.2 Prozess der Auswertung

In der ersten Phase der Auswertung wurde, Kuckartz folgend, das Datenmaterial durchgesehen und gelesen, Notizen wurden verfasst sowie Gedanken und erste Ideen als Memos festgehalten (vgl. Kuckartz 2016: 101), wie ausschnitthaft in Abbildung 29 zu sehen ist.

Abbildung 29: Auswertungsprozess_Memos

Datenmaterial	Memo
Transkript_Gruppendiskussion	Widerspricht der These, dass es ausschließlich um das Vertrauensverhältnis geht - Ablehnung des Assessments trotz Vertrauensverhältnis.
Transkript_Interview_A	Diskrepanz zwischen Bedarf und Hilfeannahmebereitschaft, Zusammenhang zwischen Belastung und der Bereitschaft sich auf das Assessment einzulassen.
Transkript_Interview_B	S.6/8: Assessment als Initiative, sich zu öffnen und über subjektive Belastungen zu sprechen.
Transkript_Interview_B	S.7: These: Hilfeannahme als Prozess.
Transkript_Interview_D	Ablehnung von Hilfe aufgrund von Scham und Angst: Was könnten die Nachbarn sagen? Mentalität alles alleine schaffen zu müssen; Belastung muss hoch sein, damit Hilfe in Anspruch genommen wird.

Quelle: eigene Darstellung

Anhand der Forschungsfragen sowie der erstellten Leitfäden für die Telefoninterviews und die Gruppendiskussion wurden im nächsten Schritt „*thematische Hauptkategorien*“ (Kuckartz 2016: 101.) erstellt. Diese umfassten zum Beispiel die „Bereitschaft für das Assessment“, „Reaktionen auf das Assessment“, „Ablehnungsgründe und Einflussfaktoren“, „Unterstützungsbedürfnisse der Pflegeplaner*innen“, „Ergebnisbesprechung“. Entlang der Hauptkategorien wurde das Datenmaterial in einem ersten Durchlauf codiert, was soviel bedeutet wie die Zuordnung der Kategorien zu Textstellen (vgl. ebd.: 41). Die Codiereinheit wurde dabei nach „*Sinneinheiten*“ (ebd.: 43) ausgewählt, sodass ein „*codiertes Segment auch außerhalb des Kontextes Sinn macht*“ (ebd.: 104). Nachdem die Fragen für die Interviews sehr konkret waren, wurden manchmal auch größere Abschnitte codiert, etwa wenn Aussagen der Pflegeplaner*innen auf die Beantwortung einer bestimmten Frage abzielten. In einem nächsten Schritt galt es, die Kategorien weiter auszudifferenzieren, Subkategorien und Dimensionen von Kategorien zu finden, Zusammenhänge zwischen den Kategorien herzustellen und Fallvergleiche anzustellen (vgl. ebd.: 106). In dieser Phase sind nochmal sehr viele neue Codes entstanden, die den Subkategorien und Hauptkategorien zugeordnet werden mussten. Abbildung 30 gibt einen Einblick in den

Codierprozess und zeigt beispielhaft entstandene Codes, Kategorien und Subkategorien.

Abbildung 30: Auswertungsprozess_Codes/Kategorien/Subkategorien

Datenmaterial	Kategorie/Subkategorie/Code	Codiertes Segment
Transkript_Interview_E	Ergebnisbesprechung und Beratungsvermittlung/ Gründe für die Ablehnung der Beratung/Fehlende Bedarfseinschätzung	Habe ich ja. Aber nein, wollen sie nicht. Sie sagen immer sie sind mit uns gut beraten ((lacht)) leider.
Transkript_Gruppendiskussion	Hilfeannahmefähigkeit Angehöriger/Einflussfaktoren/Vertrauensbasis	Wir haben bei unseren Aufnahmefähigkeiten schon Biografie, das ist nur ein Beispiel, und die geht bei der Aufnahmesituation gar nicht. Oder bei den ersten Pflegevisiten, das ist wirklich so ein Step by Step. Es sind viele Fragen oben, dann mach ich mal zwei Fragen, beim nächsten Mal wieder zwei, drei Fragen und dazwischen dann vor allem die Kolleginnen, die dort die Betreuung durchführen. Das ist wirklich eine Vertrauensgeschichte. Und das ist auch bei diesem Assessment irgendwo gewesen, wo gewisse Fragen kein Thema waren für sie zu beantworten und bei gewissen hat man dann gemerkt, wo sie sich zurückhalten.
Transkript_Gruppendiskussion	Unterstützungsbedarf der Pfleger*innen/Methodische Unterstützung	Das ist immer hilfreich. Ich denke wenn man so ein Werkzeug mitbekommt, ist das immer hilfreich. Ganz bestimmt. Weil ich denke mir, wir hatten auch in diese Richtung schon viele Fortbildungen. Ich hab mir die ganzen W-Fragen schon so eingeprägt und die sind so hilfreich und die hab ich als Instrument immer mit. Und ich denk mir jeder kann sich dann daraus nehmen was für ihn brauchbar ist. Also ich finde das ist immer hilfreich, ja.
Transkript_Interview_B	Hilfeannahmefähigkeit Angehöriger/Umgang mit Unterstützungsangeboten	Unterschiedlich. Aber die meisten mal von vornherein "nein brauch ma nicht mach ma nicht" und dann muss man sie e lassen und immer wieder halt darauf hinweisen und mit der Zeit, mit der Zeit kommts dann oder es passiert dann auch wirklich oft, dass die Angehörigen anrufen und sagen bitte "Name" sie haben gesagt...können wir über das nochmal reden, ich würd mir das gern wenigstens mal anschauen oder anhören oder so ja.
Transkript_Interview_C	Bereitschaft sich auf das Assessment einzulassen/Einflussfaktoren und Gründe für Ablehnung/Befürchtungen und Ängste	Ja also das war eher so, teilweise in manchen Situationen wo Angehörige da waren, eher mehr so eine Überredung, also die haben da immer so die Bedenken gehabt das es was für sie kostet oder das sie überprüft werden. Also da waren eher die Ängste, dass es zu einer Überprüfung ging ja.

Quelle: eigene Darstellung

Das Kategoriensystem wurde anschließend, wie von Kuckartz empfohlen, am Material überprüft (vgl. Kuckartz 2016: 110). In einem letzten Schritt wurden die erstellten Memos sowie Literatur herangezogen, um die Kategorien anzureichern und mit theoretischen Inhalten zu verknüpfen.

8.3 Empirischer Teil: Beschreibung der Kategorien

8.3.1 Hilfeannahmefähigkeit pflegender und betreuender Angehöriger

Die erste Kategorie bezieht sich nicht direkt auf das Assessment, sondern befasst sich mit den allgemeinen Erfahrungen der Pfleger*innen im Hinblick auf die Bereitschaft von pflegenden und betreuenden Angehörigen, Hilfe anzunehmen. Dabei hat die Analyse ergeben, dass die ersten Reaktionen im Umgang mit Unterstützungsangeboten oftmals mit Ablehnung verbunden sind (vgl. Interview_A: 4/1-4) und dass Angehörige Zeit benötigen, bis sie bereit sind, Hilfe anzunehmen (vgl. Interview_B: 10/17-22). Pflegerin_B weist in diesem Zusammenhang allerdings auch auf die Unterschiedlichkeit der Angehörigen hin (vgl. Interview_B: 10/17). Weshalb es pflegenden und betreuenden Angehörigen so schwerfällt, Hilfe anzunehmen, wird von den Pfleger*innen auf unterschiedliche Gründe zurückgeführt. Diese reichen von der moralischen Verpflichtung, der subjektiven Belastung, Diskrepanzen in der Selbst-

und Fremdwahrnehmung, finanziellen Aspekten, Misstrauen bis hin zur Angst vor Stigmatisierung. Zwei Pflegeplaner*innen machen in Bezug auf die Hilfeannahmefähigkeit auch ein Stadt-Land Gefälle aus. So nimmt Pflegeplanerin_E an, dass die Angst vor Stigmatisierung vor allem am Land ein Problem ist, welches die Angehörigen dazu veranlasst, alles alleine schaffen zu wollen (vgl. Interview_E: 3/12-14). Pflegeplanerin_C ist der Ansicht, dass es im ländlichen Bereich generell schwieriger ist, pflegende und betreuende Angehörige für Unterstützungsangebote zu gewinnen (vgl. Interview_C: 7/5), führt dies aber nicht weiter aus.

Abgesehen davon hat sich in diesem Zusammenhang abgezeichnet, dass Hilfeannahme nicht als punktuellere Ereignis zu verstehen ist, sondern als Prozess. Das implizieren Aussagen aus den Interviews und der Gruppendiskussion. So antwortet Pflegeplanerin_B auf die Frage, inwiefern Angehörige bereit sind, Unterstützungsangebote anzunehmen, folgendermaßen:

„Unterschiedlich. Aber die meisten von vornherein mal nein ‚brauchen wir nicht machen wir nicht‘ und dann muss man sie eh lassen und immer wieder halt darauf hinweisen und mit der Zeit [...] passiert’s dann auch wirklich oft, dass die Angehörigen anrufen und sagen bitte, sie haben das gesagt, können wir über das nochmal reden, ich würd mir das gern wenigstens mal ansehen oder anhören“ (Interview_B: 10/17-22).

Ähnliche Erfahrungen und Hinweise lassen sich auch in den weiteren Interviews identifizieren. In der Gruppendiskussion hält die zuständige Pflegekoordinatorin explizit fest, dass es ein langer Prozess sein kann, bis sich Angehörige zu einem Schritt durchringen (vgl. Gruppendiskussion: 15/17-18).

8.3.2 Bereitschaft für das Assessment

Diese Kategorie befasst sich zum einen mit der Haltung der Angehörigen gegenüber dem Angebot des Assessments und beschreibt zum anderen die möglichen Ablehnungsgründe und Einflussfaktoren.

■ Haltung der Angehörigen

Im Rahmen der Evaluierung hat sich gezeigt, dass es sich für die Pflegeplaner*innen äußerst schwierig gestaltete, die gewünschte Anzahl an Assessmentgesprächen zu erreichen. So war die Erprobung geprägt von einer sehr hohen Ablehnungsquote im Hinblick auf das Assessment. Durchwegs alle Pflegeplaner*innen berichten von Absagen und mehreren Versuchen, Angehörige für das Assessment zu gewinnen. Eine Pflegeplanerin spricht von 15 Anläufen, bis sie die gewünschte Anzahl an fünf Assessmentgesprächen durchführen konnte (vgl. Interview_A: 1/23-24). Nachdem der Einsatz des Modells von der Bereitschaft der Angehörigen abhängt, waren für uns die möglichen Gründe für die Ablehnung von großem Interesse.

■ Ablehnungsgründe und Einflussfaktoren

Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegeplaner*innen

Die Analyse hat ergeben, dass ein wesentlicher Faktor für die Bereitschaft, sich auf das Assessment einzulassen, die Beziehung zwischen Pflegeplaner*in und Angehörigen darstellt. War eine gute Vertrauensbasis gegeben, so waren die pflegenden und betreuenden Angehörigen tendenziell eher bereit, dem Assessment zuzustimmen und mitzumachen. Allerdings konnten auch kontrastierende Fälle ausgemacht werden. So berichtet Pflegeplanerin_A von der Erfahrung, dass zwei Angehörige trotz längerer Zusammenarbeit und Betreuung durch die Volkshilfe und eines guten Verhältnisses zur Pflegeplanerin dennoch abgelehnt haben (vgl. Gruppendiskussion: 3/27-30). Sie vermutet dahinter die Aversion gegenüber den zu vermittelnden Informationen im Rahmen des Assessments (vgl. ebd.: 4/2-5). Insofern scheinen die Beziehung und die Vertrauensbasis zwar einen enorm hohen Stellenwert für die Bereitschaft der Angehörigen einzunehmen, sind jedoch keineswegs Garanten für die Zustimmung. Diese Tendenz und die Erfahrung der Pflegeplaner*innen, dass es insbesondere Neukund*innen zu Beginn des Betreuungsprozesses oftmals schwer fällt, Informationen preiszugeben (vgl. Gruppendiskussion: 4/6-8), legen den Schluss nahe, dass der Einsatz des Assessments vor allem dann empfohlen werden kann, wenn man die Angehörigen bereits kennt und ein gewisses Vertrauen gegeben ist. Dafür spricht auch die Erfahrung von Pflegeplanerin_B im Hinblick auf das Assessment mit einer neuen Kundin:

„[...] da war zum Beispiel das Vertrauen ein ganz ein anderes. Da waren die Antworten knapp, da war die Bereitschaft überhaupt nicht so da, dass sie sich öffnen wobei man ja die Hintergründe weiß, ja, aber des hätten sie nie gesagt. Das heißt da ist noch viel zu wenig an Vertrauen passiert“ (Interview_B: 3/18-22).

Insofern ist die Vertrauensbasis nicht nur wesentlich für die Zustimmung/Ablehnung zum Assessment, sondern spielt auch für eine qualitativ sinnvolle Durchführung eine Rolle. Nachdem die Pflegeplaner*innen ein gutes Gespür dafür haben, inwiefern bereits eine Vertrauensbasis mit den Angehörigen gegeben ist, macht es Sinn, sich bezüglich des Zeitpunktes für den Einsatz des Assessments auf die Einschätzung und Expertise der Pflegeplaner*innen zu stützen. Einen Richtwert vorzugeben scheint hier nicht zielführend. Pflegeplanerin_A weist im Hinblick auf den Beziehungsaufbau auf die Unterschiedlichkeit der Angehörigen hin:

„Manche sagen sie sind schon sehr froh, dass wir jetzt da sind und das passt von vorn herein. Bei anderen dauert das auch oft zwei bis dreimal die Qualitätskontrolle. Weil wir fahren ja dann alle drei Monate hin zu einer Visite und des kann auch unter anderem vorkommen, dass es manchmal wirklich bis zu drei bis vier Visiten benötigt oder dass es gar nicht passiert, dass sie sich richtig anvertrauen, aber eher selten“ (Interview_A: 11/11-15).

Natürlich kann es diesbezüglich Ausnahmen geben, etwa wenn bei der Neuaufnahme bereits offensichtlich wird, dass dringend zusätzliche Unterstützung erforderlich ist. Denn wie sich später zeigen wird, sind vor allem auch jene Angehörigen bereit, Hilfe anzunehmen, die bereits an die Grenzen ihrer Belastbarkeit stoßen bzw. diese schon

überschritten haben. In diesem Fall wäre es demnach nicht zielführend mit dem Assessment abzuwarten, bis eine Beziehung etabliert wurde.

Preisgabe von Informationen

Wie weiter oben in einem Zitat bereits angeklungen, kann auch die notwendige Informationsvermittlung im Rahmen des Assessments eine Rolle für die Ablehnung spielen. Die Informationsvermittlung bezieht sich hier vor allem auf die persönliche Befindlichkeit, aber auch auf persönliche Informationen. Sich zu öffnen und persönliche Belastungen zu thematisieren sowie private Informationen preiszugeben, kann nach den Erfahrungen der Pflegeplaner*innen eine Hemmschwelle für Angehörige bedeuten und Ablehnung im Hinblick auf das Assessment hervorrufen. So macht Pflegeplanerin_A zum Beispiel die Erfahrung, dass vor allem jene Personen dem Assessment zustimmen, „die nix brauchen, denen es gut geht damit“ (Interview_A: 1/29) und es ihr im Gegenzug kaum möglich ist, Personen umzustimmen, die mit Problemen konfrontiert sind: „Aber wo man merkt, ok da gibt's Schwierigkeiten da war es mir fast nicht möglich, weil die fast ein bisschen Angst gehabt haben wahrscheinlich, das so breit zu präsentieren, also klarzustellen, dass sie Schwierigkeiten haben, ja“ (Interview_A: 1/30-32). Die Pflegeplaner*innen verweisen hier zum Beispiel auf die Angst vor Stigmatisierung, etwa durch Nachbar*innen, aber auch auf die Angst vor Konsequenzen für sich und die Angehörigen, wenn offen über Belastungen und Überforderung gesprochen wird. Das legt den Schluss nahe, dass (hohe) subjektive Belastungen und damit einhergehende Ängste der pflegenden und betreuenden Angehörigen eher zu Ablehnung führen, während die Bereitschaft von weniger belasteten Angehörigen tendenziell höher einzuschätzen ist. Dieses Spannungsverhältnis gilt es, im Rahmen der Weiterentwicklung des Modells zu berücksichtigen.

Aufwand für die Angehörigen

Einen letzten Punkt bezüglich der Bereitschaft der Angehörigen, der hier um der Vollständigkeit Willen erwähnt werden soll, stellt der Aufwand für das Assessment dar. Laut einer Pflegeplanerin haben Angehörige auch die fehlende Zeit als Ablehnungsgrund angegeben (vgl. Interview_E: 3/25). Nachdem das Assessment im Zuge der Pflegevisite durchgeführt worden wäre, könnte es sich hier natürlich auch um ein vorgeschobenes Argument handeln. Dennoch sollte der Aufwand für die Angehörigen möglichst gering gehalten werden. So heißt es auch von der zuständigen Pflegekoordinatorin, dass es im Hinblick auf die Idee der möglichen Durchführung des Assessments außerhalb der eigenen vier Wände und nicht im Rahmen der Pflegevisite, unter anderem auf den Aufwand für die Angehörigen ankommt (vgl. Gruppendiskussion: 5/27-28).

8.3.3 Setting & Einstieg

Das Setting für die Durchführung des Assessments wurde meist so gewählt, dass das Gespräch in Anwesenheit der pflegebedürftigen Person geführt wurde. Im Rahmen der Analyse wurde deutlich, dass dieses Setting für eine offene und ehrliche Kommunikation wenig geeignet ist:

„[...] da traut sich der Betreuende oft gar nicht wirklich genau sagen, was wirklich für ihn das Thema ist, weil das ist oft schon so, dass sie sich nicht ernst genug genommen fühlen und aber dann aus Schutz für den Betreuten das gar nicht so sagen“ (Gruppendiskussion: 4/15-18).

Dementsprechend ist in der Praxis darauf zu achten, dass die Angehörigen während des Assessments alleine sind und in Ruhe mit der Pflegeplaner*in sprechen und den Bogen ausfüllen können. Die Pflegeplaner*innen schlagen in diesem Kontext auch die Verlagerung des Gesprächs in externe Räumlichkeiten vor, was aber mit einem zusätzlichen Aufwand für die Angehörigen verbunden wäre. Einerseits müssten sie den Weg auf sich nehmen, andererseits kann auch die Organisation einer Ersatzpflegeperson erforderlich werden. Inwiefern dieser Aufwand eine zusätzliche Hemmschwelle für die Angehörigen bedeuten würde, wurde von den Pflegeplaner*innen unterschiedlich eingeschätzt. Die zuständige Pflegekordinatorin hält diesbezüglich fest, dass einerseits eine Grundbereitschaft der Angehörigen für das Assessment gegeben sein muss und darüber hinaus der Leidensdruck sowie die örtliche Distanz eine Rolle spielen (vgl. Gruppendiskussion: 5/24-28). Insofern ist es schwierig, diese Option anhand der vorliegenden Daten zu beurteilen, dies müsste in der Praxis getestet werden.

Weitere Aufschlüsse über das Setting und den möglichen Einstieg in das Assessmentgespräch finden sich in der Beschreibung der Vorgehensweise von Pflegeplanerin_B:

„[...] und wir sind immer am Tisch gesessen gemeinsam, ja, eine angenehme Atmosphäre, und wir haben zuerst einfach mal privat geplaudert. Und der Einstieg war immer, dass ich das jetzt erklär mit dem Fragebogen, um was geht es da, warum wird das durchgeführt und was kann man daraus in Anspruch nehmen“ (Interview_B: 8/19-22).

Das heißt, es wird darauf geachtet, einen angenehmen Gesprächsrahmen sowie einen sanften Einstieg zu ermöglichen. In der weiteren Beschreibung von Pflegeplanerin_B sichert sie den Angehörigen Vertraulichkeit zu und bittet in der Beantwortung der Fragen um Ehrlichkeit (vgl. Interview_B: 8/23-25), was angesichts der im vorigen Kapitel beschriebenen Befürchtungen und Ängste wesentliche Elemente sind. Über das Setting hinausgehend klingen hier bereits weitere wichtige Aspekte des Assessments an, nämlich der Stellenwert von Aufklärung und Information. Das wird an einer anderen Stelle thematisiert. Um potentielle Anwender*innen des Assessments adäquat vorbereiten zu können, waren auch die Reaktionen der Angehörigen während des Assessments von Interesse, auf die im Folgenden eingegangen wird.

8.3.4 Reaktionen der Angehörigen

Hier kann durchwegs von unterschiedlichen Erfahrungen der Pflegeplaner*innen gesprochen werden. Einzelne Angehörige nehmen das Assessmentgespräch als „positive Bestätigung ihrer Tätigkeit“ (Interview_C: 3/16) wahr, andere reagieren humorvoll auf die Befragung, wieder andere sind verwundert über die „tiefgründigen Fragen“ (Interview_D: 3/49). Letzteres betrifft insbesondere die Fragen zur finanziellen Situation, welche für manche Angehörige Unbehagen bedeuten und unangenehm zu

beantworten sind, wie auch Pflegeplanerin_E im Interview berichtet (vgl. Interview_E: 4/1-2). Insofern scheint vor allem bei diesen Fragen erhöhte Sensibilität gefragt zu sein.

Pflegeplanerin_E und Pflegeplanerin_B erzählen im Interview über ähnliche Erfahrungen. Während Pflegeplanerin_E das Gefühl hatte, dass die Angehörigen im Verlauf des Gespräches ehrlicher zu sich selber werden (vgl. Interview_E: 5/1-3), konnte Pflegeplanerin_B die Erfahrung machen, dass sich Angehörige im Zuge des Gesprächs öffnen und auch für die Pflegeplanerin überraschende Ergebnisse zu Tage treten (vgl. Interview_B: 6/13-18).

Ebenfalls Thema war die ungewohnte Aufmerksamkeit, die den Angehörigen in der Situation zukommt. Nachdem es in der Regel die zu Pflegenden sind, die im Mittelpunkt stehen, war es für manche Angehörige schwierig, sich auf sich selbst zu konzentrieren (vgl. Interview_C: 2/3-11). Das spricht wiederum für einen sanften Einstieg in das Assessment.

Im Hinblick auf die Ergebnisbesprechung des Assessments waren die Reaktionen der Angehörigen oftmals mit Widerstand verbunden. Beispielhaft dafür kann folgende Aussage von Pflegeplanerin_A wiedergegeben werden: *„Bei zwei bin ich mir vorgekommen, als ob ich mit einer Wand reden würde. Der hat immer genau das Gegenteil gesagt von dem, was tatsächlich der Fall ist, wirklich, wie Fassade“* (Gruppendiskussion: 15/23-25). Pflegeplanerin_E spricht über eine ähnliche Erfahrung mit einer Angehörigen:

„Sie war selber ein bisschen überrascht, dass sie doch mehr Betreuung benötigt oder mehr belastet ist. Aber sie gesteht sich das nicht ein, also sie sagt nein, das glaubt sie nicht. Dieses Punktesystem ist zwar da und sie sieht das schwarz auf weiß, aber sie hat nicht das Gefühl, dass es so ist“ (Interview_E: 7/15-19).

Hier zeigt sich einerseits die Schwierigkeit, einen sozialarbeiterischen Bedarf zu thematisieren und andererseits wird die Notwendigkeit einer Exit-Strategie für Anwender*innen deutlich. Dementsprechend ist es auch nicht weiter verwunderlich, dass lediglich 2 von 32 Personen für das weiterführende Beratungsgespräch gewonnen werden konnten. Die angeführten bzw. vermuteten Gründe der Pflegeplaner*innen für die Ablehnung sind vielfältig und werden nun erläutert.

8.3.5 Gründe für die Annahme bzw. Ablehnung der Beratung

Privatheit der Pflege- und Betreuungssituation

Einer der gehaltvollsten Aspekte in dieser Kategorie stellt die Hürde für Angehörige dar, jemand Fremden Einblicke in die private Pflege- und Betreuungssituation zu gewähren (vgl. Interview_A: 6/22-23; Interview_C: 6/1-3). Das scheint für die Angehörigen mit vielen Ängsten und Befürchtungen verbunden zu sein. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Pochobradsky et al. in einer Studie von 2005, die die Ablehnung von Hilfe unter anderem auf die Angst, Scham und Scheu der Angehörigen zurückführen, fremde Personen in das eigene private Umfeld zu lassen (vgl. Pochobradsky et al. 2015: III).

Fehlende Bedarfseinschätzung

Ein weiterer Grund bezieht sich auf die fehlende Bedarfseinschätzung der pflegenden und betreuenden Angehörigen trotz eines gegenteiligen Ergebnisses. So wird das Angebot der Beratung zum Beispiel mit der Begründung ausgeschlagen, dass sie, die Angehörigen, genügend Unterstützung durch die Volkshilfe erhalten und keine zusätzliche Hilfe benötigen (vgl. Interview_A: 6/17-19; Interview_D: 9/13-14). Mögliche Begründungen dafür können sich auf Diskrepanzen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung beziehen und / oder damit zusammenhängen, dass es pflegenden und betreuenden Angehörigen oftmals schwerfällt, sich einzugestehen, Hilfe zu benötigen.

Assoziationen mit Sozialarbeit

In den Interviews und der Gruppendiskussion zeigt sich auch, dass Sozialarbeit bei den Angehörigen mit negativen Assoziationen verbunden sein kann. So berichtet Pflegeplanerin_B in der Gruppendiskussion folgendes: *„Da hat mich nämlich dann eine Tochter gefragt, ‚ist das dann sowie beim Jugendamt?‘ also so quasi wenn’s ma die Kinder wegnehmen können, können’s ma dann auch meine Mutter wegnehmen“* (Gruppendiskussion: S.19/10-12). Pflegeplanerin_C macht eine ähnliche Erfahrung, ihr gegenüber äußert eine Angehörige die Befürchtung einer „Überprüfung“ (Interview_C: 2/20) durch die Sozialarbeit. Eine andere Aussage im Rahmen der Beratungsvermittlung bezieht sich auf unklare Leistungen der Sozialarbeit: *„Manche haben auch gesagt, ‚für das habe ich ja jetzt e euch‘“* (Gruppendiskussion: 7/12-13). Insofern zeigt sich hier die Bedeutung von Informations- und Aufklärungsarbeit im Rahmen des Assessmentgesprächs.

Pflicht- und Verantwortungsgefühl der Angehörigen

Ein letzter Grund, der im Rahmen der Evaluierung anklingt, bezieht sich auf das Pflicht- und Verantwortungsgefühl von Angehörigen. Die Aufgaben der Pflege und Betreuung werden als Selbstverständlichkeit wahrgenommen, Hilfe in Anspruch zu nehmen kommt nicht in Frage. Das wird zum Beispiel in einer Aussage von Pflegeplanerin_A deutlich:

„Für die Angehörigen ist es oft so, dass die das sowieso für selbstverständlich sehen, die, die überfordert sind, und deshalb sind sie ja oft überfordert, weil sie ja glauben, das muss jetzt so sein und sie müssen alles“ (Interview_A: 2/29-3/2).

Bezüglich der Annahme der Beratung gibt es aufgrund des Zustandekommens von nur zwei Gesprächen wenig Erfahrungen. Allerdings hat sich in der gemeinsamen Reflexion der Beratungsgespräche herauskristallisiert, dass die sehr hohe Belastung und Not der Angehörigen die ausschlaggebenden Gründe für die Inanspruchnahme der Beratung waren. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die Angehörigen insbesondere dann bereit sind, zusätzliche Hilfe anzunehmen, wenn sie an die Grenzen ihrer Belastbarkeit gelangen bzw. diese bereits überschritten wurden.

8.3.6 Ergebnisbesprechung

Diese Kategorie umfasst zum einen die Erfahrungen der Pflegeplaner*innen im Hinblick auf die Ergebnisbesprechung und Beratungsvermittlung in der Praxis und zum anderen die in der Gruppendiskussion besprochenen Inhalte.

■ Vorgehensweise bei der Bedarfsklärung

Im Hinblick auf den Zeitpunkt der Auswertung und Ergebnisbesprechung hat sich in der Praxis bewährt, diese ineinandergreifenden Schritte direkt nach dem Ausfüllen des Assessmentbogens zu erledigen. So sind die Themen sowohl für die Pflegeplaner*innen als auch für die Angehörigen noch aktuell und das Gespräch wird damit abgerundet. Dabei hat sich gezeigt, dass die Punkteanzahl bei der Besprechung des Ergebnisses für die Pflegeplaner*innen weniger Relevanz hatte und oftmals nicht thematisiert wurde. Im Vordergrund stand eher die Frage, ob ein sozialarbeiterischer Bedarf besteht oder nicht. Pflegeplanerin_B meint diesbezüglich in der Gruppendiskussion, dass man sich nicht zu sehr auf die Punkteanzahl konzentrieren sollte (vgl. Gruppendiskussion: 13/8-9). Dafür spricht auch die Erfahrung von Pflegeplanerin_C: *„Ja, wie gesagt, ich hab ihnen das gezeigt, bin mit ihnen das durchgegangen, und ja, die haben gesagt, ja ist gut, ist nur eine Zahl“* (Interview_C: 5/4-5). Allerdings ist das Ergebnis, sprich die Punkteanzahl, der Anknüpfungspunkt für die Thematisierung eines sozialarbeiterischen Hilfebedarfs. Dementsprechend wäre es, auch im Sinne der Transparenz und Nachvollziehbarkeit, aus der Sicht der Autor*innen wichtig, die Punkteanzahl den pflegenden und betreuenden Angehörigen zu vermitteln. Aus diesen Gründen wurde im Rahmen der Gruppendiskussion eine in der gemeinsamen Reflexion erarbeitete Visualisierungsmöglichkeit für die Ergebnisbesprechung vorgeschlagen, was durchwegs positive Reaktionen hervorgerufen hat. Die erreichte Punkteanzahl wird dabei anhand eines Lineals visualisiert (siehe dazu Abbildung 15 und Kapitel 7.4.1), wodurch das Ergebnis für die Angehörigen sichtbar wird und die Pflegeplaner*innen einen Anknüpfungspunkt für die Bedarfsbesprechung haben.

Gleichzeitig legt die Analyse nahe, dass sich Anwender*innen bezüglich der Einschätzung über einen sozialarbeiterischen Bedarf nicht ausschließlich auf die Punkteanzahl verlassen sollten. Dafür sprechen Unterschiede in der Selbst- und Fremdwahrnehmung der pflegenden und betreuenden Angehörigen, die sich unter anderem in auftretenden Diskrepanzen zwischen der Beantwortung der Fragen sowie in Folge dem Ergebnis des Assessments und der Einschätzung der Pflegeplaner*innen, zeigen (vgl. Gruppendiskussion: 11/22-24). Von Pflegeplanerin_B wird darauf hingewiesen, dass auch das persönliche Gespür bei der Einschätzung eine Rolle spielt, sie spricht von einer *„Gefühlssache“* (Gruppendiskussion: 13/6). So kommt es in der Praxis auch vor, dass eine weiterführende Beratung angeboten wird, obwohl eine Punkteanzahl von 20 oder mehr erreicht wurde. Pflegeplanerin_A begründet das folgendermaßen: *„Weil ich das einfach schon erkenn, dass manche Angehörige auch wenn sie sagen, sie sind nicht überfordert, man erkennt das, ob Angehörige sehr überlastet sind oder nicht, die sehnen des selber nicht“* (Interview_A: 8/5-7). Insofern kann die Punkteanzahl als Richtlinie zur Einschätzung dienen, allerdings sollten

Anwender*innen sich nicht darauf beschränken, sondern auch die eigene Wahrnehmung berücksichtigen. Zeigen sich diesbezüglich Diskrepanzen, auch schon während des Gesprächs, so kann es sinnvoll sein, diese Unstimmigkeiten anzusprechen und abzuklären. Erste Anknüpfungspunkte, wie mit Herausforderungen im Rahmen des Assessments und insbesondere der Ergebnisbesprechung umgegangen werden kann, finden sich im nächsten Punkt.

■ Strategien der Pflegeplaner*innen

Bezüglich der Vorgehensweisen bei der Vermittlung des Beratungsangebotes zeigen sich sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten:

„Da hab ich eben erklärt, dass es darum geht herauszufinden, ob die Sozialarbeit unterstützend tätig sein kann noch zusätzlich zu uns, zu da Betreuung [...] und dass des eben über dieses Fachhochschulen-Projekt geht und dass ich des super find, dass des angeboten wird, und dass ich des schon gut finden würde, wenn sie diese weitere Betreuung in Anspruch nehmen würden“ (Interview_A: 13/24-28).

Hier wird einerseits auf die persönliche Haltung gegenüber dem Angebot verwiesen und ein Appell an die Angehörigen gerichtet. Auch Pflegeplanerin_B versucht, die Angehörigen von der Sinnhaftigkeit des Angebotes zu überzeugen, und spricht von einer Verbesserung der Situation:

„Na dass es um grundlegende Aufgaben geht. Und zwar dass es dazu dienen soll, die Schwächen, sag ich mal, die man jetzt grad hat, wirklich aufzuarbeiten. Dass es dann um eine Besserung geht, dass man vielleicht wirklich da oder dort ansetzen kann“ (Interview_B: 9/31-10/2).

Die Frage, wie Angehörige vom Beratungsangebot überzeugt werden können, spiegelt sich auch im Unterstützungsbedarf der Pflegeplaner*innen wider, der im weiteren Verlauf besprochen wird. In den Erzählungen der Pflegeplaner*innen wird deutlich, dass sie in der Praxis bereits Strategien anwenden, um Bedarfe, Widerstände sowie Diskrepanzen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung zu thematisieren. So berichtet Pflegeplanerin_D:

„Und ich habe ihm dann gesagt, dass er aufpassen muss, weil, wenn er nicht mehr kann, hat die Mama auch nix davon, das ist ganz wichtig auch für seine zu Pflegende. Und das dürfte er sich dann wirklich zum Herzen genommen haben, weil seit damals gibt er sie wirklich zweimal in der Woche in ein Tageszentrum [...] und genießt auch dann diese Zeit mit seinen Bekannten und macht Tagesausflüge und mittlerweile auch ohne schlechtes Gewissen“ (Interview_D: 4/31-5/4).

Hier werden Aspekte einer Sorgeformulierung deutlich, die bei dem Angehörigen scheinbar etwas auslösen und ihn dazu veranlassen, Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. Pflegeplanerin_B betont im Interview, wie wichtig es ist, den Angehörigen Verständnis für die schwierige Situation entgegenzubringen und auch aktiv und sensibel zuzuhören (vgl. Interview_B: 4/13-14; 10/32). Diese Aussage wird auch von Pochobradsky et al. bekräftigt, die in ihrer Studie festhalten, dass Angehörige Unterstützung oder Beratung ablehnen, wenn sie sich nicht verstanden und ernst genommen fühlen (vgl. Pochobradsky et al. 2005: 63). In diesem Zusammenhang implizieren Aussagen der Pflegeplaner*innen auch die Bedeutung von Anerkennung und

positiver Bestärkung (vgl. Interview_3/19-20). Von einer guten Erfahrung mit dem feinfühligem Ansprechen und Konfrontieren berichtet Pflegeplanerin_D:

„Und ich hab auch gesagt, dass ich das Gefühl habe, dass die Situation eine ganz andere ist, als er mir die Fragen beantwortet, und ob es sein kann, dass mich da mein Gefühl nicht täuscht. Und da hat er dann eh ein bisschen aufgemacht, aber dann hat er gesagt, er würde das irrsinnig gerne mit mir besprechen ohne seine Mutter“ (Interview_D: 16/28-17/2).

Insofern gibt das direkte Ansprechen der unterschiedlichen Wahrnehmungen einen Impuls für den Angehörigen, nochmal in Ruhe darüber zu sprechen. Generell weist Pflegeplanerin_B im Hinblick auf die Ergebnisbesprechung und Beratungsvermittlung auf die Bedeutung des Gespürs der Pflegeplaner*innen hin (vgl. Gruppendiskussion: 7/14-17). Welche Hilfestellungen Pflegeplaner*innen zusätzlich noch benötigen, wird in der folgenden Kategorie erläutert.

8.3.7 Unterstützungsbedarf der Pflegeplaner*innen

Diese Kategorie bezieht sich auf die Frage, was die Pflegeplaner*innen selbst noch benötigen, um das Instrument in der Praxis gut anwenden zu können und steht darüber hinaus im Zusammenhang mit der Frage, wie man die Bereitschaft der Angehörigen im Hinblick auf das Assessment und eine weiterführende Beratung fördern könnte.

■ Informationsbedürfnisse

In dieser Kategorie hat sich allgemein und insbesondere in Bezug auf die Beratungsvermittlung gezeigt, dass die Pflegeplaner*innen das Bedürfnis nach Aufklärung und mehr Information haben. Das betrifft zum einen die Leistungen und Inhalte der Beratung, zum anderen aber auch Informationen über das Projekt und die Soziale Arbeit im Allgemeinen. Im Hinblick auf die Beratungsvermittlung sprechen die Pflegeplaner*innen zum Beispiel von Erfahrungswerten, möglichen Zielen und Themenbereichen der Beratung sowie Argumenten, warum es sich lohnt, eine Beratung in Anspruch zu nehmen (vgl. Gruppendiskussion: 6/26; Interview_B: 8/8; Interview_A: 6/31). Mit mehr Informationen würde es eher gelingen, die Angehörigen vom Angebot zu überzeugen und man könne damit auch bestehenden Ängsten vorbeugen. Diesbezüglich wurde in der Gruppendiskussion die Frage aufgeworfen, inwiefern zu viel Informationen für die Angehörigen abschreckend sein könnten. Hier ist die Tendenz in die Richtung gegangen, dass man einige Grundinformationen über die Beratung benötigt, um den Angehörigen das Angebot gut zu vermitteln, ohne dabei aber detailliert auf mögliche Inhalte einzugehen. Weitere Äußerungen beziehen sich auf Informationen über das Projekt sowie die Hintergründe des Assessments (Interview_C: 6/15-16). Insofern braucht es auch eine Erklärung, weshalb das Assessment durchgeführt wird.

■ Methodische Unterstützung

Neben der Information und Aufklärung bezieht sich ein Themenblock in dieser Kategorie auf methodische Unterstützung, die zunächst in den Interviews noch recht vage angeklungen ist. Im Rahmen der Gruppendiskussion wurden daraufhin verschiedene

Vorschläge gemeinsam mit den Pflegeplaner*innen und der zuständigen Pflegekoordinatorin besprochen. Im Hinblick auf methodische Hilfestellungen für die Ergebnisbesprechung und damit einhergehende Schwierigkeiten zeigen sich die Pflegeplaner*innen positiv und offen. So würden sie verschiedene Werkzeuge und Hilfestellungen wie Formulierungsvorschläge, bestimmte Phrasen und Sätze sowie „Tipps und Tricks“ begrüßen, auch um den Angehörigen das Angebot „schmackhaft“ machen zu können wie es Pflegeplanerin_B in der Gruppendiskussion formuliert (vgl. Gruppendiskussion: 13/24-29). Das betrifft zum einen die Thematisierung eines sozialarbeiterischen Bedarfs und andererseits die auftretenden Herausforderungen im Rahmen des Assessments wie etwa den Umgang mit Widerstand, den Ängsten und Sorgen der Angehörigen oder auch mit den Unterschieden in der Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Pflegeplanerin_A weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Beschäftigung mit den Hilfestellungen vor dem Einsatz des Assessments passieren muss (vgl. Gruppendiskussion: 14/3-4), was mit Vorbereitungsarbeit verbunden ist. Gleiches gilt für die Auseinandersetzung mit gewünschten Informationen. Insofern muss einerseits auf die Bedeutung der Vorbereitung auf das Assessment hingewiesen werden, andererseits dürfen diese Inhalte nicht zu ausufernd sein, so dass die Integration in den Alltag von Pflegeplaner*innen bzw. Pflegekräften realistisch ist. Damit bleibt man auch der ursprünglichen Idee von Elbe und Fritzer (2011) treu, nämlich ein Instrument zu entwickeln, „welches *keine spezifischen Fachkompetenzen und Blickwinkel verlangt und daher auch durch die im Pflegeprozess bereits integrierten medizinisch-pflegerischen Berufsgruppen eingesetzt werden kann*“ (Elbe / Fritzer 2011: 31). Letztendlich wird die Qualität des Instruments auch davon abhängig sein, inwiefern Anwender*innen einen Mehrwert darin sehen. Ist das Modell zu komplex und aufwendig, so wird der Einsatz in der Praxis erschwert.

8.3.8 Zusammenfassung der Erkenntnisse und erste Schlussfolgerungen

- Wie sich gezeigt hat, ist es in der Praxis nicht so, dass (belastete) Angehörige auf Unterstützungsangebote und die Sozialarbeit warten. Vielmehr stellt schon das unverbindliche Assessment eine große Hemmschwelle für die Personengruppe dar, wie die hohe Ablehnungsquote zeigt. Die Gründe dafür sind vielfältig. Wesentlich für die Zustimmung und die sinnvolle Durchführung des Assessments ist die Beziehung zwischen den Angehörigen und den Pflegeplaner*innen, weshalb das Assessment vor allem dann empfohlen werden kann, wenn bereits eine Beziehung und Vertrauensbasis gegeben ist.
- In der Praxis hat sich gezeigt, dass das gemeinsame Ausfüllen des Assessmentbogens oftmals keinen kurzen Check der Belastungen darstellt, sondern in vielen Fällen auch ein längeres Gespräch nach sich zieht. Deshalb empfiehlt es sich, wenn möglich, genügend Zeit einzuplanen. Nachdem diese Möglichkeit in der Praxis nicht immer gegeben ist, sollte, wenn Gesprächsbedarf besteht, jedenfalls das Angebot eines zusätzlichen Termins erfolgen.

- Das Beratungsangebot selbst wurde von den meisten Angehörigen abgelehnt. Neben der Angst, fremden Personen Einblicke in die private Betreuungs- und Pflegesituation zu gewähren, waren auch negative Assoziationen mit Sozialarbeit, die Angst vor Stigmatisierung und Konsequenzen sowie die fehlende Bedarfseinschätzung ausschlaggebend. In diesem Zusammenhang zeigt ein Blick in die Fachliteratur ähnliche Ergebnisse. Bezogen auf die Nichtinanspruchnahme von Beratungsangeboten in Deutschland halten Lützenkirchen et al. in Anlehnung an Allwicher (2009) folgende Gründe fest: Einschätzung der Angehörigen, dass keine Beratung notwendig ist; negative Einstellung gegenüber solchen Angeboten und hohe Kosten sowie Informationsmangel über bestehende Beratungsangebote (vgl. Allwicher 2009: 85 zit. n. Lützenkirchen et al. 2014: 39). Im Hinblick auf allgemeine Unterstützungsangebote sehen die Autor*innen fehlende Informationen über diverse Angebote und persönliche Vorbehalte gegenüber der Teilnahme fremder Personen am häuslichen Geschehen als Hauptgründe für die Nichtinanspruchnahme von Hilfe (vgl. Lützenkirchen et al. 2014: 39).

- Im Hinblick auf die Ergebnisbesprechung und die Thematisierung eines sozialarbeiterischen Bedarfs wünschen sich die Pflegeplaner*innen methodische Unterstützung, zum Beispiel in Form von Formulierungsmöglichkeiten und hilfreichen Techniken. Speziell in dieser Phase des Assessments hat sich gezeigt, dass die Pflegeplaner*innen oftmals mit Widerständen der Angehörigen konfrontiert sind, die sich zum Beispiel auf die unterschiedliche Wahrnehmung der Pflege- und Betreuungssituation oder dem Sich-nicht-Eingestehen eines Hilfebedarfs beziehen. Diesbezüglich werden in den folgenden Kapiteln theoriegeleitet mögliche Gesprächsführungshinweise erarbeitet und verständlich aufbereitet. Dazu werden auch die bereits angewandten Strategien der Pflegeplaner*innen berücksichtigt. In diesem Zusammenhang hat die Analyse auch die Notwendigkeit einer Exit-Strategie deutlich gemacht. Aufgrund der sensiblen Themen und herausfordernden Gesprächssituationen empfiehlt es sich für den zukünftigen Einsatz des Modells, dass vor allem in Gesprächsführung erfahrene Pflegekräfte das Assessment durchführen.

- Pflegeplaner*innen äußern in den Interviews und der Gruppendiskussion den Wunsch nach mehr Informationen. Das bezieht sich zum einen auf das Projekt und zum anderen auf die sozialarbeiterische Beratung sowie die Soziale Arbeit im Allgemeinen. Sie sprechen in diesem Zusammenhang von Erfahrungswerten, Argumenten und Zielen. Während Informationen über das Projekt für zukünftige Anwender*innen weniger relevant sind, können die weiteren Informationsbedürfnisse mit folgenden Fragen abgedeckt werden, die in Kapitel 8.4.5 beantwortet und aufbereitet werden:
 - Was ist Soziale Arbeit?
 - Was kann Soziale Arbeit im Kontext von pflegenden und betreuenden Angehörigen leisten?
 - Was sind mögliche Inhalte, Leistungen und Ziele im Rahmen der sozialarbeiterischen Beratung?

- Die Ergebnisse der Analyse legen nahe, Hilfeannahme als kein einmaliges Ereignis, sondern als langfristigen Prozess zu verstehen. Für das entwickelte Modell bedeutet das eine Abkehr von einer linearen Vorstellung, wie es ursprünglich gedacht war, hin zu einem flexibleren Einsatz mit regelmäßigen Kontakten. Das erfordert demnach die Bereitschaft von Anwender*innen, dranzubleiben, regelmäßig nachzufragen und Verlaufskontrollen durchzuführen.
- Blickt man auf die Kategorienbeschreibung, so lassen sich im Kontext des Modells zusammenfassend verschiedene Möglichkeiten identifizieren, wie man die Bereitschaft von pflegenden und betreuenden Angehörigen, Hilfe anzunehmen, fördern könnte: Information und Aufklärung, Kommunikations- und Gesprächstechniken, Verständnis von Hilfeannahme als Prozess, Vertrauen schaffen und Zeit geben.
- Über das Assessment hinausgehend ist in der Evaluierung auch die Bedeutung von Bewusstseinsbildung angeklungen. Nachdem das im Rahmen des Assessments nur begrenzt möglich ist, wurde diese Kategorie nicht näher ausgeführt. Aufgrund ihrer Bedeutung soll sie an dieser Stelle aber kurz thematisiert werden. Pflegeplanerin_B äußert sich dazu folgendermaßen:

„Ich denk mir ganz einfach, des müsst viel mehr kommuniziert werden durch die Medien, ja. Man liest jeden Tag was über die Kultur, über den Sport, über weiß ich nicht, und ich denk mir, das müsste viel mehr thematisiert werden, dass auch das Thema Pflege oder Hilfsangebote ganz ein normales Thema werden kann für die ganzen Leute da draußen“ (Gruppendiskussion: 22/2-6).

Ebenso betonen auch Nagl-Cupal et al. den Stellenwert von Bewusstseinsbildung für die Inanspruchnahme von Hilfe:

„Das Bewusstsein als pflegende(r) Angehörige(r) ist eine zentrale Kategorie, weil dadurch erst das Bewusstsein erzeugt bzw. gestärkt wird, dass die Tätigkeiten, die geleistet werden, nicht lediglich Teil einer Beziehung sind, sondern anspruchsvolle und aufwändige Arbeit, für die auch Unterstützung eingeholt werden kann“ (Nagl-Cupal et al. 2018: 237).

Wie im Zitat von Pflegeplanerin_B angedeutet wird, braucht es dafür politische und gesellschaftliche Anstrengungen, um ein Bewusstsein für die anspruchsvolle und wichtige Tätigkeit der pflegenden und betreuenden Angehörigen zu schaffen und das Annehmen von Hilfe als Selbstverständlichkeit zu verstehen. Das kann im Rahmen der vorliegenden Masterthese zwar nicht geleistet werden, allerdings kann man diesen Erkenntnissen im Rahmen der theoretischen Ausarbeitung zu Kommunikations- und Gesprächstechniken in den folgenden Kapiteln Rechnung tragen.

Während einige der gewonnenen Erkenntnisse keine weitere Ausarbeitung erfordern und vor allem als Hinweise und Empfehlungen in das überarbeitete Assessment einfließen können (siehe Anhang A, Teil I), steht im Hinblick auf die Unterstützungsbedürfnisse der Pflegeplaner*innen und die Bereitschaft der Angehörigen, Hilfe anzunehmen, noch eine theoretische Auseinandersetzung aus.

Basierend auf den Erkenntnissen und deren Implikationen sollen demnach im Folgenden Hinweise zur Durchführung des Assessments abgeleitet, methodengeleitet Formulierungsvorschläge und Interventionsmöglichkeiten für den Gesprächsprozess, insbesondere für die Ergebnisbesprechung und die Thematisierung sozialarbeiterischer Bedarfe, erarbeitet und gewünschte Informationen bereitgestellt werden. Die Ergebnisse werden in der Handreichung als konkrete Vorschläge und Empfehlungen für Anwender*innen festgehalten (siehe Anhang A, Teil V und Teil VI)

8.4 Der Gesprächsprozess im Rahmen des Assessments

8.4.1 Bedeutsame Gesprächsinhalte

In der Praxis hat es sich als hilfreich erwiesen, zunächst einmal eine gemütliche und angenehme Atmosphäre zu schaffen. Das kann zum Beispiel durch den Einstieg über ein privates, ungezwungenes Gespräch erreicht werden. Nachdem Misstrauen ein großes Thema für pflegende und betreuende Angehörige darstellt, scheint es von wesentlicher Bedeutung, den Angehörigen im Rahmen des Assessments Vertraulichkeit zuzusichern und die Kontrolle ihnen zu überlassen. Das bedeutet, die Angehörigen vorab darüber zu informieren und aufzuklären, dass das Assessment jederzeit abgebrochen werden kann und auch keinerlei Verpflichtungen oder Konsequenzen aus dem Assessment resultieren. Die Ergebnisse, sofern gewünscht, bleiben bei den Angehörigen. Man könnte in diesem Rahmen auch von einer einfachen Kontextklärung sprechen. Diese enthält nach Widulle unter anderem den Anlass für das Gespräch, die Ziele sowie Gesprächsthemen und Inhalte (vgl. Widulle 2012: 66-68). Übertragen auf das Assessment bedeutet das, neben den eben erwähnten Informationen kurz zu erklären, was es mit dem Assessment auf sich hat, warum dieses durchgeführt wird und welche Themen besprochen werden. Die Bedeutung von Informationen und Aufklärung wird in einem Zitat von Widulle treffend auf den Punkt gebracht: *„Information ist Macht; Intransparenz und das Vorenthalten bedeutsamer Informationen erhöhen Angst und Abwehrverhalten von Gesprächspartnern“* (ebd.: 87). Besonders für die Personengruppe der pflegenden und betreuenden Angehörigen, denen oftmals großes Misstrauen zugeschrieben wird, scheint dieser Aspekt im Rahmen des Assessments zentral. Ist diese Phase abgeschlossen und sind die Fragen geklärt, steht der Durchführung des Assessments nichts mehr im Wege.

Nachdem der Assessmentbogen gemeinsam mit den Angehörigen ausgefüllt wurde und die Auswertung erfolgt ist, kommt es zu einer zentralen Phase im Assessment, der Ergebnisbesprechung. Obwohl der Punkteanzahl in der Praxis wenig Bedeutung eingeräumt wurde, ist man im Rahmen der Gruppendiskussion zu dem Schluss gekommen, dass es hilfreich wäre, die Punkteanzahl anhand des in Kapitel 7.4.1 vorgestellten Visualisierungsinstrumentes zu vermitteln. Damit wird das Ergebnis für die Angehörigen sichtbar und greifbar und es besteht später auch die Möglichkeit, im Sinne einer Motivationsförderung, auf eine höhere Punkteanzahl hinzuarbeiten.

Gemeinsam kann man den ausgewerteten Assessmentbogen durchgehen, betroffene Themenbereiche identifizieren und die Dringlichkeit einer Beratung feststellen – kurz, man thematisiert das Ergebnis. Vor dem Hintergrund der gewonnenen Erkenntnisse sowie den Wünschen der Pflegeplaner*innen können hierfür verschiedene Vorschläge zur Gesprächsführung und Formulierungsmöglichkeiten hilfreich sein und zur Anwendung kommen. Nachdem ein Gespräch ein „*komplexes, vielschichtiges, flüchtiges und in der Regel temporeiches Geschehen*“ (Widuelle 2012: 29) darstellt, wird nicht der Anspruch verfolgt, ein idealtypisches Schema inklusive passgenauer Interventionen anzubieten. Vielmehr sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, die im Rahmen der Besprechung des Ergebnisses hilfreich sein können und später im Sinne eines Werkzeugkoffers, wie es eine Pflegeplanerin im Interview formuliert, bereitgestellt werden.

8.4.2 Sinnvolle Gesprächshaltungen

Bevor auf spezielle Gesprächstechniken und Formulierungsmöglichkeiten im Rahmen der Ergebnisbesprechung eingegangen wird, sollen vorab hilfreiche Gesprächshaltungen thematisiert werden, die für das gesamte Assessment relevant sind. Huber und Röck (2017) identifizieren folgende Gesprächshaltungen, die sich in der Kommunikation mit pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen im Rahmen der Unterstützungskonferenz als hilfreich erwiesen haben:

Stellvertretende Hoffnung⁷

Besonders in Fällen mit großer Resignation und Hoffnungslosigkeit kann durch das Ausstrahlen von Positivität und dem vermittelten Glauben an eine erfolgreiche Entwicklung des Verlaufs die Zuversicht und Motivation der betroffenen Personen gefördert werden (vgl. Huber / Röck 2017: 68). Allerdings muss hier angemerkt werden, dass Personen, die an einer Unterstützungskonferenz teilnehmen, bereits Hilfe angenommen haben. Im Rahmen des Assessments befindet man sich am Beginn eines möglichen Unterstützungsprozesses, der noch die Bereitschaft der Angehörigen erfordert. Dennoch kann die Haltung vor allem bei Personen, die bereits an oder über den Belastungsgrenzen angelangt sind und das auch während des Assessments kommunizieren, hilfreich sein.

Wertschätzung und Begegnung auf Augenhöhe

Überdies betonen die Autorinnen die Bedeutung einer respektvollen Gesprächshaltung: „*Wertschätzender Umgang und Kommunikation auf Augenhöhe [...] trägt [sic!] wesentlich zu einer positiven Gesprächskultur und gelingenden Interaktion bei*“ (Huber / Röck 2017: 67). Dazu können zum Beispiel eine offene Körperhaltung- und Sprache, Aufmerksamkeit und Zuwendung sowie die Anpassung der Sprache (z.B.: Sprachtempo, Tonlage etc.) beitragen (vgl. ebd.: 67f).

⁷ Der Begriff stammt von Cullberg (1978) und findet vor allem im Zusammenhang mit Krisen, Krisenintervention, Krisentherapie aber auch im Kontext der Pflege Anwendung (vgl. Huber / Röck 2017: 68).

Leichte Sprache

Huber und Röck empfehlen in der Kommunikation und in der Bereitstellung von Infomaterial die Verwendung von leichter und bildhafter Sprache (vgl. Huber / Röck: 69f). Das kann die Kooperationsbereitschaft fördern und sichert das Verständnis und die Teilhabe der Personen am Prozess (vgl. ebd.: 70). Im Kontext des Assessments ist das insbesondere auch für die Aufbereitung der Informationen über die Soziale Arbeit sowie mögliche Beratungsinhalte von Bedeutung, die in Kapitel 8.4.5 erarbeitet werden.

8.4.3 Hilfreiche Gesprächstechniken und ihre Anwendung

Widulle beschreibt als eine der Hauptaktivitäten in der Gesprächsführung das hilfreiche Fragen (vgl. Widulle 2012: 104). Dabei können vor allem offene Fragen dazu beitragen, die subjektive Einschätzung der Angehörigen zu erfassen (vgl. ebd.: 105). Darüber hinaus wird diese Art des Fragens in der Regel als Ausdruck von Interesse und Fürsorglichkeit wahrgenommen, wodurch auch die Beziehung gefördert wird (vgl. Rollnick et al. 2012: 69). Im Kontext des Assessments könnte das bedeuten, sich nach der Vermittlung der Punkteanzahl zunächst einmal bei den Angehörigen zu erkundigen, wie es ihnen mit dem Ergebnis des Assessments ergeht. Offene Fragen eignen sich demnach vor allem als Einstieg in die Ergebnisbesprechung, sind aber auch im Hinblick auf die Veränderungsbereitschaft der Angehörigen hilfreich. So könnte man etwa fragen:

- „Was wollen/möchten/wünschen/hoffen Sie?“ (Rollnick et al. 2012: 82)
- „Was ist möglich? Was können oder könnten Sie tun?“ (ebd.)

Fragen, die meistens Defensivreaktionen hervorrufen und daher im Kontext des Assessments vermieden werden sollten, sind folgender Art:

- Warum wollen Sie nicht...?
- Warum können Sie nicht...?
- Warum haben Sie nicht...?
- Warum müssen Sie...?
- Warum tun Sie nicht...?
(vgl. ebd.: 83)

Jene Fragen führen eher dazu, dass Klient*innen den Status Quo verteidigen und diesen dadurch auch noch festigen (vgl. ebd.).

Wertschätzung und Anerkennung

Die Bedeutung von Wertschätzung und Anerkennung lässt sich nicht nur auf eine Haltung beschränken, sondern kann auch als Gesprächstechnik dazu beitragen, das Bewusstsein der pflegenden und betreuenden Angehörigen zu fördern. Wie im Zitat von Nagl-Cupal et al. weiter oben schon festgehalten, braucht es ein Bewusstsein dafür, dass die Pflege und Betreuung von Angehörigen eine anspruchsvolle und herausfordernde Tätigkeit ist, für die auch Unterstützung eingeholt werden kann. Im

Rahmen des Assessmentgesprächs könnten folgende Formulierungen diesem Aspekt Rechnung tragen:

- Bedenken Sie, was sie alles tagtäglich leisten – das ist nicht selbstverständlich.
- Sie leisten da wirklich etwas Besonderes.
- *„Es ist bemerkenswert wieviel eigene Kraft Sie für die Betreuung aufopfern“* (Volkshilfe Österreich 2019: 35)
- *„Ich bin erstaunt, was Sie für Situationen tagtäglich miterleben und Sie trotzdem so stark sind“* (ebd.: 33).

Pacing

In engem Zusammenhang mit Wertschätzung und Anerkennung des Gegenübers steht der Begriff des *Pacing*. Er kommt ursprünglich aus der Hypnotherapie nach Erickson und meint das kongruente und detaillierte Einstimmen auf das momentane, kontextbezogene Weltbild des Gegenübers (vgl. Schmidt 2012: 1). Das Konzept des *Pacing*, so könnte man verkürzt sagen, geht davon aus, dass es Klient*innen leichter fällt, sich auf Angebote einzulassen, wenn man das Erleben und die Situation der betroffenen Personen ausreichend würdigt und wertschätzt (vgl. ebd.: 2). Im Kontext von pflegenden und betreuenden Angehörigen könnten folgende Pacing-Formulierungen hilfreich sein:

- Es muss teilweise unheimlich schwer für Sie sein, beeindruckend wie Sie das schaffen.
- Sie stoßen sicherlich oft an ihre Grenzen und trotzdem versuchen Sie immer ihr Bestes zu geben, wirklich beeindruckend.
- Ich bin erstaunt, wie viel Kraft und Energie Sie für die Betreuung ihres Angehörigen investieren. Man merkt sehr, dass ihr*e Angehörige*r einen hohen Stellenwert für Sie hat.
- Ich verstehe vollkommen, dass Ihnen manchmal zum Weinen ist, es ist auch wirklich anstrengend, das dürfen Sie nicht unterschätzen.
- Die Tätigkeiten in der täglichen Pflege und Betreuung sind keinesfalls zu unterschätzen, sie leisten hier täglich wirklich Enormes.
(vgl. Volkshilfe Österreich 2019: 33)

Sorgeformulierung

Eine Sorgeformulierung ist ein integraler Bestandteil des Familienrats (vgl. Goger 2019: 56), der vor allem im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendhilfe zum Einsatz kommt. In den letzten Jahren findet das Modell auch Eingang in andere Kontexte⁸. Zentral an der Sorgeformulierung ist die Abkehr von der Formulierung eines Problems hin zur Äußerung einer persönlichen Sorge (vgl. ebd.). Aspekte einer Sorgeformulierung wurden

⁸ An dieser Stelle ist auf die Masterthese *„Family Group Conference in unterschiedlichen Kontexten. Internationale Entwicklungen und Gegenüberstellung etablierter Projekte“* von Zwirchmayr Yvonne (2017) verwiesen, die darin einen umfangreichen Überblick über die Einsatzmöglichkeiten des Familienrats gibt.

im Rahmen der Kategorienbeschreibung auch schon in der Vorgehensweise einer Pflegeplanerin deutlich. Wesentlich für die Technik ist die Begründung einer Sorge anhand von Fakten und Beobachtungen (vgl. Früchtel / Erzsebet 2014). Durch das Ausdrücken von Betroffenheit bringt man die eigene affektive Anteilnahme zum Ausdruck (vgl. ebd.). Die Sorge wird mit Verständnis und Wertschätzung aufgeladen, damit betroffene Personen die Erklärung nicht als Anklage verstehen (vgl. ebd.). Hilfreich für eine Sorgeformulierung kann auch das „Normalisieren“ von Situationen sein. Als Gesprächstechnik trägt Normalisierung zur Entlastung der Klient*innen bei und hilft ihnen, die Situation anders einzuschätzen (vgl. Pantucek 1998: 2).

Nachdem es unrealistisch erscheint, eine vollständige Sorgeformulierung für das Assessment vorzubereiten, werden hier verschiedene Formulierungen vorgeschlagen, die der Sorge um die pflegenden und betreuenden Angehörigen Rechnung tragen. Umgemünzt auf einen sozialarbeiterischen Bedarf, könnten diese folgendermaßen aussehen:

- Ich sehe, dass sie erschöpft / müde / emotional / gestresst / verzweifelt sind.
- Ich mache mir Sorgen, dass sie das nicht mehr lange aushalten und an ihre Grenzen stoßen.
- Ich mache mir Sorgen um Sie und um Ihre Gesundheit.
- Sie haben da sehr hohe Erwartungen an sich.
- Sie tragen eine hohe Last mit sich.
- Sie leisten enorm viel.
- Ihr*e Angehörige*r ist Ihnen so wichtig und Sie wollen nur das Beste für ihn. Aber wissen Sie, wenn es Ihnen nicht so gut geht, dann können Sie auch für ihre*n Angehörige*n nicht gut sorgen.⁹
- Eine Betreuungssituation ist anstrengend und herausfordernd, das ist nicht selbstverständlich, was sie leisten.
- Das kann niemand langfristig durchhalten.
- Das kann man nicht alleine bewältigen.
- *„Es ist vollkommen normal, dass die Umgangsweise mit dem Verhalten ihres Angehörigen wirklich eine schwere Aufgabe ist“* (Volkshilfe Österreich 2019: 34)

Wie in den Ausführungen deutlich geworden ist, können die Formulierungsvorschläge nicht immer eindeutig einer Technik zugeordnet werden. So können Pacing-Formulierungen und wertschätzende und anerkennende Worte auch im Rahmen der Sorgeformulierung zum Einsatz kommen.

Die Analyse hat ergeben, dass die ersten Reaktionen der Angehörigen auf Hilfs- und Unterstützungsangebote oftmals mit Ablehnung verbunden sind und dass Hilfeannahme

⁹ Dieser Zusammenhang lässt sich nach Pochobradsky et al. (2005) auch belegen, so heißt es in ihrer Studie: *„Ein gesicherter Befund aus der wissenschaftlich-pädagogischen Forschung gilt auch hier: Geht es den privaten Pflegepersonen gut, steigt auch die Lebensqualität der pflegebedürftigen Personen“* (Pochobardsky et. al. 2005: 1).

als Prozess zu verstehen ist. Dementsprechend macht es Sinn, die pflegenden und betreuenden Angehörigen nach der Ergebnisbesprechung zunächst einmal unverbindlich über das Beratungsangebot zu informieren, ohne dabei Entscheidungsdruck auszuüben. Das könnte zum Beispiel folgendermaßen geschehen:

- „Haben Sie einmal darüber nachgedacht, wie sie sich etwas mehr entlasten könnten, damit es ihnen gesundheitlich ein Stück besser geht?“ (Volkshilfe Österreich 2019: 35)
- Es gibt da eine erfahrene Kollegin, die sehr nett ist, die sich mit solchen Situationen gut auskennt und schon vielen Familien weitergeholfen hat. Und die würde auch Sie unterstützen, wenn Sie es möchten.
- Das ist ein Angebot, sie müssen jetzt nichts entscheiden. Denken Sie einfach darüber nach.

Mit der zweiten Formulierung soll vor allem den Ängsten der Angehörigen im Hinblick auf die Teilnahme von ihnen fremden Personen am Prozess entgegengewirkt und ein positives Bild des*der Sozialarbeiters*in vermittelt werden. An dieser Stelle können, sofern passend, auch erste Informationen über die Sozialarbeit und die Beratung vermittelt werden, die den negativen Assoziationen mit der Profession Rechnung tragen sollen. Worauf bei der Informationsvermittlung zu achten ist, wird in den folgenden Kapiteln noch thematisiert. Außerdem können den Angehörigen auch Reflexionsfragen mit auf den Weg gegeben werden, die wie folgt lauten könnten:

- Hören Sie einmal in sich hinein.
- Überlegen Sie, wie es ihnen jeden Tag geht.
- Denken Sie einmal in Ruhe über ihre Gesundheit / die Pflegesituation / die Gesamtsituation nach.

Abschließend sollte darauf verwiesen werden, dass sich die Angehörigen jederzeit telefonisch melden können, etwa wenn weitere Fragen auftauchen, sie einen zusätzlichen Termin benötigen oder das Unterstützungsangebot gerne annehmen möchten.

8.4.4 Umgang mit Widerstand und Ablehnung

Insbesondere bei der Ergebnisbesprechung waren die Reaktionen der Angehörigen – wie sich in der Analyse gezeigt hat – häufig mit Widerstand verbunden. Dieser äußerte sich zum Beispiel in der fehlenden Bedarfseinschätzung, unterschiedlichen Wahrnehmungen, dem Nicht-eingestehen-Wollen sowie allgemein in der fehlenden Bereitschaft, Hilfe anzunehmen. Die Gründe hierfür wurden bereits ausführlich behandelt. Zusätzlich zu den oben dargestellten Möglichkeiten sollen speziell für diese Fälle in Anlehnung an Gesprächsmethoden und -techniken, hilfreiche Interventionen sowie Formulierungsvorschläge erarbeitet werden.

Widulle empfiehlt grundsätzlich, auftretende Widerstände im Rahmen eines Gespräches zu thematisieren (vgl. Widulle 2012: 115). Das deckt sich auch mit einer der

angewandten Strategien einer Pflegeplanerin. So hat sich gezeigt, dass das direkte Ansprechen der unterschiedlichen Wahrnehmungen in der Situation durchaus hilfreich sein kann. Allerdings braucht es dazu eine gewisse Vertrauensbasis zwischen Angehörigen und Pflegeplaner*innen. Denn das direkte Ansprechen und Konfrontieren kann auch gegenteilige Reaktionen hervorrufen und Widerstand auslösen. Dementsprechend kann diese Vorgehensweise insbesondere dann empfohlen werden, wenn eine gute Beziehung gegeben ist und das notwendige Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten besteht, mit den nachfolgenden Reaktionen umgehen zu können. Dazu ist sicherlich auch Erfahrung in Gesprächsführung von Vorteil.

Ansonsten kann es im Umgang mit Widerstand hilfreich sein, Alternativen und Handlungsmöglichkeiten anzubieten (vgl. Widulle 2012: 115). Im Rahmen des Assessmentgesprächs könnte das bedeuten, das Gespräch abubrechen und einen anderen Termin zu vereinbaren. Folgende Formulierung wäre denkbar:

- Ich merke, Sie sind gerade sehr emotional und das Gespräch ist für Sie im Moment nicht wirklich hilfreich. Wollen wir eine kurze Pause machen / wollen wir das Gespräch auf einen anderen Tag verlegen oder erstmal ruhen lassen?

Wie sich in der Praxis gezeigt hat, kann es durchaus vorkommen, dass Angehörige während des Gesprächs völlig blockieren und an ihrer subjektiven Sichtweise festhalten. In diesen Fällen kann die vorgeschlagene Vorgehensweise durchaus sinnvoll sein und als Exit-Strategie dienen. Gesprächsmethoden, die sich mit Widerstand beschäftigen, kommen vor allem im Zwangskontext zum Einsatz. Speziell die motivierende Gesprächsführung bietet hier Anleihen für eine hilfreiche Kommunikation und soll im Folgenden vorgestellt werden.

8.4.4.1 Die Motivierende Gesprächsführung

Vorab muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass die motivierende Gesprächsführung ganze Bücher füllt und dementsprechend hier nicht der Anspruch verfolgt werden kann, den Ansatz in seinem vollständigen Umfang zu thematisieren. Vielmehr geht es darum, ausgewählte Erkenntnisse und Interventionen für unseren Kontext nutzbar zu machen. Das scheint eine durchaus legitime Vorgehensweise zu sein, wenn es etwa bei Fuller und Taylor heißt, dass *„Aspekte des Ansatzes [...] von jedem, der einem anderen bei einer Veränderung hilft, verwendet werden [können]“* (Fuller / Taylor 2012: 31). Begreift man das Annehmen von Hilfe als eine Veränderung, dann bietet die Methode vielfältige Hinweise und Möglichkeiten für das Assessment.

Miller und Rollnick definieren die motivierende Gesprächsführung als eine *„klientenzentrierte, direktive Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz“* (Miller / Rollnick 2004: 47). Der Ansatz beruht nach Fuller und Taylor auf folgender Annahme:

„Eine Veränderung tritt viel eher dort auf, wo Beziehungen aufgebaut werden, wo es ein echtes Bemühen um Verständnis gibt und ein Schwerpunkt auf Selbstbestimmung und die Entwicklung von intrinsischer Motivation gelegt wird“ (Fuller / Taylor 2012: 11).

Versteht man das Annehmen von Hilfe als eine Veränderung, dann ist der Ansatz für unseren Kontext durchaus geeignet. Zum einen bietet der Ansatz konkrete Interventionsmöglichkeiten im Rahmen eines Gesprächs auf Widerstand zu reagieren und zum anderen kann man mit der motivierenden Gesprächsführung den gesamten Prozess in den Blick nehmen, wie Klient*innen langfristig zu einer Verhaltensänderung motiviert und angeregt werden können. Die folgenden Ausführungen versuchen beides zu berücksichtigen.

Im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung geht es nicht darum, gewünschte Verhaltensweisen von außen durchzusetzen, sondern um die Entwicklung und Förderung der Eigenmotivation der Klient*innen für eine Veränderung. Um die Veränderungsmotivation zu fördern bietet der Ansatz verschiedene Möglichkeiten, die prinzipiell in unterschiedliche Phasen unterteilt sind, die sich auch mit dem Umgang mit Widerstand beschäftigen. Die genaue Beschreibung und Abfolge dieser Phasen scheint im Kontext des Assessments nicht zielführend¹⁰, weshalb vor allem jene Interventionen thematisiert werden, die in der Praxis auch wirklich Anwendung finden können und umsetzbar sind.

8.4.4.2 Interventionsmöglichkeiten im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung

Grundsätzlich sieht der Ansatz *„Widerstand als normalen Bestandteil eines Veränderungsprozesses an und ist sich dem Gefühl der Unsicherheit und Ambivalenz bezüglich der Veränderung bewusst“* (Fuller / Taylor 2012: 14). Der gezeigte Widerstand der pflegenden und betreuenden Angehörigen ist in diesem Sinne also eine natürliche Reaktion und wird vor dem Hintergrund der in Kapitel 8.3.2 und 8.3.5 thematisierten Ängste und Sorgen verstehbar. Im Gegensatz zum Konfrontieren vermeidet man im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung zunächst die Auseinandersetzung. Treten Widerstände im Rahmen eines Gesprächs auf, wird zugehört, Verständnis signalisiert und darauf verzichtet, Argumente und Gründe zu präsentieren, die für eine Veränderung sprechen (vgl. ebd.). Im Kontext des Assessments heißt das, davon abzulassen, die Angehörigen davon überzeugen zu wollen, eine weiterführende Beratung in Anspruch zu nehmen, sondern zunächst ihre Wahrnehmung, Gefühle und Sicht der Dinge bzw. Meinung anzuerkennen. Als Grundregel kann hier festgehalten werden, *„Widerstand nicht mit Widerstand zu begegnen“* (Miller / Rollnick 2004: 141). In diesem Zusammenhang beschreibt Widulle ein weiteres Element des Ansatzes:

„Empathie ausdrücken ist die Basis aller weiteren Interventionen. Gerade in Situationen, in denen Menschen äußerem Veränderungsdruck ausgesetzt sind [...] erleichtert aktives Zuhören und wertfreies Akzeptieren des Klienten die intrinsische Veränderungsmotivation“ (Widulle 2012: 128).

Ergänzend heißt es bei Miller und Rollnick, dass intrinsische Motivation *„in einer akzeptierenden, befähigenden Atmosphäre“* (Miller / Rollnick 2004: 30) entsteht, was wiederum die Bedeutung von positiver Anerkennung und Wertschätzung sowohl als

¹⁰ Für eine ausführliche Einführung in die motivierende Gesprächsführung wird auf Miller & Rollnick (2004) verwiesen.

Gesprächshaltung als auch als Technik unterstreicht. Der Stellenwert von Empathie beschränkt sich nicht nur auf die motivierende Gesprächsführung und ihre Interventionen, sondern kann auch als zentraler Bestandteil aller thematisierten Vorschläge gelten. Fuller und Taylor halten diesbezüglich fest, dass Empathie bei fast allen Ansätzen, die eine Veränderung zum Ziel haben, hilfreich ist (vgl. Fuller / Taylor 2012: 13). Das untermauern sie in Anlehnung an Luborsky et al. (1985) und Miller et al. (1980), die herausgefunden haben, dass der Grad der Empathie, den Klient*innen erfahren, von größerer Bedeutung für eine Verhaltensveränderung sein kann, als die Therapie- und Beratungsmethode selbst (vgl. ebd.).

Ein weiterer zentraler Schritt im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung ist das Entwickeln von Diskrepanzen. Miller und Rollnick verstehen darunter die *„Erzeugung und Verstärkung einer wahrgenommenen Diskrepanz zwischen dem gegenwärtigen Verhalten des Klienten und seinen grundsätzlichen Zielen und Werten“* (Miller / Rollnick 2004: 59). Das könnte auch im Kontext des Assessments hilfreich sein. Unterstellt man den Angehörigen, dass sie die Pflege und Betreuung bestmöglich gestalten wollen, dann könnte eine mögliche Diskrepanz zwischen der derzeitigen Situation und den damit einhergehenden Belastungen sowie dem Ziel der bestmöglichen Betreuung und Pflege bestehen. Das könnte zum Beispiel mit folgender Formulierung, die in ähnlicher Form bereits im Rahmen der Sorgeformulierung verwendet wurde, geschehen:

- Man merkt, wie wichtig Ihnen ihr*e Angehörige*r ist und dass Sie nur das Beste für ihn*sie wollen. Aber wissen Sie, wenn es Ihnen nicht so gut geht, dann können Sie auch für ihren Angehörigen nicht gut sorgen.

Fuller und Taylor betonen hier die Bedeutung eines vorsichtigen und reflektierten Vorgehens (vgl. Fuller / Taylor 2012: 13). Ziel ist es, die Veränderungsmotivation der Klient*innen zu fördern. In diesem Zusammenhang wird die Verwendung einer Motivationswaage empfohlen, die Vor- und Nachteile einer Veränderung / Beibehaltung aufzeigt. Im Rahmen des Assessments würde es sich durchaus anbieten, die Angehörigen einfach nach den Vor- und Nachteilen einer Veränderung der derzeitigen Situation zu fragen. Das ermöglicht eine Reflexion der Pflege- und Betreuungssituation und schafft mehr Klarheit. Dahinter steckt außerdem die Annahme, dass Argumente für eine Veränderung dann am effektivsten sind, wenn sie direkt von den Klient*innen kommen (vgl. Miller / Rollnick 2004: 62).

Wenn man das Gefühl hat, dass die Angehörigen noch wenig Bereitschaft für eine Veränderung zeigen, eignen sich auch hypothetische Fragen. Veränderungen wirken weniger bedrohlich, wenn man hypothetisch darüber spricht (vgl. Rollnick et al. 2012: 89). Adaptiert auf das Assessmentgespräch können solche Fragen in Anlehnung an Rollnick et al. (vgl. 2012: 90) folgendermaßen aussehen:

- Was könnte Sie dazu bewegen, sich dazu zu entscheiden, die Beratung in Anspruch zu nehmen?
- Wenn Sie bezüglich der Pflege- und Betreuungssituation etwas verändern würden, welche Vorteile könnte das haben?

- Stellen wir uns einmal für einen Augenblick vor, Sie würden weitere Unterstützung in Anspruch nehmen, wie würde sich ihr Leben dadurch verändern?
- Was müsste geschehen, dass Sie vom Wert X auf Wert Y kommen? (in Bezug auf das Ergebnis des Assessments)
- Wie würden Sie sich die momentane Situation anders wünschen?
- Wenn es so weitergeht wie bisher, ohne etwas bezüglich der Pflege- und Betreuungssituation zu verändern, was würde dann ihrer Meinung nach in einem Jahr geschehen?

Mit diesen Fragen soll dazu beigetragen werden, dass Angehörige „eine Veränderung allmählich in Erwägung ziehen“ (Fuller / Taylor 2012: 20). Ob eine Veränderung eintritt und diese letztendlich die Inanspruchnahme einer sozialarbeiterischen Hilfe oder anderen Formen der Unterstützung betrifft, sei dahingestellt. Damit zollt man dem Anspruch der motivierenden Gesprächsführung Rechnung, Menschen nicht zu einem von außen gewünschten Verhalten zu bewegen. Vielmehr geht es darum, Menschen dabei zu unterstützen, eigene Motivation und Gründe für eine Veränderung zu finden. An dieser Stelle ausführlicher auf die spezielle Methodik einzugehen, wie die Veränderungsmotivation von Klient*innen angeregt werden kann, scheint nicht zielführend, weil es grundlegende Kenntnisse über den Ansatz erfordert, die im Rahmen des anzuwendenden Bereichs nicht vorausgesetzt werden können.

Eine weitere Erkenntnis im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung, die auch von Bedeutung für das Assessment ist, betrifft die Vermittlung von Informationen. Rollnick et al. empfehlen in ihrem Buch, die Klient*innen immer um Erlaubnis zu bitten, bevor man Informationen oder Ratschläge erteilt (vgl. Rollnick et al. 2012: 121). Das begründen die Autoren damit, dass Informationen sehr leicht falsch ankommen können und Widerstand erzeugen, wenn die Klient*innen nicht bereit sind, diese zu empfangen (vgl. ebd.). Im Kontext des Assessments betrifft das zum einen das Angebot der Beratung, sowie mögliche Informationen über die Soziale Arbeit, konkrete Beratungsinhalte oder auch Erfahrungswerte. Wenn also die Angehörigen nicht selbst um die Informationen bitten und damit die Erlaubnis erteilen, sollte diese vorher eingeholt werden. In Anlehnung an Rollnick et al. (vgl. 2012: 121) wurden einige ihrer Vorschläge für das Assessment adaptiert:

- Sind Sie einverstanden damit, wenn ich Sie über ein Beratungsangebot informiere?
- Wären Sie einverstanden damit, wenn ich Ihnen kurz erkläre, was es mit der Beratung auf sich hat?
- Würde es Sie interessieren zu hören, wie Soziale Arbeit anderen Angehörigen geholfen hat?
- Darf ich Ihnen etwas vorschlagen?

Dabei geht es vor allem darum, die Angehörigen dazu einzuladen, neue Informationen und Perspektiven zu berücksichtigen (vgl. Miller / Rollnick 2004: 62).

Abschließend kann bezüglich der Gesprächsführung im Rahmen des Assessments festgehalten werden, dass sich Anwender*innen mit den Gesprächstechniken- und

Haltungen bzw. Formulierungsvorschlägen wohl fühlen müssen. Denn letztendlich, so heißt es bei Pantucek im Kontext von Beratungsgesprächen, entscheidet auch die Authentizität über den Erfolg und die Glaubwürdigkeit (vgl. Pantucek 1998), was wohl auch auf die Situation des Assessments übertragen werden kann. Insofern verstehen sich die methodischen Vorschläge und Empfehlungen als Anregungen, die hilfreich sein können. Man könnte es mit einem Werkzeugkoffer vergleichen, aus dem Anwender*innen jene Tools und Techniken verwenden, mit denen sie sich wohl fühlen. Oder wie es Pflegeplanerin_B auf den Punkt bringt: „*Ich denk mir, jeder kann sich daraus nehmen, was für ihn brauchbar ist*“ (Gruppendiskussion: 13/27-28).

8.4.5 Information und Aufklärung

Das vorletzte Kapitel dieses Schwerpunktes befasst sich mit den Informationen, die den Pflegeplaner*innen ein großes Anliegen waren. Diese betreffen zum einen die Soziale Arbeit im Allgemeinen aber auch die Leistungen und Inhalte der sozialarbeiterischen Beratung. Dabei ging es den Pflegeplaner*innen insbesondere um die Vermittlung von Informationen an die Angehörigen. Entlang der Fragen, die in Kapitel 8.3.8 aufgeworfen wurden, werden diese Informationen zusammengetragen und in verständlicher Art und Weise Eingang in das Modell finden.

Was ist Soziale Arbeit?

Nachdem, wie in der Analyse deutlich wurde, Soziale Arbeit für viele pflegende und betreuende Angehörige oftmals mit Fragezeichen verbunden ist und zum Teil auch negative Assoziationen hervorruft, zeigt sich die Notwendigkeit, einige Informationen über die Profession zur Verfügung zu stellen. Die Frage, was Soziale Arbeit denn ist, wird vielfältig und sehr unterschiedlich beantwortet (vgl. Kraus 2016: 18). Am naheliegendsten scheint hier zunächst, sich an der Definition des IFSW (International Federation of Social Workers) zu orientieren. Die deutsche Übersetzung durch die Berufsverbände von Österreich (OBDS), Deutschland (DBSH) und der Schweiz (avenirsocial) dazu lautet folgendermaßen:

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein“ (DBSH 2016).

Nachdem die Definition einen Grundkonsens der 120 Mitgliedsorganisationen des IFSW (Stand: März 2020) bildet, bleibt sie auch dementsprechend allgemein. Für Pflegefachkräfte und pflegende und betreuende Angehörige wird eine Definition in dieser Form wenig dienlich sein. Dementsprechend soll die Definition um einige Aspekte des Berufsbildes sowie ethischer Standards ergänzt werden, die im Kontext von pflegenden und betreuenden Angehörigen besonders relevant erscheinen. Vor dem Hintergrund,

dass die Assoziationen der Angehörigen mit Sozialer Arbeit insbesondere den Kontrollaspekt berühren, sind folgende handlungsleitende Prinzipien der Sozialen Arbeit hervorzuheben:

- *„SozialarbeiterInnen sind den Menschenrechten verpflichtet“ (OBDS 2004)*
- *„SozialarbeiterInnen gehen auf die Ziele der Betroffenen ein. Sie respektieren und fördern deren Selbstbestimmung. Ihre Hilfeleistung baut auf den Ressourcen der KlientInnen auf. Sie endet in der Regel, sobald der/die KlientIn sich ausreichend selber helfen kann, beziehungsweise wenn die professionelle Hilfe aus fachlicher Sicht nicht mehr nötig erscheint; wenn es der/die KlientIn wünscht und/oder es die gesetzlichen Regelungen vorsehen“ (ebd.).*
- *„Sozialarbeit versteht jeden Menschen als Expert*in ihres/seines eigenen Lebens und begegnet dieser Expertise mit Wertschätzung und Gleichberechtigung. Sozialarbeit fördert Menschen in der Erhaltung ihrer Würde, befähigt sie [sic!] ihrem Lebensumfeld zu handeln und unterstützt sie bei der Bewältigung ihrer Lebensherausforderungen“ (OBDS 2017).*

Nachdem sich gezeigt hat, dass die Ablehnung von Hilfe oftmals auch mit den Ängsten und Sorgen der Angehörigen bezüglich der zu preisgebenden Informationen sowie der Angst vor den Reaktionen des Umfeldes zusammenhängt, können auch folgende ethische Standards Sicherheit geben:

- *„SozialarbeiterInnen achten die Privatsphäre der KlientInnen. Sie erheben und dokumentieren nur jene Informationen, die für die Hilfeleistung notwendig sind“ (OBDS 2004).*
- *„Für alle Sachverhalte, die im Rahmen der Leistungen der professionellen Sozialarbeit bekannt werden, gilt grundsätzlich Verschwiegenheitspflicht“ (ebd.).*
- *„Im Betreuungsprozess bemühen sich die SozialarbeiterInnen laufend um ein Höchstmaß an Transparenz gegenüber den KlientInnen“ (ebd.).*

In den Interviews wurde auch häufig der Unmut der Angehörigen über die politische Situation im Hinblick auf das Thema Pflege thematisiert. Dementsprechend kann es auch förderlich sein, hier den Anspruch der Sozialen Arbeit aufzuzeigen, der im Berufsbild folgendermaßen festgehalten ist:

*„Gleichzeitig arbeiten Sozialarbeiter*innen auf der gesellschaftlichen Ebene auf sozialen Wandel hin, der den Einzelnen die Befriedigung der physischen, psychischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Bedürfnisse und ihre Entfaltung ermöglicht“ (OBDS 2017).*

In Bezug auf die Soziale Altenarbeit nennt die österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa) auf der Meso-Ebene institutionelle und kommunalpolitische Gestaltung sowie Berufspolitik und Lobbying-Arbeit für benachteiligte und vulnerable Bevölkerungsgruppen auf makropolitische Ebene (vgl. ogsa 2017: 8).

Um ein Bild über die Soziale Arbeit zu vermitteln, können exemplarisch auch berufsspezifische Tätigkeiten angeführt werden. Diese umfassen Information, Beratung, Betreuung, Vermittlung, Vertretung, Krisenintervention, Ressourcenerschließung,

Vernetzung und Koordination, Öffentlichkeitsarbeit, sozialpolitische Aktivitäten, Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Sozialplanung, Planung präventiver Maßnahmen und Projekte, Sozialmanagement, Soziale Diagnose, gutachterliche und fachliche Stellungnahmen, Dokumentation und Evaluation sowie berufspolitische und sozialpolitische Arbeit (vgl. OBDS 2017).

Was kann Soziale Arbeit im Kontext von pflegenden und betreuenden Angehörigen leisten?

Die ogsa hält in einem Positionspapier fest, dass Angehörigenarbeit ein zentraler Bestandteil des Aufgabenspektrums und Qualifikationsprofils von Sozialer Altenarbeit ist (vgl. ogsa 2017: 13). Im Kontext von Beratung und Begleitung kann es zum Beispiel um Orientierung und Entscheidungsfindung in Bezug auf entlastende Hilfsmöglichkeiten und zur Vorbeugung von sozialer Isolation gehen (vgl. ebd.). Das Potential von Sozialer Arbeit in diesem Bereich sehen sie vor allem bei Lebensübergängen und kritischen Lebensereignissen, wo Menschen ihr Leben neu organisieren müssen und fachlich fundierte, lebenspraktische Unterstützung und emotionale Entlastung benötigen (vgl. ebd.: 8). Zu den konkreten Unterstützungsmöglichkeiten, die Soziale Arbeit in diesem Bereich bieten kann, wurde eine erfahrene Expertin befragt. Sie nennt folgende Leistungen:

- Sozialrechtliche Beratung: Soziale Arbeit verfügt über ein großes Wissen über sozialrechtliche und finanzielle Ansprüche (z.B. Pflegegeld, Gebührenbefreiungen, Wohnzuschuss, Versicherungsleistungen für pflegende Angehörige, Zuschüsse für Adaptierungen von Wohnräumen)
- Hilfestellung bei Beantragung dieser Leistungen
- Ressourcenwissen: Soziale Arbeit kann beraten und vermitteln zu passgenauer Hilfestellung (z.B. mobile Dienste, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Übergangspflege, Heimaufnahme, Palliativteam, Hospiz) und zu deren Finanzierung und Kostenbeteiligung
- Angewandtes Rechtswissen (z.B. Überblicksinformationen über Erwachsenenvertretung, Patientenverfügung)
- Informationsgespräche (z.B. über den Umgang mit an demenzerkrankten Personen)
- Entlastende Gespräche
- Hilfestellung bei der Organisation und Finanzierung von Hilfsmitteln und Pflegebehelfen
- Moderation bei Helfer*innenkonferenzen, Gesprächen mit Familien
- Evtl. Initiative zu Selbsthilfegruppen-Gründung
- Hilfestellung bei der Heimübersiedlung, wenn keine Angehörigen vorhanden (z.B. Hilfestellung bei Wohnungskündigung, Abmeldung)
- Professionelle Anregung einer Erwachsenenvertretung, wenn Person nicht mehr in der Lage ist, selbst zu entscheiden
- Netzwerkarbeit: Aktivierung von Ressourcen
- Koordinierung mehrerer Hilfsangebote für Klient*innen
- Unterstützung bei Behördenkontakten (z.B. Klage Pflegegeldstufe)

(vgl. E2)

Ergänzend wird das Profil der Sozialen Altenarbeit durch existenzsichernde Maßnahmen, Wissen über Vorsorgemöglichkeiten, Unterstützung beim Zugang zu verständlichen Informationen sowie einen Überblick über unterschiedliche Hilfsangebote beschrieben (vgl. ogsa 2017: 8). Bezüglich dem Wunsch nach Informationen über die konkreten Inhalte der sozialarbeiterischen Beratung wird auf den dritten Schwerpunkt der Masterthese (siehe Kapitel 9) verwiesen, in dem ausführlich auf die Inhalte und Themen des Beratungsgesprächs eingegangen wird. Die Erkenntnisse fließen dann ebenfalls in die Handreichung für Anwender*innen ein. Spezifische Ziele zu benennen scheint hingegen weniger zielführend. Diese werden als Teil des Beratungsprozesses ausgehandelt und vereinbart und können demnach sehr individuell sein. Allerdings kann hier der Verweis auf die Ziele der Sozialen Arbeit als Profession hilfreich sein. Im Kontext der Aufklärung über die Beratung können folgende, im Berufsbild festgehaltenen Ziele relevant sein:

- Verbesserung des Wohlergehens
- Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen
- Befähigung und Ermutigung von Menschen, die Herausforderungen des Lebens zu bewältigen
- Gesellschaftliche Teilhabe
- Ermöglichung eines gelingenden Lebensentwurfes von Einzelnen

(vgl. OBDS 2017)

Zwar bleiben diese Ziele sehr allgemein, was im Kontext der pflegenden und betreuenden Angehörigen nicht unvorteilhaft ist. Zu konkrete Informationen über die Beratung und mögliche Ziele, wie etwa Ressourcenaktivierung und Netzwerkarbeit, lösen wohl eher Widerstand und Angst aus und scheinen daher wenig geeignet. In diesem Sinne sind neutral formulierte, für die meisten Menschen erstrebenswerte Ziele der Sozialen Arbeit, durchaus angebracht. Damit bleibt man bei einigen Grundinformationen und geht nicht zu sehr ins Detail. Prinzipiell wäre es auch denkbar, dass man den Angehörigen mitteilt, dass im Rahmen eines gewissen Spielraums an jenen Zielen gearbeitet wird, welche die Angehörigen selbst gerne verfolgen würden.

Während einige der Informationen ohne größere Veränderungen in die Handreichung einfließen können, sind andere doch eher abstrakt und erfordern demnach eine sprachliche Anpassung. Ausgehend von der Fülle an Informationen wird versucht, alltagssprachliche und lebensweltorientierte Formulierungen für die Kernaussagen zu finden.

Angesichts der Komplexität und Abstraktheit der oben genannten Definition von Sozialer Arbeit, scheint eine direkte Übersetzung in einfache Sprache ein wenig aussichtsreiches und lohnenswertes Unterfangen zu sein. Sinnvoller und anschaulicher ist es wohl, die Soziale Arbeit unter Berücksichtigung der relevanten Elemente und Merkmale zu charakterisieren. Das könnte folgendermaßen aussehen:

Soziale Arbeit...

- ... ist ein Beruf wie etwa die Medizin oder die Pflege, den man erlernen muss.
- ... möchte das Wohlbefinden von Menschen verbessern.
- ... hilft Menschen bei der Bewältigung der Herausforderungen des Lebens und des Alltags.
- ... orientiert sich an der Selbstbestimmung von Menschen.
- ... setzt sich dafür ein, dass alle Menschen ein gerechtes Leben führen können.
- ... versucht, positive Veränderungen für die Gesellschaft zu bewirken.

Bei der Frage, was Soziale Arbeit für pflegende und betreuende Angehörige leisten könnte, ist ebenfalls eine Reduktion und Übersetzungsleistung erforderlich. Folgende Formulierungen wären denkbar:

Sozialarbeiter*innen...

- ... helfen Ihnen als Angehörige dabei, Wege zu finden, wie Sie besser mit den Herausforderungen des Alltags umgehen können.
- ... hören Ihnen zu und können Ihnen Tipps geben, wie sie sich entlasten können.
- ... geben Ihnen Orientierung und unterstützen Sie bei schwierigen Entscheidungen.
- ... finden mit Ihnen gemeinsam heraus, ob sie Jemand in Ihrer Situation unterstützen könnte.
- ... können Ihnen Ratschläge geben, wie Sie besser mit dem Verhalten von ihrer*m zu Pflegenden umgehen können.
- ... können Sie über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten informieren und Ihnen dabei helfen, diese zu beantragen.
- ... wissen über verschiedene Unterstützungsangebote Bescheid und können Ihnen dabei helfen, die für Sie passenden Angebote zu finden und zu organisieren.
- ... stellen Ihnen verschiedene Informationen zur Verfügung.

Die handlungsleitenden Prinzipien und ethischen Standards benötigen nur kleine Adaptierungen. Sie sind angesichts der oben erwähnten Erkenntnisse jedoch sehr wichtig und können folgendermaßen festgehalten werden:

Sozialarbeiter*innen

- ... besprechen alle Schritte mit Ihnen und machen nichts ohne Ihre Erlaubnis.
- ... geben keine Informationen von Ihnen an andere weiter.
- ... gehen auf Ihre Ziele ein und respektieren Ihre Entscheidungen.
- ... orientieren sich an den Menschenrechten.

Damit stehen zukünftigen Anwender*innen verschiedene Informationen über die Soziale Arbeit in relativ einfacher Sprache zur Verfügung, die sie den Angehörigen näher bringen können und Ihnen dabei helfen sollen, das Beratungsangebot zu vermitteln. Ebenso wie die Ergebnisse der Ausarbeitung zur Gesprächsführung werden die Informationen in das überarbeitete Assessment integriert und als Handreichung festgehalten. Ob und

inwiefern die Praxistauglichkeit gegeben ist, bedarf einer weiteren Erprobung in der Praxis und wäre für den zukünftigen Einsatz des Modells von Bedeutung.

Abschließend bleibt an dieser Stelle nochmal zu betonen, dass sich die Handreichung für Anwender*innen als Empfehlungen verstehen und natürlich nicht verpflichtend zu befolgen sind. Sie sollen die notwendige Orientierung geben und dabei unterstützen, das Assessment sinnvoll in der Praxis einzusetzen.

8.5 Resümee

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es pflegenden und betreuenden Angehörigen oftmals schwerfällt, Hilfe anzunehmen. Die Gründe dafür sind vielfältig und reichen von der moralischen Verpflichtung, der subjektiven Belastung und Wahrnehmung der Situation, Misstrauen, Angst vor Stigmatisierung bis hin zu finanziellen Aspekten. Dementsprechend ist es in der Praxis nicht so, dass die Personengruppe der pflegenden und betreuenden Angehörigen auf die Sozialarbeit wartet. Das zeigt sich vor allem in der Herausforderung, Angehörige für das Assessment sowie bei einem festgestellten Bedarf für eine sozialarbeiterische Beratung zu gewinnen.

Während sich eine Erklärung für die hohe Ablehnungsquote speziell auf die Profession der Sozialarbeit bezieht, decken sich andere Gründe zum Teil auch mit den eben genannten. Die Vorbehalte gegenüber der Sozialen Arbeit stehen im Zusammenhang mit dem scheinbar verbreiteten Image als Kontroll- und Zwang-ausübende Profession im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe.¹¹ So ruft die Soziale Arbeit bei manchen Angehörigen negative Assoziationen hervor und löst Widerstand aus. Ein weiterer Grund für die Ablehnung der Beratung stellt die Hemmschwelle dar, fremden Personen Einblicke in die private Pflege- und Betreuungssituation zu gewähren.

Im Hinblick auf die Zustimmung zum Assessment, spielt vor allem die Beziehung zum*r Pflegeplaner*in eine Rolle. War eine gute Vertrauensbasis gegeben, so war es leichter, die Angehörigen für das Assessment zu gewinnen. Darüber hinaus fällt es Kund*innen insbesondere (aber nicht nur) zu Beginn des Betreuungsprozesses oftmals schwer, Informationen preiszugeben und über Belastungen zu sprechen, weshalb das Assessment eher dann empfohlen wird, wenn man die Angehörigen bereits besser kennt und eine Vertrauensbasis gegeben ist.

Die subjektive Belastung der Angehörigen hat ebenfalls Einfluss auf die Bereitschaft der Angehörigen, sich auf das Assessment und die Beratung einzulassen. Eine höhere Belastung geht tendenziell mit einer geringeren Bereitschaft einher. Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass sich viele Angehörige davor scheuen, offen über Belastungen und Überforderung zu sprechen. Dabei spielt wohl auch die Angst vor Stigmatisierung eine Rolle. Gelangen Angehörige allerdings an die Grenzen ihrer

¹¹ Eine Erklärung dafür liegt wohl im Doppel- bzw. Tripelmandat der Sozialen Arbeit. Für eine nähere Beschäftigung mit dem Begriff, siehe zum Beispiel Staub-Bernasconi (2013).

Belastbarkeit, dann steigt die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen. Das zeigen insbesondere die zwei zustande gekommenen sozialarbeiterischen Beratungsgespräche im Rahmen der Praxiserprobung.

Als wesentliche Elemente im Hinblick auf die Durchführung des Assessments können zunächst eine wertschätzende und anerkennende Gesprächshaltung, die Verwendung von einfacher Sprache und das Ausstrahlen von Zuversicht beschrieben werden. Um den Angehörigen Sicherheit zu vermitteln und Transparenz zu schaffen, ist auch eine einfache Kontextklärung zu Beginn des Gesprächs von Bedeutung. Gesprächstechniken wie „Pacing“ und „Normalisieren“, das Stellen von offenen und hypothetischen Fragen sowie die Sorgeformulierung helfen dabei, einen sozialarbeiterischen Bedarf zu thematisieren und das Beratungsangebot zu vermitteln. Im Umgang mit Widerstand und Ablehnung geben vor allem Erkenntnisse aus der motivierenden Gesprächsführung Anleihen für eine gelingende Kommunikation. Zum einen wurden hier konkrete Interventionen für auftretende Widerstände im Rahmen des Assessmentgesprächs erarbeitet. Zum anderen wurde versucht, den Prozess in den Blick zu nehmen und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie man die Veränderungsbereitschaft der Angehörigen, im Sinne des Annehmens von Hilfe, fördern könnte.

Die aufbereiteten Informationen über die Soziale Arbeit sollen dazu beitragen, dass Anwender*innen des Modells das Beratungsangebot angemessen vermitteln und den Angehörigen verständliche Informationen zukommen lassen können. Durch die Verwendung und Berücksichtigung von berufsethischen Standards und handlungsleitenden Prinzipien wird versucht, die Soziale Arbeit in ein anderes Licht zu rücken und den negativen Assoziationen der Angehörigen vorzubeugen.

Um zukünftige Anwender*innen nicht zu überfordern wurden die methodischen und informationsbezogenen Empfehlungen in verständlicher Art und Weise und in Form von konkreten Formulierungsvorschlägen in die Handreichung des überarbeiteten Assessments integriert (siehe Anhang A, Teil I, Teil V, Teil VI). Inwiefern das gelungen und die Praxistauglichkeit gegeben ist, bedürfte einer weiteren Erprobung. Zwar wurde versucht, die Vorschläge für die Gesprächsführung so einfach wie möglich zu gestalten, dennoch ist zu empfehlen, dass vor allem in Gesprächsführung erfahrene Fachkräfte das Assessment durchführen. Das liegt zum einen an der Komplexität und Unvorhersehbarkeit von Gesprächen und andererseits an den herausfordernden Gesprächssituationen im Rahmen des Assessments.

Im Rahmen der Evaluierung hat sich herauskristallisiert, dass pflegende und betreuende Angehörige Zeit benötigen, um sich auf Hilfs- und Unterstützungsangebote einzulassen. Die zuständige Pflegekoordinatorin formuliert das in der Gruppendiskussion sehr anschaulich: *„Das ist halt einfach ein langer, langer Prozess mit vielen Gesprächen, bis sich Angehörige zu einem Schritt durchringen“* (Gruppendiskussion: 15/16-18). Diese Erkenntnis hat auch theoretische und praktische Auswirkungen auf das entwickelte Modell. Ist man ursprünglich von einer einfachen Vorstellung mit einem einmaligen Assessment, einem konkreten Ergebnis und (k)einer weiterführenden Beratung ausgegangen (siehe Abbildung 2, Kapitel 4), muss man bei einem Bedarf vielmehr mit einem längerfristigen Prozess rechnen, der weitere Kontakte und Anbahnungsversuche

erfordert (siehe Abbildung 37, Kapitel 10). Lehnen Angehörige das Assessment oder die sozialarbeiterische Beratung ab, dann sind zukünftige Anwender*innen des Modells gefordert, sich nicht entmutigen zu lassen und weiter dran zu bleiben. Das bedeutet nicht, die Autonomie und Entscheidungsfreiheit der Angehörigen zu ignorieren. Vielmehr geht es darum, anerkennend, sensibel und sorgend nachzufragen und da zu sein, um die Motivation der Angehörigen für eine Veränderung „*im Interesse ihrer Gesundheit*“ (Rollnick et al. 2012: 23) und der des*r zu Pflegenden zu fördern. Dazu sollen die erarbeiteten Empfehlungen den notwendigen Rahmen zur Begleitung des Prozesses geben.

Ein letzter Punkt, der hier noch erwähnt werden soll, ist die Bedeutung von Bewusstseinsbildung auf einer gesellschaftlichen Ebene. Die Möglichkeit des Annehmens von Hilfe ist bei pflegenden und betreuenden Angehörigen oftmals aufgrund von Ängsten, Sorgen und Befürchtungen keine Option. Dementsprechend sind hier bewusstseinsbildende Maßnahmen im Hinblick auf die herausfordernde und anstrengende Tätigkeit der Pflege und Betreuung erforderlich, damit das Annehmen von Hilfe in Zukunft Selbstverständlichkeit und Normalität werden kann.

9 Sozialarbeiterische Intervention – Beratung und Clearing

Bauer Birgit

9.1 Einleitung und Forschungsfragen

Der dritte Schwerpunkt der Masterthese beschäftigt sich mit dem dritten Schritt unseres entstehenden Modells „Bedarfsklärung und Interventionsmöglichkeiten für pflegende und betreuende Angehörige“. Hier wird die spezifische sozialarbeiterische Intervention beschrieben. Unter Intervention werden sowohl die einzelnen Schritte eines*r Sozialarbeiters*in verstanden als auch das stattfindende sozialarbeiterische Gespräch als Ganzes. Intervenieren wird als „in ein Geschehen eingreifen, sich einschalten“ (Bibliografisches Institut 2020a) definiert und meint hier jede Handlung oder Äußerung, die von Seiten der Sozialarbeiter*innen gesetzt oder getätigt wird.

Die erste leitende Forschungsfrage lautet:

- Wie kann Soziale Arbeit methodisch bei einem sozialarbeiterischen Beratungsgespräch mit betreuenden und pflegenden Angehörigen vorgehen, um zu einer Verbesserung ihrer Betreuungssituation beizutragen?

Um diese Frage zu beantworten wird im zweiten Kapitel das methodische Vorgehen im sozialarbeiterischen Gespräch wissenschaftlich begründet und beschrieben. Gestartet wird mit Theoriekonzepten sozialarbeiterischen Handelns. Anschließend werden die Charakteristika beruflicher Handlungsstruktur beschrieben, bevor auf Gesprächsführung und Beratung als Teile sozialarbeiterischen Handelns eingegangen wird. Danach werden die wissenschaftlichen Grundlagen aus Kommunikationswissenschaft und Psychologie für diesen Teilbereich sozialarbeiterischer Interventionen beschrieben. Es folgt eine Sammlung von Merkmalen qualitativ hochwertiger Gesprächsführung. Am Ende dieses Kapitels wird noch auf die typischen Phasen eines Beratungsgesprächs eingegangen und die Besonderheiten eines Erstgesprächs, das gleichzeitig ein Clearinggespräch ist, werden näher beleuchtet.

Kapitel drei, die Datenanalyse, beschreibt den Prozess der Datensammlung, und wie diese Daten anschließend wissenschaftlich ausgewertet wurden.

Der vierte Teil widmet sich den Forschungsfragen:

- Wie reagieren betreuende und pflegende Angehörige auf sozialarbeiterische Interventionen?
- Welche Aspekte im Beratungsgespräch sollten fester Bestandteil sein?

Nach der Beschreibung von Inhalten und Beobachtungen in Beratung_A und Beratung_B erfolgt ein Vergleich der beiden Gespräche, bevor daraus Schlussfolgerungen gezogen werden und damit die Forschungsfragen beantwortet werden.

Im letzten Kapitel folgen die konkreten Empfehlungen für das sozialarbeiterische Beratungsgespräch in Form eines für Sozialarbeiter*innen und andere Fachkräfte der Beratung konzipierten Werkzeugkoffers.

9.2 Methodisches Vorgehen im sozialarbeiterischen Gespräch

Was ist nun das Besondere am sozialarbeiterischen Gespräch? Wodurch ist es gekennzeichnet, wodurch unterscheidet es sich von anderen Gesprächen? Zu Beginn wird eine Definition des Begriffs gestellt:

„[Methodisches Vorgehen] beinhaltet eine Sammlung von Analyse-, Planungs- und Reflexionsfragen und -regeln, die helfen kann, eine Aufgabe, ein Problem oder eine Situation nach den Regeln der professionellen Kunst zu bearbeiten“ (Spiegel 2013: 105). Aufgrund des in Kapitel 9.2.2 näher beschriebenen Technologiedefizits ist es jedoch nicht möglich, diese Sammlung an Fragen und Regeln wie ein Kochrezept Schritt für Schritt anzuwenden. Sozialarbeiterisches Handeln braucht mehr als das Wissen über diese Techniken. Sozialarbeiter*innen setzen sich immer wieder, und das wird bereits in der Ausbildung geübt, mit ihren eigenen Werten und Vorstellungen von Normalität reflexiv auseinander. Wie Widulle beschreibt, braucht es beide Elemente in der sozialarbeiterischen Tätigkeit:

„Die Arbeit an Menschenbild und Grundhaltungen gibt eine grundlegende und in ambiguen Situationen hilfreiche Orientierung, das Erlernen von Techniken schafft die nötigen Routinen zum Freiwerden der höheren kognitiven Prozesse und der nötigen Reflexivität. Letztlich funktioniert das eine nur mit dem anderen: beherrschte Technik und persönlich angeeignete Menschenbilder und Grundhaltungen“ (Widulle 2012: 19).

Damit geht es in der Anwendung der sozialarbeiterischen Methoden nicht um eine Umsetzung einer erlernten Technik oder Methode in vorgegebenen Situationen, sondern immer um ein abwägen und entscheiden, welche Intervention angesichts des Eindrucks der Gesamtsituation am ehesten angebracht erscheint. Die sorgfältige Vorbereitung und Evaluation eines Gesprächs hebt das sozialarbeiterische Gespräch noch deutlicher auf eine professionelle Ebene.

9.2.1 Theoriekonzepte sozialarbeiterischen Handelns

Der Anspruch an Soziale Arbeit in der Beratung von Menschen ist im Kontext seiner Geschichte besser zu verstehen. Soziale Arbeit ist hier geprägt durch ihre Ursprünge in der Einzelfallhilfe, der Unterstützung von Menschen am Rande der Gesellschaft. Seit jeher spielten psychoanalytische, psychologische und pädagogische Ansätze eine wesentliche Rolle für die Umsetzung Sozialer Arbeit (vgl. Thiersch 2007: 120). Thiersch nennt drei heute bedeutsame Theoriekonzepte in der Sozialen Arbeit: die Lebensweltorientierung, die Dienstleistungstheorie und die Systemtheorie (vgl. ebd.: 120). Diese drei Theoriekonzepte werden im Folgenden kurz vorgestellt:

Seit dem Ende der 70er Jahre spielt die Lebensweltorientierung mit ihren Handlungsmaximen Prävention, Alltagsorientierung, Normalisierung, Partizipation und

Handeln zwischen Hilfe und Kontrolle eine wesentliche Rolle als theoretischer Hintergrund sozialarbeiterischen Handelns. Darin werden ausgehend vom Alltag der Klient*innen im Gespräch individuelle Lösungen für individuelle Probleme gesucht.

Die Dienstleistungstheorie besagt, dass Sozialarbeiter*innen im ökonomischen Sinn soziale Dienstleistungen im Auftrag der Gesellschaft erfüllen. Hier ist das Konzept der stellvertretenden Deutung zentral:

„Die ‚Stellvertretende Deutung‘ beinhaltet eine spezifische Perspektive auf ein Problem, zu der Betroffene selbst nicht fähig seien, die sich für sie allerdings als ‚richtig‘ erweise. Der davon ausgehende spezifische Modus professioneller Problembearbeitung sei gekennzeichnet durch eine Kombination von universalisierter Regelanwendung auf der Grundlage wissenschaftlichen Wissens und der einfühlsamen Erkundung der Besonderheiten des Einzelfalles. Letzteres ließe sich nicht standardisieren, weshalb professionelles Handeln auch nur begrenzt routinisierbar und über administrative Vorgaben steuerbar wäre“ (May 2008: 70).

Drittes nach Thiersch heute bedeutsames Theoriekonzept sozialarbeiterischen Handelns ist die Systemtheorie (vgl. Thiersch 2007: 120). Daraus hat sich in den 90er Jahren die Systemische Sozialarbeit entwickelt (vgl. Lüssi 2001). Die Idee, in der Sozialen Arbeit Fälle nicht isoliert von ihrem (sozialen und systemischen) Umfeld zu betrachten ist jedoch so alt wie die Profession selbst.

Das systemische Denken hat in der Sozialen Arbeit schon eine lange Tradition, wenn Zilpa Smith in den USA bereits 1890 ihre Kolleg*innen ermahnt, nicht nur Einzelpersonen, sondern immer Personen in ihren Familienbeziehungen zu sehen. Sozialarbeiter*innen beziehen das soziale Umfeld stets bewusst mit ein und verstehen es nicht als isoliertes Problem dieser Person selbst (vgl. Stimmer / Weinhardt 2010: 47). Es geht darum, die Person in einer bestimmten Lebenslage oder Situation zu betrachten und nicht die Person selbst zu analysieren.

Es gibt viele Möglichkeiten, basierend auf diesen Theoriekonzepten, sozialarbeiterisch zu handeln. Da neben der theoretischen Basis auch die Umsetzung dieser Konzepte durch die Person des*der Sozialarbeiters*in entscheidend ist, wird als nächstes ein Einblick in Grundhaltungen der Profession gegeben. Dazu erweisen sich die Charakteristika der beruflichen Handlungsstruktur als hilfreich.

9.2.2 Charakteristika beruflicher Handlungsstruktur

Spiegel nennt folgende vier Charakteristika beruflicher Handlungsstruktur in der Sozialen Arbeit:

- Doppelmandat
- Subjektorientierung
- Technologiedefizit
- Koproduktion

(vgl. Spiegel 2013: 25ff)

Das Stichwort Doppelmandat bezieht sich auf den Widerspruch zwischen Hilfe und Kontrolle, der seit Anbeginn der Profession Sozialarbeit besteht. Dieser Widerspruch entsteht durch die unterschiedlichen Interessen, die Soziale Arbeit zu vertreten hat. Einerseits vertritt sie die Interessen der Gesellschaft, des Staates und andererseits vertritt sie die Interessen der individuell betroffenen Person mit einem kritischen Blick auf die gesellschaftlichen Bedingungen, die dem Individuum zur Verfügung stehen. Erweitert wird dieser Begriff im „professionellen Tripelmandat Sozialer Arbeit“ von Silvia Staub-Bernasconi, die die Soziale Arbeit in dritter Instanz ihrer eigenen Fachlichkeit und damit der Profession selbst und gleichzeitig dem Ethikkodex des Berufsstandes verpflichtet sieht (vgl. Staub-Bernasconi 2013: 4). Das Menschenbild der Sozialen Arbeit insgesamt beruft sich auf die Menschenrechtskonvention der Vereinten Nationen und sieht Personen als Wesen, die sich verändern und emanzipieren können und für sich selbst Verantwortung tragen (vgl. Widulle 2012: 52f). Diese Annahmen sind die Grundlage sozialarbeiterischen Handelns im Allgemeinen und sozialarbeiterischer Beratungsgespräche im Speziellen.

Das zweite Charakteristikum ist die Subjektorientierung als ein berufliches Verständnis, das Menschen als eigenständige Subjekte wertschätzt, die selbstverantwortlich entscheiden und die Dienste Sozialer Arbeit lediglich als Unterstützung in für sie schwierig empfundenen Situationen freiwillig in Anspruch nehmen können (vgl. Spiegel 2013: 30). Um die Bereitschaft für Veränderungen in einem Menschen im Sinne der Subjektorientierung herzustellen kann es hilfreich sein, sich die fünf Freiheiten von Virginia Satir (2008) vor Augen zu halten:

„Die Freiheit, das zu sehen und zu hören, was im Moment wirklich da ist, anstatt was sein sollte, gewesen ist oder erst sein wird.

Die Freiheit, das auszusprechen, was ich wirklich fühle und denke, und nicht das, was von mir erwartet wird.

Die Freiheit, zu meinen Gefühlen zu stehen, und nicht etwas anderes vorzutäuschen.

Die Freiheit, um das zu bitten, was ich brauche, anstatt immer erst auf Erlaubnis zu warten.

Die Freiheit, in eigener Verantwortung Risiken einzugehen, anstatt immer nur auf Nummer sicher zu gehen und nichts Neues zu wagen“ (Satir 2008: 27).

Das Technologiedefizit als drittes Charakteristikum besagt, dass gleiche Verhaltensweisen verschiedene Ursachen haben können und gleiche Ursachen verschiedene Folgen auslösen können (vgl. Spiegel 2013: 31). Die Bedeutung einer Handlung kann erst durch Kenntnis des Kontextes herausgefunden werden (vgl. Spiegel 2013: 32). Die Lösung des komplexen Problems „Technologiedefizit“ erfolgt in der Sozialen Arbeit durch hypothetisch entworfene Wirkungszusammenhänge in der Vorbereitung und Evaluation, aber auch während der Durchführung einer sozialarbeiterischen Intervention (vgl. Spiegel 2013: 32).

„Professionalität zeigt sich gerade darin, dass man für jede Situation eine spezielle Vorgehensweise entwirft bzw. diese passgenau auf die Situation ‚zuschneidet‘. Dies

ist die wichtigste und vornehmste Aufgabe der Professionellen, denen hierfür eine technische Autonomie zugestanden wird“ (Spiegel 2013: 33).

Das letzte Charakteristikum beruflicher Handlungsstruktur ist die Koproduktion. Dieser Begriff wurde in den 1990er Jahren entwickelt und beschreibt, dass das Ergebnis einer sozialarbeiterischen Intervention immer ein Produkt aller am Prozess Beteiligten sein muss und nur zustande kommt, wenn sich die Adressat*innen auf eine Zusammenarbeit einlassen (vgl. Spiegel 2013: 34f).

Diese vier Charakteristika spiegeln sich ganz allgemein in jedem sozialarbeiterischen Handeln. Das praktische Vorgehen der Sozialarbeiter*innen in der Beratung kann in Folge als „*collagenhaft*“ (Spiegel 2013: 103) oder „*eklektizistisch*“ (Thiersch 2007: 120) bezeichnet werden. Laut Spiegel „*ergibt sich die ‚Collage‘ zwingend aus den Charakteristika der beruflichen Handlungsstruktur*“ (Spiegel 2013: 103). Laut Duden kann der Begriff „*Eklektizismus*“ als „*die „unoriginelle, unschöpferische geistige oder künstlerische Arbeitsweise [...], bei der Ideen Anderer übernommen oder zu einem System zusammengetragen werden“ oder „die Zusammenführung, Auswahl, Mischung unterschiedlicher Ideen, Stile“* (Bibliografisches Institut 2020b) bezeichnet werden. „*Die Herausforderung [für die Soziale Arbeit] besteht darin, die persönlichen, eklektischen Collagen in ‚professionell gestaltete‘ Collagen umzuwandeln*“ (Spiegel 2013: 130f).

9.2.3 Gesprächsführung und Beratung in der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit nutzt die Gesprächsführung in vielfältigen Kontexten als methodisches Handeln im Sinne einer kooperativen und kommunikativen Problembearbeitung (vgl. Widulle 2012: 34). Da die durchgeführten Gespräche auf freiwilliger Basis stattfanden und bei der Inanspruchnahme des Gesprächs eine eindeutige Asymmetrie zwischen Beraterin und Klientin gegeben war, können wir im Folgenden den enger gefassten Begriff der „Beratung“ verwenden oder aufgrund der weiterhin geltenden Charakteristika von „sozialarbeiterischer Beratung“ sprechen.

Soziale Arbeit agiert parteilich für ihre Klient*innen, indem sie versucht, sie als Experten*innen für ihre Situation zu stärken und mögliche Ressourcen zu aktivieren, um sie wieder unabhängig von Unterstützung von außen zu machen.

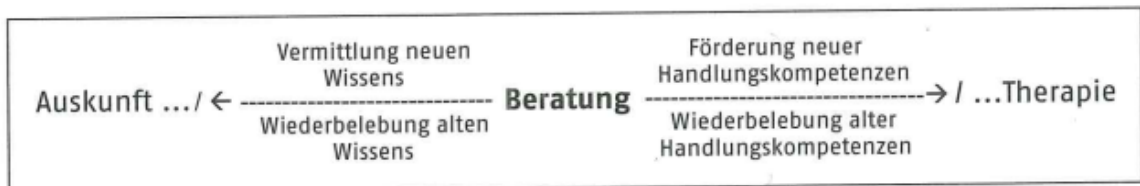
Aufgrund der Nähe der Beratung zum therapeutischen Arbeitsfeld erscheint es wichtig, die Unterschiede zwischen professioneller (sozialarbeiterischer) Beratung und Therapie näher zu erläutern.

- Ein Unterschied besteht darin, dass die Beratung das Ziel verfolgt, die Situation einer Person zu verändern, während sich die Psychotherapie damit beschäftigt, die Persönlichkeit zu ändern, damit sich die Person nicht mehr krank, sondern wieder gesund fühlt (vgl. Lüssi 2001: 394).
- Methodisch sind die Verfahren der Psychotherapie im Psychotherapiegesetz verankert, während die Beratung Elemente unterschiedlicher (psychotherapeutischer) Denkschulen frei kombinieren kann (vgl. Stimmer / Ansen 2016: 45).

- Ein letzter großer Unterschied besteht darin, dass die Ressourcen der Personen in Beratung leichter aktivierbar sind und die Personen insgesamt weniger stark in ihrer Lebensgestaltung beeinträchtigt sind (vgl. Widulle 2012: 36).

Es geht also in der Beratung einerseits um die Vermittlung von Wissen und andererseits um die Stärkung der Person in der Beratung, damit dieses Wissen auch in zukünftigen Handlungen umgesetzt werden kann (vgl. Stimmer / Weinhardt 2010: 24). Die Möglichkeiten von Beratung liegen zwischen den Polen von Auskunft und Beratung wie folgende Grafik anschaulich demonstriert:

Abbildung 31: Beratungskontinuum: Beratung zwischen Auskunft und Psychotherapie



Quelle: Stimmer / Ansen 2016: 42

Beratung lässt sich also zusammenfassend verstehen als

- „professionelle Verständigung zwischen (mindestens) zwei Personen,
- von denen wenigstens ein/e – Klient/in - ein Problem hat, das mit Hilfe der Beratung gelöst werden soll
- und (mindestens) ein/e andere/r – Berater/in – den expliziten Auftrag hat, zur Problemlösung in kommunikativer Weise beizutragen“ (Redlich 2009: 15).

Damit ist die Beratung ein Gespräch, in dem eine bestimmte Rollenverteilung vorgegeben ist, Aufträge vergeben und angenommen sowie Erwartungen gestellt werden. Dabei ist dieses Gespräch nicht etwas, das die Klient*innen passiv konsumieren können, sondern immer eine gemeinsame Sache zweier Personen: „*Dabei erarbeiten Rat suchende mit Beratenden zu deren Anliegen gemeinsam Lösungen (intransitiver Aspekt des ‚Sich-Beratens‘) und/oder lassen sich aus fachlicher und Expertensicht beraten (transitiver Aspekt: ‚jemanden beraten‘)*“ (Widulle 2012: 38).

Ebenfalls wichtig erscheint mir festzuhalten, dass Gespräche immer in Kooperation mit den Gesprächspartner*innen gleichzeitig „produziert und konsumiert“ werden (vgl. Spiegel 2013: 34), wie bereits im Charakteristikum der Koproduktion (Kapitel 9.2.2) beschrieben. Damit ist nicht vorhersehbar, was in einem Gespräch passieren wird, weil es erst im Moment der Durchführung entsteht und immer von beiden Gesprächspartnern abhängig ist.

Professionelle Beratung gewinnt in der Gegenwart an Bedeutung und wird immer wichtiger für moderne Soziale Arbeit (vgl. Thiersch 2007: 115). Es gibt einen „*steigenden Beratungsbedarf im Alltagsleben der Moderne*“ (Thiersch 2007: 116), der nach Belardi et al. durch unterschiedliche gesellschaftliche Tendenzen verursacht wird (vgl. Belardi et al. 2007: 18f):

- Die Entwicklungsgeschwindigkeit von Prozessen hat sich seit der Industrialisierung vervielfacht.

- Traditionelle Bindungen (Kirchen, Gewerkschaften) verlieren an Bedeutung, während die Sinnfrage der Menschen bestehen bleibt.
- Leistungsdruck wird nicht mehr einfach hingenommen, sondern häufig hinterfragt.
- Die Zukunft von Lebensentwürfen ist nicht mehr ohne weiteres planbar und vorhersehbar, weil sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen schnell ändern.
- Während man früher in erster Linie von den Ressourcen von Vergangenheit und Gegenwart lebte, leben heute viele Menschen auf Kosten der Zukunft.
- Persönliche Schwierigkeiten werden heute zunehmend als normal betrachtet.

Stimmer und Ansen nennen die Faktoren Komplexität, Individualisierung, Technologisierung, soziale Mobilität, lebensweltliche Segmentierung, Bevölkerungsentwicklung und Armut als Argumente für die Zunahme des Beratungsbedürfnisses (vgl. Stimmer / Ansen 2016: 17). Im nächsten Kapitel werden nun die Grundlagen der Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit aus verschiedenen Geisteswissenschaften in den Blick genommen.

9.2.4 Grundlagen aus Kommunikationswissenschaft und Psychologie

Menschliche Kommunikation ist nach Beck „*die wechselseitige, absichtsvolle (intentionale) Verständigung über Sinn*“ (Beck 2017: 58) und verläuft immer als Prozess, der von mindestens zwei Personen beeinflusst wird.

„Der Prozesscharakter gehört zum Kern des Gesprächsbegriffs. Gespräche sind durch die subjektiven Wirklichkeiten und Intentionen der Interaktionspartner, die Flüchtigkeit von Gesprächen, die Komplexität von Kommunikation usw. nur teilweise planbar. Gespräche folgen aber typischen Mustern, sie verlaufen in bestimmten Phasen, die in ganz unterschiedlichen Gesprächsformen auftreten“ (Widulle 2012: 73).

Zu Beginn des Gesprächs geht es meist darum, Gesprächspartner*innen ein Stück weit zu verstehen. Wie komplex sich diese Kommunikation gestaltet lässt ein Zitat von Beck erahnen:

„Gelingende Kommunikation ist ein unwahrscheinlicher und voraussetzungsreicher Prozess. Aber aufgrund unseres gemeinsamen biologischen Erbes [...] und der gemeinsamen Kultur (insbesondere Sprache) ist die parallele Konstruktion von Realität möglich“ (Beck 2017: 58).

Hilfreich in diesem Zusammenhang ist auch das Kommunikationsquadrat von Schulz von Thun (1981) welches besagt, dass eine Äußerung immer vier Aspekte enthält, welche für Sender und Empfänger einer Nachricht von Bedeutung sind (vgl. Benien 2003: 27ff).

Abbildung 32: Kommunikationsquadrat



Quelle: Schulz von Thun Institut für Kommunikation: 2020

- Die Sach-Ebene: Zum Austausch von Informationen
- Die Selbstkundgabe-Ebene: Was der Sender von sich selbst zu erkennen gibt
- Die Beziehungs-Ebene: Wie der Sender die Beziehung zum Empfänger sieht (oft in Mimik, Gestik, Atmosphäre ausgedrückt)
- Die Appell-Ebene: Wirkungsabsicht des Senders, Zweck der Nachricht

Aufbauend auf diese vier Ebenen beschreibt Redlich (2009) eine Beratung, die durch Gesprächsführung dafür sorgt, dass alle vier Ebenen berücksichtigt werden. Die Beteiligten

- informieren sich gegenseitig über empirische Sachverhalte,
 - bringen einander ihr inneres Erleben (authentisch) zum Ausdruck,
 - handeln (akzeptable) Beziehungsregeln miteinander aus und
 - planen gemeinsam (effiziente) Maßnahmen
- (vgl. Redlich 2009: 15)

Redlich (2009) hat ein bereits zitiertes Konzept zur Gesprächsführung veröffentlicht, das für ein Gespräch mit pflegenden und betreuenden Angehörigen in belasteten Situationen sehr passend erscheint. Es ist eine sehr allgemein gehaltene Hilfe zur Gesprächsführung, die für Berater*innen von Eltern, Lehrer*innen und Erzieher*innen entwickelt wurde (vgl. Redlich 2009: 3). Darin nimmt er an, dass die Gesprächsleitung drei zentrale Funktionen der Beratung erfüllen muss, um erfolgreich zu arbeiten:

- einführend verstehen,
 - aktiv Einfluss nehmen,
 - Beziehung akzeptabel gestalten
- (vgl. Redlich 2009: 4)

In der Durchführung der Beratung sind vor allem die ersten beiden Funktionen schwer vereinbar und es braucht hohe Aufmerksamkeit, um die jeweils passende Funktion zum richtigen Zeitpunkt zu wählen (vgl. Redlich 2009: 4).

„Einführendes Verstehen und aktive Einflussnahme stehen in einem dialektischen Spannungsverhältnis zueinander. Sie ergänzen sich, um das Gespräch nicht in die eine oder andere problematische Richtung einseitig werden zu lassen. Ausschließliches Verstehen dreht sich gern unstrukturiert im Kreis und verharrt in harmonisierender Stagnation, wenn es nicht durch aktives Einflussnehmen ausgeglichen wird. Umgekehrt führt bloße Einflussnahme zu direkter Bevormundung des Klienten und überfordert ihn mit unangepassten Lösungsideen oder mit Kritik, wenn der Berater keine verstehenden Gesprächsformen zeigt“ (Redlich 2009: 6).

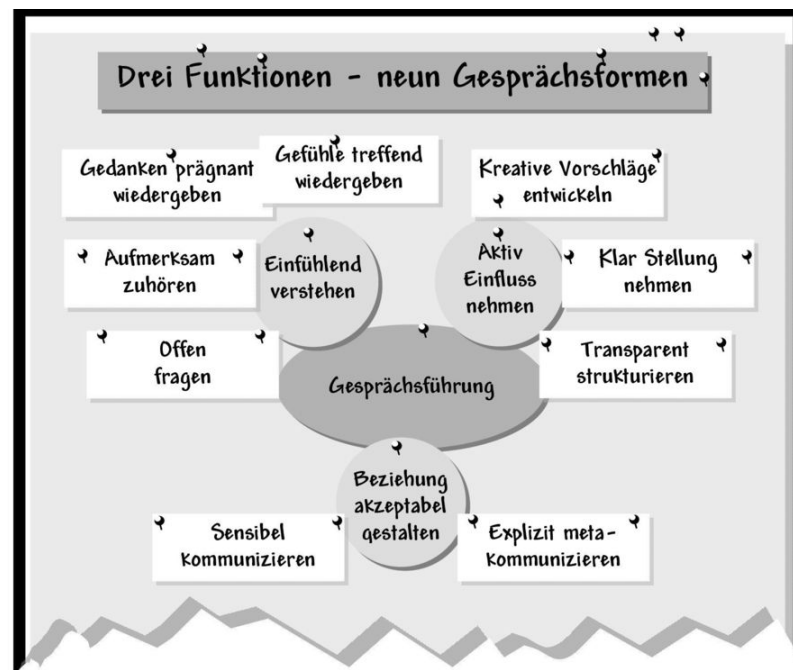
Für die dritte Funktion, Beziehung akzeptabel gestalten, braucht es viel Fingerspitzengefühl des*der Beraters*in. Zu Beginn geht es sicher um eine Rollenklärung und darum, Erwartungen und Rahmenbedingungen auszusprechen. Im weiteren Verlauf kann es immer wieder notwendig sein, die Beziehung des*der Beraters*in zum*r Klient*in aktiv zu gestalten, um arbeitsfähig zu bleiben und um ein gutes Ergebnis im Sinne des*der Klienten*in zu erzielen (vgl. Redlich 2009: 6).

Wie in Abbildung 33 veranschaulicht, ordnet Redlich den drei Funktionen nun neun Gesprächsformen zu:

- Zum „Einführenden Verstehen“ gehören die Gesprächsformen „Offen fragen“, „Aufmerksam zuhören“, „Gedanken prägnant zusammenfassen“ und „Gefühle treffend wiedergeben“.
- Dem „Aktiv Einfluss nehmen“ werden die Gesprächsformen „Transparent strukturieren“, „Kreative Lösungen entwickeln“ und „Klar Stellung nehmen“ zugeordnet.
- Zur Funktion „Beziehung akzeptabel gestalten“ gehören „Sensibel kommunizieren“ und „Explizit meta-kommunizieren“.

(vgl. Redlich 2009: 5f)

Abbildung 33: Übersicht zu neun Gesprächsformen für drei Beratungs-Funktionen



Quelle: Redlich 2009: 4

Nachdem relevante kommunikationswissenschaftlichen Grundlagen berücksichtigt wurden, geht es nun darum, die Elemente des professionellen Ablaufs dieser Gespräche näher zu präzisieren, denn: „Es gibt viele Arten, ein Gespräch in eine Sackgasse zu führen, aber klare und effektive Gespräche haben bestimmte einheitliche Charakteristika und ähnliche Verlaufsstrukturen“ (Benien 2003: 46). Gemäß diesem Prinzip wollen wir uns erst den Merkmalen guter Gesprächsführung und anschließend dem typischen Ablauf eines Beratungsgesprächs widmen.

9.2.5 Merkmale qualitativ hochwertiger Gesprächsführung

Benien beschreibt einige grundsätzliche Merkmale, die gute Gespräche kennzeichnen (vgl. Benien 2003: 16). Diese sind zwar sehr allgemein, aber ihre Wichtigkeit ist im Beratungsgespräch nicht zu vernachlässigen.

- Klar und explizit sprechen
- Situationsangemessen handeln
- Metakommunikatorisch handeln, z.B. wahrgenommene Widerstände in der Beratung ansprechen
- Zuhören
- Sich ausdrücken, eigene Wahrnehmungen und Gefühle mitteilen
- Selbstgeklärt die Rahmenbedingungen der Situation wahrnehmen
- Gute Wahrnehmung nach innen und außen pflegen
- Ich-Botschaften senden, Wünsche aussprechen und Stellung beziehen

- Themen ehrlich ansprechen
- Selektiv authentisch handeln und nicht vorschnell beurteilen
- Konkret beim aktuellen Thema bleiben
- Direkt mit betroffener Person kommunizieren (v.a. in Gruppen wichtig)
- Achtungsvoll allen am Gespräch beteiligten Personen (auch sich selbst) gegenüber sein

Neben diesen Grundsätzen ist das Prinzip der doppelten Stimmigkeit von Situation und Person nach Schulz von Thun hilfreich. Das besagt kurz zusammengefasst: „*Willst du ein guter Kommunikator sein dann schau auch in dich selbst hinein und nimm auch den Systemblick ein*“ (Schulz von Thun 1999: 3). Daraus wird gefolgert, dass die Stimmigkeit durch Authentizität einerseits und durch situations- bzw. systemangemessenes Handeln andererseits erreicht wird (vgl. Schulz von Thun 1999: 3).

Insgesamt umfassen die Merkmale eines qualitativ hochwertigen Gesprächs damit eine große Fülle an Themen und können damit unübersichtlich wirken (vgl. Widulle 2012: 43). Um dieser Verwirrung entgegenzuwirken wollen wir nun eine konkrete hilfreiche Technik, die Kategorisierung der Beratung in Gesprächsphasen, betrachten.

9.2.6 Phasen im Beratungsgespräch

Die Beratung folgt in ihrem Ablauf dem Grundmuster Situationsanalyse, Zielsetzung, Planung, Durchführung und Auswertung, wie alle Bereiche methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit (vgl. Spiegel 2013: 109). Ein Merkmal von guten Beratungsgesprächen ist, dass sie „*bestimmte einheitliche Charakteristika und ähnliche Verlaufsstrukturen*“ (Benien 2003: 46) aufweisen. Diese Verläufe oder Phasen können dem*der Sozialarbeiter*in in der Vorbereitung des Gesprächs zur Orientierung dienen und erweisen sich als hilfreich, um die Struktur des Gesprächs besser gestalten zu können. Benien beschreibt einen idealtypischen Verlauf von Gesprächen in einem Ablauf von fünf Phasen (vgl. Benien 2003: 47):

- Anfangsphase
- Informationsphase
- Argumentationsphase
- Beschlussphase
- Abschlussphase

Zusätzlich findet eine Vor- und Nachbereitung des Gesprächs in Abwesenheit der Gesprächspartner*innen statt. In der Anfangsphase geht es um die Herstellung von Kontakt und die Klärung der Rahmenbedingungen. In der Informationsphase kommen die Gesprächsteilnehmer*innen auf einen gemeinsamen Informationsstand zur aktuellen Situation. In der Argumentationsphase geht es um den Austausch verschiedener Ideen zur Lösung des Problems. In der Beschlussphase findet die Entscheidung für eine Möglichkeit eines nächsten Schrittes statt, bevor das Gespräch in der Abschlussphase zusammengefasst wird und die Gesprächsteilnehmer*innen verabschiedet werden (vgl. Widulle 2012: 73f).

Das Gesprächsphasenmodell in sieben Phasen nach Thomann und Schulz von Thun (2001) wird von Widulle als Basisform für psychosoziale Klärungsgespräche in der Sozialen Arbeit vorgeschlagen (vgl. Widulle 2012: 74).

- Kontakt- und Situationsklärung
- Thema herausfinden
- Sichtweise jedes einzelnen
- Gestalteter Dialog, Auseinandersetzung
- Vertiefung, Prägnanz der Gefühle oder sachliche Problemlösung
- Verstandesmäßiges Nachvollziehen und Einordnen, Vereinbarungen und Hausaufgaben
- Die Situation abschließen

Thomann und Schulz von Thun beschreiben die Struktur eines Beratungsgesprächs in sieben Phasen (vgl. Thomann / Schulz von Thun 2001: 35ff). Ergänzend dazu werden sozialarbeiterische Anmerkungen von Widulle (2012: 75ff) in die Beschreibung der Phasen eingearbeitet:

Die erste Phase wird „*Kontakt- und Situationsklärung*“ genannt. Hier wird der Gesprächsrahmen vorgegeben, indem Erwartungen und Rahmenbedingungen geklärt werden.

In der zweiten Phase „*Thema herausfinden*“ bringen Klient*innen ihre aktuellen Anliegen ein und geben das Thema für die Beratung vor.

Mit der dritten Phase „*Sichtweise jedes einzelnen*“ startet die inhaltliche Klärungsarbeit. Der*die Gesprächsleiter*in setzt sich in der dritten Phase anwaltlich für die Sichtweise der Klient*innen ein, um ein Klima des Zuhörens und Verstehens zu fördern.

Die vierte Phase „*Gestalteter Dialog, Auseinandersetzung*“ beschreibt die intensive Auseinandersetzung und das Sich-Mitteilen der Gesprächspartner*innen. Die inhaltliche Klärungsarbeit aus Phase drei wird fortgeführt.

In der fünften Phase „*Vertiefung, Prägnanz der Gefühle oder sachliche Problemlösung*“ erfolgt die Klärung der geäußerten Gefühle durch kreative Techniken wie Zuhilfenahme von Bildern, die bestimmte Inhalte verdeutlichen oder auch der sachlichen Lösung von Problemen, wo dies möglich ist. Hier wird die inhaltliche Klärung, die in Phase drei begonnen hat, abgeschlossen. Die Phasen drei bis fünf können für jedes vorgebrachte Problem wiederholt werden.

In der sechsten Phase „*Verstandesmäßiges Nachvollziehen und Einordnen, Vereinbarungen und Hausaufgaben*“ geht es darum, dass die Klient*innen Ursachen und Veränderungsmöglichkeiten ihrer Situation erkennen und Schritte in Richtung einer Lösung ihres Problems machen können.

In der siebten Phase „*Die Situation abschließen*“ können Ergebnisse zusammengefasst werden und die neue, durch die Beratung veränderte Situation wird dargestellt.

Diese beiden Phasenmodelle nach Benien (5 Phasen) bzw. Thomann und Schulz von Thun (7 Phasen) beschreiben strukturiert mögliche Inhalte eines Beratungsgesprächs. Sie geben Orientierung und können als Technik unterstützen, sind jedoch nie für sich ausreichend, um der Herausforderung eines solchen Gesprächs zu begegnen.

Eine Besonderheit der geplanten Beratungen mit pflegenden und betreuenden Angehörigen ist, dass sie als einmalige Interventionen konzipiert sind und somit auch als eine Form von Erstgespräch und Clearing kategorisiert werden können. Deshalb wird hier auf die Besonderheiten der Beratung im Erstgespräch und Clearing näher eingegangen.

9.2.7 Erstgespräch und Clearing

Die sozialarbeiterische Beratung ist als einmalige Leistung vorgesehen, um eine schrittweise Einbindung der Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen in die ambulante Betreuung pflegender und betreuender Angehöriger zu ermöglichen.

Wichtige Merkmale der Beratungsbeziehung im Erstgespräch sind die Fremdheit, Unsicherheit und Ungewissheit zwischen den am Beginn des Prozesses völlig fremden Gesprächspartner*innen (vgl. Kähler / Gregusch 2015: 21). Zentrales Ziel ist es, in dieser Beziehung Vertrauen aufzubauen, um bereits nach dieser ersten Intervention verändertes Handeln der Klient*innen möglich zu machen. Dazu empfiehlt es sich, neben den verbalen Äußerungen genauso Mimik, Gestik und Verhalten der Klient*innen genau zu beobachten (vgl. ebd.: 74). Für das Erstgespräch gilt: *„je besser es ihnen [den Berater*innen] gelingt, [...] die Befriedigung von Bedürfnissen zu ermöglichen, desto eher kommt eine Vertrauensbasis zustande“* (Kähler / Gregusch 2015: 78). Dieses Vertrauen ist in weiterer Folge nötig, damit sich Klient*innen frei äußern können und den Mut fassen, auch über Belastungen und Bedürfnisse zu sprechen. Auf Seiten der Sozialarbeiter*innen ist es empfehlenswert, sich ausführlich auf das Gespräch und mögliche Inhalte vorzubereiten. Damit werden in der Durchführung des Gesprächs Kapazitäten geschaffen, um Gefühle und Belastungen der Klient*innen aufmerksam wahrzunehmen (vgl. ebd.: 140). *„Im Erstkontakt geht es also darum, Menschen Mut zu machen, einen Anstoß zu geben, einen kleinen Schritt [...] zu wagen; und Menschen Hoffnung zu vermitteln, dass sie genügend Ressourcen haben und dass ein neuer Anfang gelingt“* (Stimmer / Ansen 2016: 119).

Genauso wie die Gespräche als Erstgespräche geführt werden müssen, wird aufgrund der Einmaligkeit der Beratung ihre Clearing Funktion wesentlich sein. Dabei ist das Ausfüllen des Assessmentbogens (Nähere Beschreibung dieses Prozesses in Kapitel 7) bereits ein erstes Clearing über die Bedarfslage der pflegenden und betreuenden Angehörigen. In der sozialarbeiterischen Beratung wird ein erweitertes Clearing durchgeführt, indem im Gespräch geklärt wird, ob es weiteren Unterstützungsbedarf gibt und falls ja, in welcher Form dieser Bedarf optimal gedeckt werden kann. Sehr konkret und individuell werden sinnvolle Maßnahmen besprochen und nächste, mögliche Schritte geklärt. Das Ergebnis des Clearings verbleibt bei den Klient*innen und sie entscheiden, was sie mit den gehörten Inhalten machen, bezogen auf welche Themen sie Schritte setzen wollen oder noch zuwarten möchten. Das Clearing ist individuell auf eine Person und ihre Vorstellungen und Werte zugeschnitten, die Verantwortung für die Umsetzung bleibt nach der Beratung bei den Klient*innen.

9.3 Datenanalyse

Bei der Datenanalyse wurde ein Verfahren zur Fallkontrastierung genutzt. Das qualitative Datenmaterial wurde mit Hilfe von Codekategorien codiert, wodurch ein Vergleich der beiden Interviews möglich wurde (vgl. Kelle / Kluge 2010: 54).

Um nicht der Gefahr zu erliegen, theoretische Aussagen vorschnell als belegt zu betrachten oder Gegenevidenz zu übersehen, wurden die Textdaten systematisch verschiedenen Kategorien zugeordnet (vgl. Kelle / Kluge 2010: 55). Die Kodierung der Beratungsgespräche (Beratung_A und Beratung_B) wurde mithilfe des Datenanalyse-Programms MAXQDA durchgeführt. Als Form der Kodierung wurde hauptsächlich die abduktive Kodierung gewählt bei der neue Kategorien laufend anhand des Datenmaterials entwickelt werden (vgl. Kelle / Kluge 2010: 58).

Bei der Auswertung der Daten wurden dann zwei große Überkategorien gebildet: Die Beiträge der Sozialarbeiterin wurden als „Sozialarbeiterische Intervention“ bezeichnet und die Äußerungen der pflegenden und betreuenden Angehörigen wurden als „Reaktion auf Intervention“ kategorisiert.

9.3.1 Prozess der Datensammlung

Vor der Durchführung der Interviews wurde im Forschungslabor der Leitfaden für die sozialarbeiterische Beratung aus der Masterthese von Elbe / Fritzer 2011 überarbeitet und modifiziert. Dieser Leitfaden sollte in Form eines halbstrukturierten Interviews durch das Gespräch führen und sicherstellen, dass keine wichtigen Themen vergessen werden. Der Leitfaden befindet sich im Anhang K. Neben Stichworten zu den Rahmenbedingungen des Gesprächs, die zu Beginn jedenfalls geklärt werden müssen, enthält der Bogen im Wesentlichen die Punkte, die im Assessmentbogen abgefragt wurden. In den für das Forschungsprojekt durchgeführten Gesprächen fungierte er hauptsächlich als Checkliste, um keine wichtigen Themen zu übersehen. Die Sozialarbeiterin Frau Elbe führe die Gespräche gemeinsam mit der Studentin Frau Bauer für das Forschungsprojekt durch, weshalb im Folgenden immer von der Sozialarbeiterin und der Studentin die Rede sein wird.

Im Leitfaden wurden folgende Themen beschrieben:

- Beginn des Gesprächs
- Grunddaten
- Erzählungen über die Pflegesituation
 - Seit wann, warum?
 - Typischer Tagesablauf
 - Helfer*innensituation
- Wie geht es Ihnen bei der Betreuung und Pflege?
- Entwicklung der sozialen Kontakte seit der Pflege
- Entwicklung des Freizeitverhaltens seit der Pflege
- Gesundheitliche Situation (physisch und psychisch)
- Lebens- und Wohnverhältnisse

- Finanzielle Sicherheit
- Ressourcen
- Veränderungsbedarf
- Zusammenfassung
- Nächste Schritte

Ebenfalls im Forschungslabor wurde im Vorfeld der Beratungen ein Bogen mit Beobachtungsmöglichkeiten entworfen. Darin enthalten waren vor allem die Beobachtungen nonverbaler Signale, Mimik und Gestik der pflegenden und betreuenden Angehörigen. Auch auf die Beobachtungen möglicher Gefühle wurde großer Wert gelegt. In einem weiteren Bereich sollte besonders auf die Reaktionen der Angehörigen auf sozialarbeiterische Interventionen geachtet werden. Ebenfalls auf der Liste der Beobachtungen war der zeitliche Verlauf des Gesprächs und welchen Eindruck die häusliche Umgebung auf Sozialarbeiterin und Studentin machte. Der verwendete Bogen befindet sich im Anhang L der vorliegenden Arbeit. Die Beobachtungen sollten direkt nach dem erfolgten Gespräch von Sozialarbeiterin und Studentin gesammelt und reflektiert werden.

Nachdem zwei Anfragen für ein sozialarbeiterisches Gespräch von Pflegeplaner*innen an die Fachhochschule St. Pölten/Sozialarbeiterin Frau Elbe übermittelt wurden, setzte sie sich intensiv mit den entsprechenden Assessmentbögen auseinander, bevor sie telefonischen Kontakt zu den Pflegeplaner*innen aufnahm. Sie erfragte die Einschätzung der Pflegeplaner*innen zu der Situation der Angehörigen und bereitete sich entsprechend auf das Gespräch und mögliche hilfreiche Interventionen vor, indem sie weiterführende Unterstützungsmöglichkeiten für verschiedene Bereiche (Selbsthilfegruppen, Kontaktdaten für Beratungsstellen,...) in der entsprechenden Region suchte. Danach vereinbarte sie einen für alle passenden Termin mit der pflegenden und betreuenden Angehörigen.

Die Studentin erstellte während der Beratung ein Gedächtnisprotokoll und beobachtete das Gespräch intensiv nach den vorgegebenen Kriterien. Im Anschluss an die beiden Gespräche fanden gemeinsam mit der Sozialarbeiterin Frau Elbe Reflexionen über wahrgenommene Gefühle und nonverbale Signale der Gesprächspartnerinnen statt, die ebenfalls dokumentiert wurden.

9.3.2 Prozess der Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte, wie bereits beschrieben, mittels thematischem Indizieren. Gesprächsteile wurden unter verschiedenen Stichwörtern subsumiert und dadurch strukturiert. Gesprächsnotizen, die Interpretationen beinhalteten, wurden für diesen ersten Teil der Analyse aus dem Dokument entfernt und als Beobachtung später gesondert analysiert und eingearbeitet.

Nachdem eine große Anzahl von Kategorien gefunden war, wurden diese in einem weiteren Schritt zusammengefasst und wieder reduziert. Im Laufe der Analyse erfolgte

die grundsätzliche Unterteilung in Interventionen und Reaktionen und die Zuteilung der Gesprächsinhalte zu den Kategorien.

Bei der Analyse der Daten wurde auf die Art der sozialarbeiterischen Intervention besonderer Wert gelegt, um Empfehlungen für die Durchführung eines solchen Gesprächs geben zu können. Natürlich ist diese Reaktion nicht abgelöst von den Reaktionen der Angehörigen zu sehen, da jede Reaktion weitere Interventionen wesentlich beeinflusst. Das qualitative Datenmaterial wurde für eine empirisch begründete Konstruktion von Subkategorien herangezogen (vgl. Kelle / Kluge 2010: 68). Für die sozialarbeiterischen Interventionen wurden folgende Subkategorien gebildet:

- Gespräch beginnen
- Rahmenbedingungen klären
- Raum geben
- Interessiertes Nachfragen
- Zusammenfassen
- Konkrete Empfehlungen
- Wissen weitergeben
- Stellung beziehen
- Gespräch beenden

Bei den Reaktionen auf Seiten der pflegenden und betreuenden waren es folgende Subkategorien:

- Erzählung
 - Geschichte
 - Alltag
- Gefühle
- Bewertung
- Belastung
- Planung
- Ablehnung
- Wunsch
- Rechtfertigung
- Zustimmung

Die Weiterentwicklung des allgemeinen Kategorienschemas erfolgte sukzessive, wie von Glaser und Strauss empfohlen: Hierbei wird das für den ersten Fall entwickelte Kategorienschema anhand der übrigen Fälle nach und nach erweitert und modifiziert (vgl. Kelle / Kluge 2010: 73).

9.4 Ergebnisse

Nach einer ersten inhaltlichen Beschreibung der zwei Beratungen inklusive der Beobachtungen wird die Zuordnung des Gesprächs zu den verschiedenen Kategorien in der Analyse durch das thematische Indizieren beschrieben.

9.4.1 Beratung_A: Inhalte und Beobachtungen

Frau_A lebte zum Zeitpunkt der Beratung alleine in ihrer Wohnung. Ihr Mann ist sechs Wochen vor dem Gespräch nach fast zehn Jahren häuslicher Pflege ins Altenheim übersiedelt.

Die Sozialarbeiterin klärte zu Beginn die Rahmenbedingungen der Beratung und gab Frau_A Raum, um von ihrer aktuellen Lage zu erzählen. Frau_A erzählte davon wie erschöpft sie sich fühlte, weil sie immer *„wie eine Maschine funktionieren musste“* (Beratung_A: 1/5-6). Bei dieser Äußerung begann sie zu weinen. Die Belastung für Frau_A ist auch bei Besuchen im Heim groß. Sie fühlt sich psychisch sehr belastet (vgl. Beratung_A: 1/13). Bei dieser Ausführung begann sie erneut zu weinen. Weiterer belastender Faktor war, dass *„die Kommunikation mit ihm nur sehr schlecht möglich ist“* (Beratung_A: 1/15-16). Vor der Übersiedelung ins Altenheim war er von 16.30 Uhr bis zum nächsten Morgen daheim. In dieser Zeit stand Frau_A unter ständiger Anspannung. Spannend war aus der Beobachterperspektive, dass Frau_A sagte *„mir ist nichts anderes übriggeblieben“* (Beratung_A: 1/30), was ihre Ausweglosigkeit schon zu Beginn der Pflegesituation gut beschrieb. Aus der Beobachterinnenrolle wirkte ihre Erzählung recht hart. So war ihre Situation eben, es wäre nicht möglich gewesen, etwas daran zu ändern. Diese Wahrnehmung passte zu diesem Gefühl der Fremdbestimmung und Ohnmacht, welches sie in ihren Ausführungen beschrieb. Nachdem sie mitteilte, dass sie so handeln musste, beschrieb sie ihre Situation genauer und erklärte, warum es keine andere Möglichkeit gab.

Was Frau_A ebenfalls belastete, war, dass sie *„ständig aufpassen musste, dass er keinen Blödsinn macht“* (Beratung_A: 2/35). Als sie davon erzählte, veränderte sich ihre Stimme und wurde lauter und aggressiver. Ihre Gefühlsbeschreibungen gipfelten in Aussagen wie *„zum Schluss hob i scho so an Zorn g'habt“* (Beratung_A: 2/35) oder *„ich hasste ihn, weil ich für mich keine Zeit mehr hatte“* (Beratung_A: 2/39). Sie beschrieb, dass es ihr nicht einmal möglich war, in Ruhe zur Toilette zu gehen.

Frau_A bedauerte auch, wie sich die jahrelange Belastung auf ihren Körper und ihr Aussehen ausgewirkt hat: *„Ich bin in 10 Jahren so gealtert“* (Beratung_A: 2/44).

Sie beschrieb auch, dass ihr Mann in guten Phasen gemeint hat, dass er ins Heim möchte, weil die Belastung für seine Frau einfach zu groß sei (vgl. Beratung_A: 2/45). Sie fühlte sich ihm gegenüber jedoch verpflichtet: *„Aber ich hab ihm versprochen, ihn bis zum Schluss zu pflegen“* (Beratung_A: 2/46).

Frau_A beschrieb in der Beratung auch Zukunftsängste: *„Hart wird's für mich, wenn er mich nicht mehr erkennt oder nicht mehr gehen kann“* (Beratung_A: 2/51). Dass die Unterstützung von Frau_A unzureichend war, war z.B. an folgender Aussage erkennbar: *„Im Heim gibt es eine Matte zum Kontrollieren, ob er in der Nacht aufsteht. Es hätte*

meinen Alltag sehr erleichtert, wenn ich sowas daheim auch gehabt hätte“ (Beratung_A: 2/53-54).

Nachdem Frau_A erzählte, dass sie ihren Mann derzeit nur einmal wöchentlich gemeinsam mit ihrer Tochter besuchen konnte, entschied sich die Sozialarbeiterin zu einer ersten verbalen Intervention und fragte nach, ob Frau_A ihn nicht auch selbstständig besuchen könnte (vgl. Beratung_A: 2/59). Sie reagierte ablehnend und rechtfertigte ihre derzeitige Handlungsweise: *„Die Besuche sind auch anstrengend, ich hab so viel Mitleid mit ihm. Außerdem hab ich kein Auto zur Verfügung“* (Beratung_A: 2/61-62). Daraufhin begann Frau_A wieder zu weinen und meinte: *„Ich bin innerlich so unruhig, hab das Entspannen vielleicht verlernt“* (Beratung_A: 3/65).

Frau_A erzählte mehr über Belastungen in ihrer Biografie und meinte abschließend: *„Ich war immer für andere da – jetzt ist keiner für mich da. Aber da musst durch, nutzt eh nix“* (Beratung_A: 3/71). Daraufhin fragte die Sozialarbeiterin, was Frau_A gut tun würde. Sie antwortete: *„Telefonate mit meinem Mann im Heim wären super. Ich muss lernen, wieder Freude am Leben zu finden. Wann bin ich dran?“* (Beratung_A: 3/73-74)

Daraufhin fragte die Sozialarbeiterin, ob denn ein Gespräch mit einer Psychologin oder Therapeutin hilfreich sein könnten, worauf Frau_A meinte *„ich weiß nicht, ob das hilft“* (Beratung_A: 3/77). Vielmehr wünsche sie sich bei einer Selbsthilfegruppe dabei zu sein, woraufhin die Vor- und Nachteile dieses Vorschlags besprochen wurden.

Anschließend begann die Sozialarbeiterin ihr Wissen, was in solchen Situationen getan werden könnte, weiterzugeben. Frau_A könnte *„Neue Hobbies finden, weil sie derzeit keine mehr hat/ausübt und wieder mehr auf ihre Gesundheit achten“* (Beratung_A: 3/81-82). Als Reaktion darauf sprach Frau_A nochmal ihre aktuellen Belastungen an und bewertete ihre Situation mit den Worten *„bis jetzt hob i eh an Schas g’hob“* (Beratung_A: 3/83-84). Die Empfehlungen der Sozialarbeiterin wurden dann konkreter: Frau_A könnte mehr in die Natur gehen, draußen sein, was ihr sehr wichtig ist (vgl. Beratung_A: 3/85-86). Den zweiten konkreten Vorschlag, gemeinsam mit ihrem Mann etwas zu unternehmen lehnte sie ab, weil sie überzeugt war, dass er nicht mehr will. Frau_A begann dann nochmal von ihren Belastungen in der Pflegesituation und von der geschichtlichen Entwicklung zu erzählen.

Die Sozialarbeiterin entschied sich für eine Zusammenfassung des bisherigen Gesprächs, um zu verdeutlichen, was sie schon gehört und wahrgenommen hatte und was das für die Zukunft bedeuten könnte.

Frau_A reagierte, indem sie konkrete Schritte nannte, die sie nach der Beratung machen wollte. Als erstes nannte sie, dass sie ihren Hausarzt um eine Empfehlung für einen Therapeuten bitten möchte. Nun hatte sich im Verlauf des Gespräches ihre Einstellung zu diesem Vorschlag stark verändert. Noch eine Stunde zuvor meinte sie zu diesem Vorschlag der Sozialarbeiterin: *„ich weiß nicht ob das hilft“* (Beratung_A: 3/77).

Anschließend nannte sie noch weitere Ideen und Pläne, die sie nun umsetzen wollte (Yoga Kurs, Radfahren, Entspannungsmusik, spazieren gehen, Turnverein,...). Sie wollte auch gerne auf Urlaub fahren, wusste jedoch noch nicht, ob sie sich das leisten konnte, da ihre zukünftige Existenzgrundlage durch die Übersiedlung ihres Mannes ins Heim aktuell noch unklar war (vgl. Beratung_A: 4/102-111).

Nachdem Frau_A von ihren Plänen erzählt hatte, fragte die Sozialarbeiterin nochmal nach, ob gemeinsame Aktivitäten mit ihrem Mann nicht doch jetzt auch noch möglich wären. Frau_A glaubte nicht, dass das noch möglich wäre, ließ sich jedoch auf den

Vorschlag ein, eine ihm früher sehr angenehme Aktivität (das Kartenspiel Schnapsen) nochmal mit ihm zu versuchen (vgl. Beratung_A: 4/112-118).

Die Sozialarbeiterin gab Frau_A anschließend eine Liste angenehmer Aktivitäten mit, um Ideen für neue Hobbys zu finden. Diese wollte sich Frau_A in Ruhe durchsehen. Dann ging die Sozialarbeiterin noch auf die fehlenden sozialen Kontakte ein und schlug vor, wieder mehr private Kontakte zu pflegen. Frau_A bemerkte dazu, dass sie zu ihren Geschwistern keinen Kontakt mehr aufbauen wollte, weil diese sie in der schwierigen Zeit der Pflege ihres Mannes nicht unterstützt hatten (vgl. Beratung_A: 5/123-125).

Die Sozialarbeiterin reagierte, indem sie die Eigenschaften von Frau_A wertschätzte und ihr mitgab, dass sie besonders gut auf sich selbst achten sollte. Frau_A reagierte, indem sie von ihren vergeblichen Versuchen Unterstützung zu bekommen (bei Tageszentrum, Rettung und in der Psychiatrie) erzählte.

Vor dem Abschluss des Gespräches gab die Sozialarbeiterin noch einen Tipp für den Alltag mit, den Frau_A sofort anwenden konnte. Die Sozialarbeiterin beendete das Beratungsgespräch. Nach 105 Minuten verließen die Sozialarbeiterin und die Studentin die Wohnung, nachdem sie sich noch an der Tür ein wenig über belanglose Themen unterhalten hatten.

9.4.2 Beratung_B: Inhalte und Beobachtungen

Frau_B lebte zum Zeitpunkt der Beratung gemeinsam mit ihren Eltern in einem Einfamilienhaus am Land und war seit kurzem wieder Vollzeit berufstätig.

Die Sozialarbeiterin begann das Gespräch, indem sie die Rahmenbedingungen klärte und Frau_B Raum gab, um von ihrer Lage zu erzählen. Frau_B erzählte gleich zu Beginn, dass sie Urlaub hatte, es aber wegen ihrer Verpflichtungen als Angehörige kein Urlaub war und dass sie dringend Hilfe brauche (vgl. Beratung_B: 1/4-5). Dann erzählte sie, wie es vor zwei Jahren zu der Pflegebedürftigkeit ihres Vaters kam, und dass sie gemeinsam mit ihrer Mutter und ihrer Schwester die Aufgabe als pflegende und betreuende Angehörige übernommen hatte. Inzwischen bewältigte Frau_B die Pflege und Betreuung (anders als vereinbart) alleine und wurde lediglich dreimal täglich von professionellen Helfer*innen unterstützt. Die Mutter von Frau_B wollte keinen Kontakt mehr zu ihrem Mann haben und kümmerte sich nicht um die Angelegenheiten, die zu erledigen waren (vgl. Beratung_B: 1/14-15). Frau_B vermutete, dass ihre Mutter unter Demenz und Alkoholismus leide.

Der Lebenspartner von Frau_B ist vor 1,5 Jahren verstorben. Er war eine große Unterstützung für Frau_B. Jetzt hatte Frau_B nur noch gelegentlich Unterstützung von einer Großcousine und einer Nachbarin. Manchmal dachte sie sich: „*Wie komm ich dazu, es ist nur mein Vater, nicht mein Ehemann*“ (Beratung_B: 1/31). In der Beobachtung der ersten 15 Minuten der Beratung fiel auf, dass Frau_B sehr zurückhaltend mit ihren Gefühlen war und kaum Mimik zeigte.

Die Sozialarbeiterin fasste die Erzählungen zusammen, worauf Frau_B meinte, dass sie nur auf einen Pflegeplatz für ihren Vater warte und dass ihre Mutter eben keine Hilfe annehmen wolle. Die Sozialarbeiterin fragte bezüglich der Wohnsituation genauer nach und erfuhr, dass Frau_B seit dem Pflegebedarf ihres Vaters gemeinsam mit ihm im ersten Stock lebe, während ihre Mutter im Erdgeschoss wohnte.

Belastend für Frau_B war, dass sie keinen Dank bekam, Schlafstörungen hatte und dass für sie zu Hause nichts Positives war (vgl. Beratung_B: 2/40-42). Auf Nachfrage gab sie außerdem an, dass sie ihre Eltern eigentlich nicht alleine lassen könne, „weil immer etwas passieren könnte“ (Beratung_B: 2/44). Es fiel Frau_B schwer sich Auszeiten zu nehmen. Sie wünschte sich zwei Tage durchgehend schlafen zu können und meinte: „Ich bin absolut an meiner Grenze“ (Beratung_B: 2/47-48).

Als nächste Intervention fragte die Sozialarbeiterin, ob eine 24-Stunden-Pflege Veränderung bringen würde. Frau_B schloss das als unmöglich aus. Daraufhin empfahl die Sozialarbeiterin Frau_B solle doch mehr Abstand von ihrem Vater nehmen. Auch das lehnte sie ab, weil ihr die körperliche Pflege ja wenig ausmache, es sei nur psychisch so anstrengend, weil ihr Vater kein Kurzzeitgedächtnis mehr habe (vgl. Beratung_B: 2/54-55).

Die Sozialarbeiterin fragte danach, ob es hilfreich wäre, nähere Informationen über das Thema Demenz einzuholen. Frau_B reagierte, indem sie ihren Wunsch, eine Erwachsenenvertretung für ihren Vater anzuregen aussprach. Die Sozialarbeiterin gab ihr weiterführende Informationen zu diesem Thema.

Anschließend unternahm die Sozialarbeiterin mit einem Vergleich zum Thema Abgrenzung noch einen Versuch, Frau_B dieses Thema näher zu bringen. Außerdem verglich die Sozialarbeiterin anstrengende Tätigkeiten und Menschen mit „Energiefressern“, um ein lebendigeres Bild für Frau_B zu zeichnen (vgl. Beratung_B: 3/67-68). In der Beobachtung fiel auf, dass Frau_B immer wieder schmunzelte, wenn „ihre“ Themen angesprochen wurden und dass sie Dinge anhand von praktischen Beispielen besser nachvollziehen konnte.

Die Sozialarbeiterin widmete sich als nächstes der Frage nach den Ressourcen von Frau_B. Sofort fielen Frau_B einige Tätigkeiten ein, bei denen sie Kraft tanken könnte (vgl. Beratung_B: 3/72-73). Die Sozialarbeiterin lieferte konkrete Möglichkeiten für Frau_B, um wieder Freiräume für angenehme Aktivitäten zu bekommen und ihren Vater gleichzeitig nicht im Stich zu lassen. Außerdem erklärte sie näher, was die Krankheit Demenz bei Menschen auslöse und wo sie weitere Fragen zur Diagnose klären könnte. Bezüglich der Beziehung zu ihrer Schwester schlug sie vor, sich auch einmal mit der Frage auseinanderzusetzen, was die Schwester gut könne und was Frau_B vielleicht sogar von ihr lernen könnte (vgl. Beratung_B: 3/79-80). Schließlich sprach die Sozialarbeiterin noch an, dass betreuende und pflegende Angehörige gut auf sich selbst schauen müssen, um auch in Zukunft helfen zu können und dass sie nur unterstützen können, wenn es ihnen selbst gut geht (vgl. Beratung_B: 3/71-83) worauf Frau_B meinte „des is oba guad, aah“ (Beratung_B: 3/84).

Auf ein Beispiel was passieren könnte, wenn Angehörige das nicht machen, reagierte Frau_B betroffen. Die Sozialarbeiterin schlug noch vor, Frau_B könnte sich in einer Selbsthilfegruppe mit anderen pflegenden und betreuenden Angehörigen austauschen und gab ihr die entsprechenden Kontaktdaten weiter. Frau_B reagierte darauf mit der Feststellung: „Ihr bringt mich auf tolle Ideen“ (Beratung_B: 3/90).

Gegen Ende des Gesprächs brachte die Sozialarbeiterin Frau_B nochmal Wertschätzung und Anerkennung für ihre Leistungen entgegen und gab Kontaktdaten von möglichen weiteren Unterstützungspersonen und möglicherweise für sie hilfreichen Einrichtungen weiter.

Frau_B drückte abschließend ihre Dankbarkeit für das Gespräch aus: „*Es ist mir zu viel. Ich bin es wert, ich bin wertvoll. Ich bin froh, dass es so ein Angebot [wie dieses Gespräch] gibt. Ich will Hilfe annehmen*“ (Beratung_B: 4/97-98). Die Sozialarbeiterin beendete das Gespräch nach 90 Minuten.

9.4.3 Vergleich Gesprächsablauf

Wie in Abbildung 34 grafisch dargestellt, wurden in der Analyse der beiden Gespräche die Interventionen der Sozialarbeiterin in neun Kategorien zusammengefasst. Diese lauten: Gespräch beginnen, Rahmenbedingungen klären, Raum geben, interessiertes Nachfragen, Zusammenfassen, Wissen weitergeben, konkrete Empfehlungen, Stellung beziehen, Gespräch beenden. Diese Kategorien wurden später in drei grundsätzlich verschiedene Phasen der Beratung zusammengefasst. Die Kategorien wurden farblich markiert und in einer Grafik (Abbildung 34) zusammengefasst.

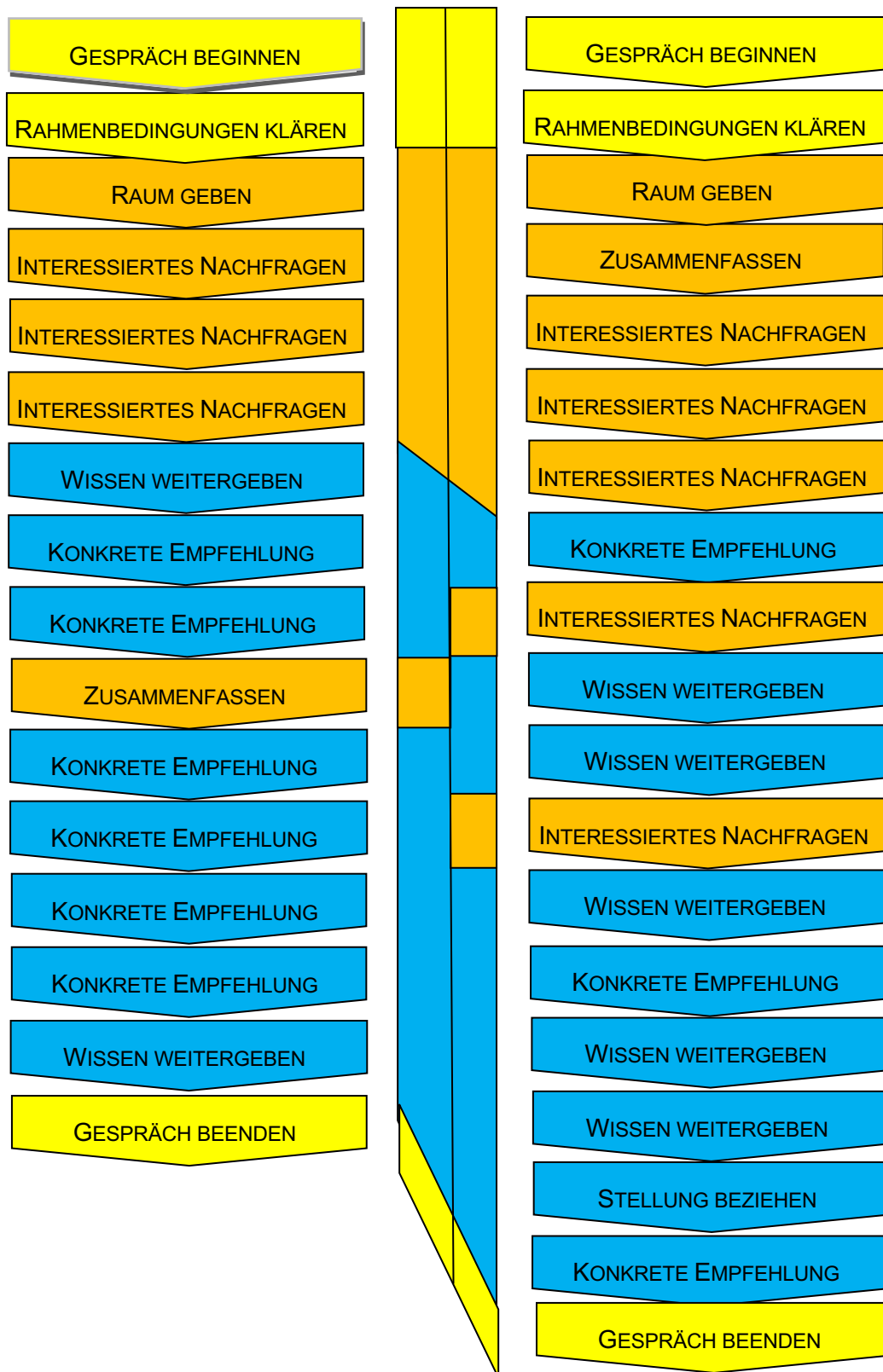
- Gesprächsrahmen vorgeben (in der Grafik gelb): beinhaltet die Kategorien Gespräch beginnen, Rahmenbedingungen klären und Gespräch beenden
- Einfühlend verstehen (in der Grafik orange): beinhaltet die Kategorien Raum geben, interessiertes Nachfragen und Zusammenfassen
- Aktiv Einfluss nehmen (in der Grafik blau): beinhaltet die Kategorien Wissen weitergeben, konkrete Empfehlungen und Stellung beziehen

Die Begriffe „Einfühlend verstehen“ und „Aktiv Einfluss nehmen“ wurden dem Konzept der kooperativen Gesprächsführung nach Alexander Redlich (2009) entliehen. Im Kapitel 9.2.4 wurde dieses Konzept näher beschrieben.

■ Phase A – Gesprächsrahmen vorgeben

In der ersten Phase startete die Sozialarbeiterin mit der Begrüßung und klärte die Rahmenbedingungen (Rollenklärung, Dauer und Funktion des Angebotes, Einmaligkeit des Gesprächs). Die Sozialarbeiterin trug als fachlich kompetente Person die Verantwortung für die Leitung und den Verlauf des Beratungsgesprächs und setzte in dieser Funktion nötige Schritte. Aufgrund der Einmaligkeit des Gesprächsangebots war dies eine durchaus herausfordernde Tätigkeit, die hohe Konzentration und Aufmerksamkeit erforderte. So war es immer wieder nötig, auf die Gesprächsstrukturierung zu achten bzw. den Verlauf des Gesprächs (Dauer, Reaktionen, Entwicklungen) im Blick zu behalten und entsprechende weitere Schritte zu setzen. So wurden in den durchgeführten Beratungen z.B. von den Angehörigen Themen eingebracht, die nach Einschätzung der Sozialarbeiterin unmöglich in diesem Gespräch geklärt werden konnten. Die Sozialarbeiterin griff diese Themen im weiteren Verlauf nicht auf, weil deren Bearbeitung zu viel Zeit in Anspruch genommen hätte bzw. dieses Thema nicht in einer Sitzung befriedigend besprochen werden könnte. In diesen Fällen hat sie nach Möglichkeiten gesucht, wie die Person sich in Zukunft näher mit diesem Thema beschäftigen könnte und entsprechende Stellen weiterempfohlen. Den Abschluss dieser Aktivitäten bildete die Beendigung des Gesprächs. Damit spannte sich Phase A rund um das gesamte Gespräch und bildete dessen Rahmen.

Abbildung 34: Vergleich Ablauf Gespräch A und B



Quelle: eigene Darstellung

■ Phase B – Einfühlend verstehen

Die zweite Phase des Gesprächs begann damit, der pflegenden und betreuenden Angehörigen Raum zu geben. Zum Einen geschah dies durch die Tatsache, dass das Gespräch überhaupt stattfand, zum Anderen wurden die Angehörigen konkret aufgefordert, über ihre Probleme in der Rolle als pflegende und betreuende Angehörige zu berichten.

Die Sozialarbeiterin hatte in dieser Phase des Gesprächs die Aufgabe, aufmerksam zuzuhören. Dieses Zuhören ist vor allem wichtig, um die Breite eines Problems zu verstehen (vgl. Widulle 2012: 104). Dies geschah vor allem durch nonverbale Signale wie Blickkontakt, Nicken und Interesse zeigen.

Weil die Reaktion auf das „Raum geben“ die zeitlich intensivste Phase des Beratungsgesprächs war, wurden die Reaktionen darauf für diese eine Intervention analysiert, bevor Reaktionen auf alle Interventionen dieser Kategorien zusammengefasst wurden.

Auf die Intervention „Raum geben“ reagierten die Angehörigen mit ausführlichen ersten Berichten. Die Angehörigen begannen über ihre aktuelle Lebenssituation zu erzählen. Sie schilderten, wie ihre Alltagsgestaltung war und was sie erlebt hatten. Diese Erzählungen nahmen mit Abstand den meisten Raum in der Reaktion beider Angehöriger ein. Frau_A sprach auch häufig über ihre eigenen Gefühle, Frau_B berichtete mehr über ihre Belastungen und tendierte stärker zu Bewertungen ihrer Situation und ihres Umfelds. Frau_A brachte auch mehrere Rechtfertigungen ins Gespräch ein, was möglicherweise ein Hinweis auf eine subjektiv verspürte Enge ihrer Handlungsmöglichkeiten sein könnte. Die Reaktion auf die Intervention „Raum geben“ war die längste durchgängige Erzählphase beider Angehöriger. Sie hatten die Gelegenheit, ihre Situation aus ihrer subjektiven Sicht zu schildern und zu erklären, wie es dazu kam, dass es schwierig wurde, während ihnen die Sozialarbeiterin aufmerksam zuhörte.

In einem nächsten Schritt fragte die Sozialarbeiterin in Beratung_A mehrmals interessiert nach, um die Situation besser zu verstehen und ein möglichst vollständiges Bild der Lebenssituation und Möglichkeiten der Angehörigen zu erhalten. In Beratung_B entschied sie sich für eine Zusammenfassung der gehörten Inhalte, bevor sie Fragen der Kategorie „Interessiertes Nachfragen“ wählte.

In beiden Gesprächen folgten im weiteren Verlauf mehrere Interventionen dieser Kategorie. Daraus lässt sich folgern, dass dieses einfühlsame Verstehen die zweite wichtige Aktivität der Sozialarbeiterin war. Die genaue Reihenfolge der Interventionen kann nicht festgelegt werden. Am Beginn stand jedenfalls das „Raum geben“ und im Anschluss entschied die Sozialarbeiterin, welche Art von Intervention dieser Phase angebracht erschien. Ziel war es jedenfalls, die subjektive Sicht und Erfahrung der Angehörigen so gut wie möglich zu erfassen.

Die häufigste Reaktion auf die weiteren Interventionen der Phase B war wieder die Erzählung aus Alltag oder Geschichte. Frau_B hatte hier ein besonders großes Bedürfnis, aus ihrem Alltag zu erzählen. Daraus bildete die Sozialarbeiterin die Hypothese, dass sie in ihrem Alltag möglicherweise zu wenige Möglichkeiten hatte, sich mitzuteilen und mehr Austausch im Freundeskreis oder in einer Selbsthilfegruppe hilfreich sein könnte. Frau_A sprach in erster Linie über belastende Gefühle, woraus die Sozialarbeiterin folgerte, dass für sie die Auseinandersetzung mit diesen Gefühlen (z.B.

im Zuge einer Gesprächstherapie) hilfreich sein könnte. Ebenfalls ein wichtiges Thema waren die Wünsche für die Zukunft. Daraus wurde gefolgert, dass beide Frauen sich sehr für eine zukünftige Veränderung und Umsetzung dieser Wünsche interessierten. Vielleicht war das auch die Motivation, sich für dieses Gespräch anzumelden. Schon beim interessierten Nachfragen, ob Dinge auch anders geregelt werden könnten, kam es zu Widerstand in Form von ablehnendem Verhalten und Rechtfertigung. Das könnte dafür sprechen, dass die Klientinnen sich in ihrer Autonomie bedroht fühlten oder den Eindruck hatten, alles sinnvoll Mögliche bereits versucht zu haben. Zu den Gründen, weshalb pflegende und betreuende Angehörige Hilfe und Unterstützungsvorschläge oftmals ablehnen, wird auf Kapitel 8.3.1, 8.3.2 und 8.3.5 verwiesen, wo dieses Thema ausführlich behandelt wird.

Die zweite Beratungsphase endete nicht abrupt. Elemente daraus kamen auch während der Phase C bei Bedarf zum Einsatz.

■ Phase C – Aktiv Einfluss nehmen

Sobald die Sozialarbeiterin mithilfe der gesammelten Erkenntnisse aus Phase B Arbeitshypothesen gebildet hatte, konnte Phase C beginnen. Nun wurden konkrete Empfehlungen für die betreuenden und pflegenden Angehörigen ausgesprochen, oder die Sozialarbeiterin gab ihr allgemeines, medizinisches oder psychologisches Wissen weiter. Außerdem hatte sie die Möglichkeit, Stellung zu einem konkreten Thema zu beziehen, indem sie über ihre Einschätzung der Lage sprach.

Die Phase des aktiven Einfluss-Nehmens war, gemessen an der Anzahl der sozialarbeiterischen Interventionen, die für die Sozialarbeiterin intensivste Phase des gesamten Gesprächs. Ziel des Gesprächs war es, passende konkrete nächste Schritte für die Klient*innen zu finden. In dieser Phase wurden verschiedene Möglichkeiten präsentiert und mit den Angehörigen diskutiert. Dass diese Phase so viel Raum bekam, hängt möglicherweise damit zusammen, dass die Sozialarbeiterin ja nur dieses eine Gespräch im Sinne eines erweiterten Clearings zur Verfügung hatte, um nächste passende Schritte zu planen. Auch die Situation der Angehörigen (z.B. dringender Wunsch nach Veränderung) gab dieser Phase im Gesprächsverlauf viel Gewicht.

Die Angehörigen erzählten in ihren Reaktionen am häufigsten mehr aus ihrem Alltag oder von ihrer Geschichte. Frau_B reagierte häufig mit Gefühlsäußerungen, was sie im bisherigen Gespräch noch kaum getan hatte. In dieser Phase reagierten beide Angehörige häufig mit Bewertung, Zustimmung oder Ablehnung zu konkreten Vorschlägen.

Die Sozialarbeiterin beendete das Gespräch und setzte damit einen klaren Rahmen als Gesprächsleiterin. Diese Intervention wurde wieder der Phase A zugeordnet.

9.4.4 Schlussfolgerungen

Aus den gewonnenen Erkenntnissen kann zusammenfassend Abbildung 35 die Erfahrungen der beiden Gespräche in einem Gesprächsverlauf grafisch darstellen:

Abbildung 35: Kategorien von Interventionen

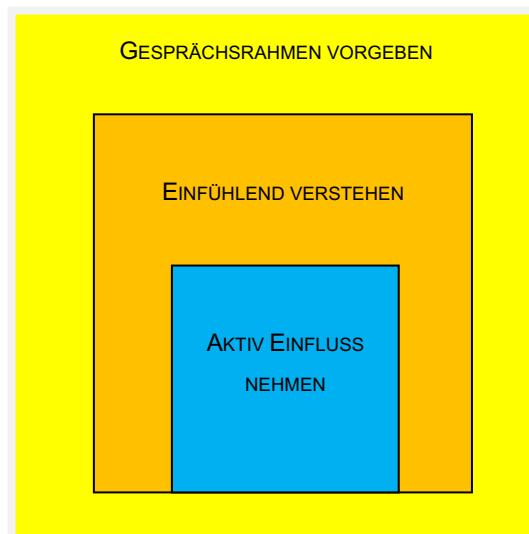


Quelle: eigene Darstellung

Der Zweck und die Rahmenbedingungen des Gesprächs beeinflussten die Intensität und Dauer der unterschiedlichen Phasen. Zu Beginn des Gesprächs brauchte es Klarheit über die Funktion des Gesprächs, die Rollen der teilnehmenden Personen und das Ziel des Gesprächs, damit sich die Angehörigen sicher fühlten und bereit waren, sich zu öffnen. In der zweiten Phase des Gesprächs wurde eine vertrauensvolle Beziehung zu den Angehörigen aufgebaut und versucht, die subjektive Sicht der Angehörigen dem bereits vorhandenen Wissen über die Angehörigen durch den Assessmentbogen und die telefonisch eruierte Einschätzung der Pflegeplaner*innen zu ergänzen. Schon in dieser Phase konnten mögliche Ideen der Sozialarbeiterin durch Nachfragen überprüft werden und den weiteren Verlauf des Gesprächs beeinflussen. In der dritten Phase schließlich ging es um konkrete nächste Schritte, die Aufklärung über verschiedene relevante Themen und die Einschätzung der Sozialarbeiterin. Diese Phase gestaltete sich besonders interventionsreich, da die Reaktion der Angehörigen auf jede einzelne Idee den weiteren Gesprächsverlauf wesentlich verändern konnte. So lotste die Sozialarbeiterin die Angehörigen bildlich gesprochen durch das Meer an Möglichkeiten, um für die Angehörigen einen oder mehrere passende Hilfe-Häfen zu finden, bevor sie das Gespräch und damit die sozialarbeiterische Intervention beendete.

Um diesen Verlauf noch einen weiteren Schritt zu abstrahieren kann diese Grafik nun mit den drei Phasen der Beratung (wie in Kapitel 9.4.3) bezeichnet werden (Abbildung 36).

Abbildung 36: Phasen der Beratung im Verlauf



Quelle: eigene Darstellung

9.5 Empfehlungen für sozialarbeiterische Beratung

Die Frage ist nun, was die Erkenntnisse aus der Forschung für zukünftige Gespräche dieser Art konkret bedeuten. Hier geht in erster Linie um die inhaltliche Struktur und die zeitliche Abfolge zukünftiger Beratungen in Form von beschriebenen Phasen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten mehr oder weniger wichtig erscheinen. Die Zusammenfassung der Erkenntnisse für die Durchführung dieses Teils befindet sich als „Werkzeugkoffer für Sozialarbeiter*innen“ im Anhang A, Teil VII.

Die hilfreiche Beratung beginnt mit der sorgfältigen Vorbereitung des Gesprächs als zentralem Bestandteil sozialarbeiterisch professionellen Handelns.

„Gute Vorbereitung senkt den Handlungsdruck im Gespräch; so werden emotionale und kognitive Kapazitäten zur guten Gesprächsführung frei. Nur gut vorbereitet kann man im Gespräch spontan und flexibel reagieren (es sei denn, man besitzt bereits jahrelange Erfahrung)“ (Widulle 2012: 79)

In der Vorbereitung der Beratung wird empfohlen, sich neben dem Assessmentbogen durch ein ausführliches Gespräch mit dem*der zuständigen Pflegefachkraft vorzubereiten. Darin wird nach den Wahrnehmungen der Pflegefachkraft gefragt (z.B. was sehen sie als zentrales Problem, wie nahmen sie die Situation vor Ort wahr?). Diese Hinweise können in der Recherche regionaler Kontakt- und Unterstützungsmöglichkeiten sehr hilfreich sein und eine mögliche Richtung vorgeben. Im Gespräch selbst steht natürlich die subjektive Wahrnehmung der Angehörigen im Zentrum. Trotzdem lieferten die Vorgespräche mit den Pflegefachkräften in den durchgeführten Gesprächen wertvolle Hinweise und sorgten für zusätzliche Ressourcen der Sozialarbeiterin, um im Gespräch konzentriert bei den Angehörigen zu bleiben.

Nach der telefonischen Terminvereinbarung mit den Angehörigen kommt es im nächsten Schritt zur Durchführung des Beratungsgesprächs.

Zu Beginn des Gesprächs sind nach der Begrüßung Rahmenbedingungen und Rollen im Gespräch klar zu definieren (Sozialarbeiter*in als Experte*in, voraussichtlicher Ablauf, Dauer, Finanzierung, Vertraulichkeit, Dokumentation, transparente Darstellung bisher erfolgter Schritte). Durch diese klare Übernahme von Verantwortung durch den*die Sozialarbeiter*in für den Gesprächsablauf kann sich der*die Gesprächspartner*in entspannter auf das Gespräch einlassen und darauf vertrauen, professionell beraten zu werden (z.B. Guten Tag. Mein Name ist ..., ich bin Sozialarbeiterin der Organisation ... und darauf spezialisiert, Angehörige bezüglich eines möglichen Unterstützungsbedarfs zu beraten). Ebenfalls wichtig für den Aufbau dieses Vertrauens ist die grundsätzliche Wertschätzung für die Angehörigen in ihrer Situation im Allgemeinen und in der Annahme dieses Angebots im Speziellen (z.B. Es ist mutig, dieses Angebot anzunehmen, obwohl nicht klar ist, was dieses Gespräch genau für Sie bringen wird).

In einem nächsten Schritt, der als „einführend verstehen“ zusammengefasst werden kann, wird dann der Person Raum gegeben, um selbst zu erzählen worum es geht, was seine*ihre Anliegen sind. Hier ist es wichtig noch keine Interventionen (außer dem aufmerksamen Zuhören) zu setzen. Erst wenn der erste Schwall an Belastungen geäußert wurde, wird das Gespräch zu einem Dialog und der*die Sozialarbeiter*in kann beginnen, interessiert nachzufragen (z.B. wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation, was würde Ihnen gut tun,...). Um das Verständnis für die Person zu verdeutlichen und noch mehr Offenheit zu ermöglichen, wird der Person immer wieder Wertschätzung, z.B. in Form von Zusammenfassung gehörter Inhalte, entgegengebracht (z.B. Sie standen während der Anwesenheit ihres Mannes ständig unter Spannung, Sie haben also nur zwei Personen, die Sie im Pflegealltag unterstützen, ...).

Wenn dem*der Sozialarbeiter*in ausreichend Informationen zur Verfügung stehen, kann er*sie erste konkrete Empfehlungen aufbauend auf den wahrgenommenen Probleme des*der Angehörigen äußern (z.B. Sie könnten mehr Zeit in ihrem Garten und in der Natur verbringen, Sie könnten eine Beratung zum Thema Demenz in Anspruch nehmen, um Fragen zur Diagnose zu klären, ...). Außerdem kann er*sie nun medizinisches, rechtliches oder systemisches Wissen weitergeben (z.B. es gibt die Möglichkeit eines mobilen Notars, um die Erwachsenenvertretung für Ihren Vater zu erwirken, ...). Auch Teil dieser Phase kann es sein, in der Rolle als Sozialarbeiter*in klar Stellung zu beziehen (z.B. ich glaube, dass die Leistung, die Sie erbringen viel Energie kosten muss,...). Häufig geht es um Probleme mit eigenen Gefühlen oder in Beziehungen und eine Beratung darüber, wie die Person damit umgehen beziehungsweise wo sie Fragen dazu am besten klären könnte. Bei Bedarf kann es immer wieder notwendig sein, interessiert nachzufragen oder durch wertschätzende Aussagen Kontakt zur Person herzustellen. Am Ende des Gesprächs setzt der*die Sozialarbeiter*in einen klaren Schlusspunkt. Zuvor können noch nächste konkrete Schritte kurz zusammengefasst werden.

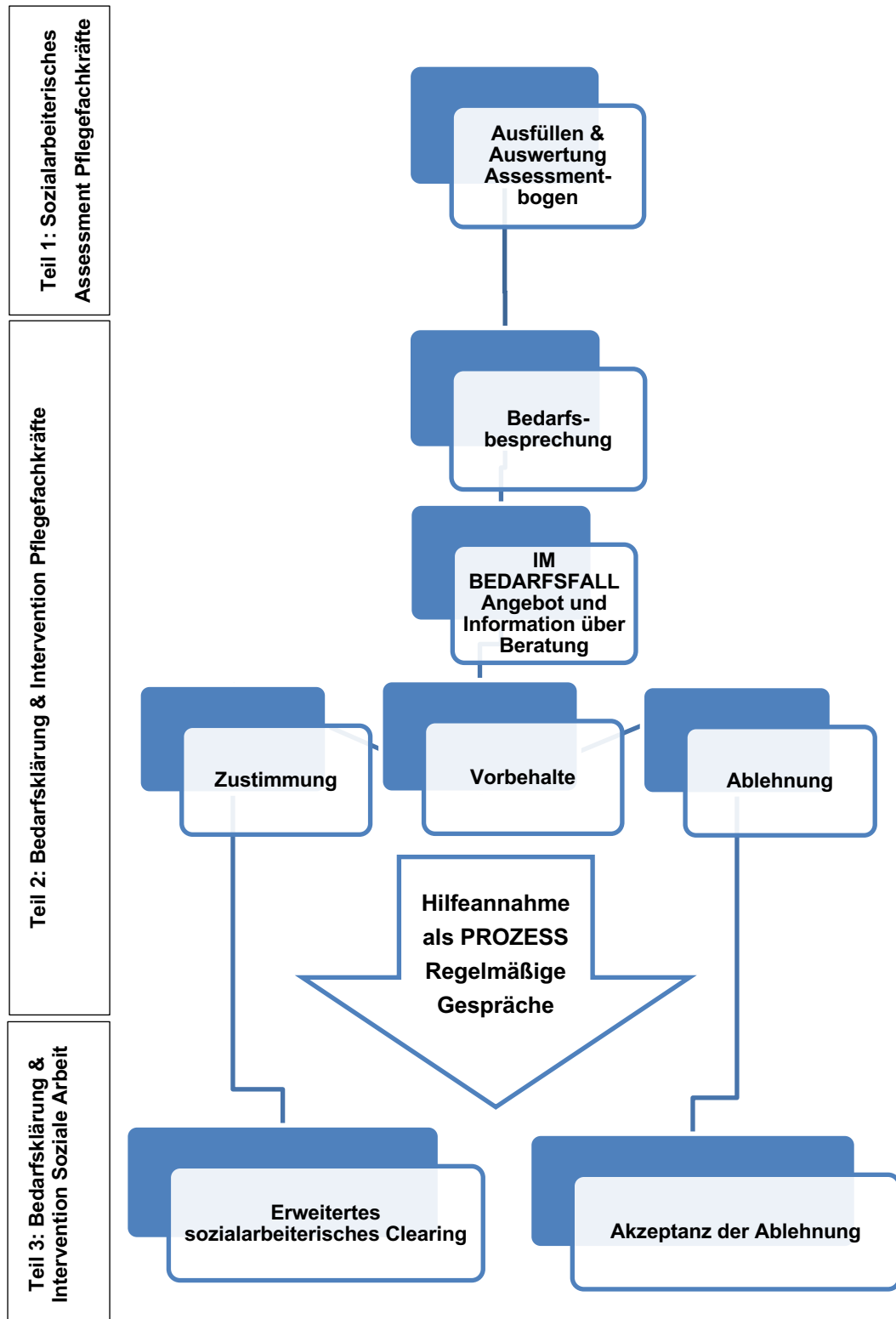
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Verlauf der Beratung nie exakt vorhersehbar ist und volle Konzentration und Aufmerksamkeit der Fachkraft verlangt. Das entwickelte Phasenmodell kann – wie alle Modelle zur Gesprächsführung – als methodisches Werkzeug nur ein Teil gelingender Beratung sein, das vor allem für Anfänger*innen oder bei Neuerschließung eines Arbeitsbereichs sehr hilfreich sein kann. Vielleicht ist es ja hilfreich, sobald es für pflegende und betreuende Angehörige die Möglichkeit gibt, ambulante sozialarbeiterische Beratung in Anspruch zu nehmen.

10 Schlussfolgerungen

Bauer Birgit, Gebetsberger Florian, Ikhardtova Maria

Basierend auf den Erkenntnissen durch die Evaluierung und Erprobung des von Elbe und Fritzer entworfenen Modells ergeben sich einige Veränderungen. Diese werden nun sowohl grafisch dargestellt (Abbildung 37) als auch verbal beschrieben:

Abbildung 37: Bedarfsklärung und Interventionsmöglichkeiten für pflegende und betreuende Angehörige



Quelle: Eigene Darstellung von Bauer, Gebetsberger, Ikhardtova

Das weiterentwickelte Modell besteht nun statt aus zwei aus drei grundsätzlichen Teilen. Die ersten beiden Teile werden von den Pflegefachkräften durchgeführt, der dritte Teil von Sozialarbeiter*innen.

Im ersten Schritt, dem sozialarbeiterischen Assessment, lesen die Pflegefachkräfte die Anleitung für die Anwendung des Bogens bevor sie den Assessmentbogen für die weitere Praxis mit den Angehörigen ausfüllen und mithilfe einer transparenten Folie auswerten.

Anschließend beginnt Teil 2 des Modells, die Bedarfsklärung und Intervention der Pflegefachkräfte durch ein Gespräch mit den Angehörigen. Das Ergebnis des Assessments wird im Rahmen einer Bedarfsbesprechung direkt im Anschluss an die Auswertung kommuniziert. Dazu werden in der Handreichung verschiedene Möglichkeiten und Hilfestellungen vorgeschlagen, die die Pflegefachkräfte bei der Ergebnis- und Bedarfsbesprechung unterstützen (siehe Anhang A, Teil V). Der Bedarf ergibt sich dabei nicht lediglich aus der erreichten Punkteanzahl laut Bogen, sondern ist eine Zusammenschau aus erreichter Punkteanzahl und Einschätzung der Pflegefachkräfte. Wird kein Bedarf festgestellt, endet die Intervention an dieser Stelle und es können Verlaufskontrollen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. Wenn die Pflegefachkräfte einen Bedarf feststellen, so können sie die Angehörigen über das Beratungsangebot informieren ohne dabei Entscheidungsdruck auszuüben.

Neben der Einsicht in das Ergebnis und der Zustimmung zum Angebot hat sich in der Praxis gezeigt, dass die Reaktionen der Angehörigen im Rahmen der Ergebnisbesprechung und Beratungsvermittlung oftmals mit Widerständen verbunden sind. Diese haben wir in der Grafik als Ablehnung und Vorbehalte bezeichnet. Für diese Fälle bietet die Handreichung verschiedene Interventionsmöglichkeiten. Ablehnung bedeutet dabei ein klares Nein der Angehörigen zum Beratungsangebot und ist auch als solches zu akzeptieren. In diesem Fall können die Pflegefachkräfte dennoch fragen, ob sie eventuell zu einem späteren Zeitpunkt nochmal auf das Thema zu sprechen kommen dürfen. Vorbehalte beziehen sich auf jene Angehörigen, die erstmal Bedenken haben, aber nicht völlig in Widerstand gehen. Ausgehend von der Erkenntnis, dass Hilfeannahme als Prozess zu verstehen ist, geht es dann vor allem darum, den Angehörigen Zeit zu geben, regelmäßige Gespräche zu führen und ihnen Informationen zur Verfügung zu stellen (z.B. über Soziale Arbeit). Dazu können die Pflegefachkräfte wieder auf die verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten der Handreichung zurückgreifen. Hier ist also auch die Bereitschaft der Pflegefachkräfte gefordert, den Prozess weiter zu begleiten und die Thematik regelmäßig sorgend und wertschätzend anzusprechen. Möglicherweise kommt es mit der Zeit, dass die Angehörigen bereit sind, zusätzliche Hilfe anzunehmen. Dann kann eine Beratung in die Wege geleitet werden. Verändert sich die Bereitschaft der Angehörigen nicht, dann ist das im Sinne der Entscheidungsautonomie natürlich zu akzeptieren.

Falls sich Angehörige für eine Beratung entscheiden, sind wir beim dritten Teil des Modells angelangt, den wir „Bedarfsklärung und Intervention Soziale Arbeit“ genannt haben. Dieser findet in Form einer sozialarbeiterischen Beratung statt. Die Pflegefachkräfte stellen dazu den Kontakt zum*r Sozialarbeiter*in her und tauschen sich über die Situation der Angehörigen aus. Das Beratungsgespräch wird unter

Berücksichtigung der drei Phasen „Gesprächsrahmen anbieten“, „einführend verstehen“ und „aktiv Einfluss nehmen“ durchgeführt, die im Rahmen der Forschung erarbeitet wurden. Zusammenfassend können also folgende Veränderungen festgehalten werden:

- Anstatt des Begriffes „sozialarbeiterisches Screening“ sprechen wir im überarbeiteten Modell von einem „sozialarbeiterischen Assessment“. Das weiterführende Gespräch, ursprünglich als „sozialarbeiterisches Assessment“ bezeichnet, wird ersetzt durch die Bezeichnung „erweitertes sozialarbeiterisches Clearing“. Diese Veränderungen der Begrifflichkeiten haben sich im Laufe des Forschungsprozesses und der theoretischen Auseinandersetzung als treffender erwiesen.
- Das Modell geht nun nicht mehr von einer linearen und einmalig durchzuführenden Abfolge aus, sondern sieht für den häufigen Fall von Vorbehalten gegenüber dem Angebot einen längerfristigen Prozess der Hilfeannahme vor.
- Neben der Anzahl der erreichten Punkte beim Assessment spielt nun auch die Wahrnehmung der Pflegekräfte für die Einschätzung eines sozialarbeiterischen Bedarfs eine wesentliche Rolle.
- Die Pflegefachkräfte erhalten nun einen Gesprächsleitfaden mit verschiedenen Interventionen und Informationen für die Durchführung des Assessments. Dieser soll ihnen insbesondere bei der Bedarfsbesprechung und Beratungsvermittlung sowie bei den nachfolgenden Gesprächen Unterstützung bieten. Den Pflegekräften kommt nun eine größere Aufgabe als die Durchführung eines vorbereiteten Assessments zu.
- Die Sozialarbeiter*innen wenden nicht unterschiedliche sozialdiagnostische Instrumente an, sondern führen ausschließlich ein Beratungsgespräch in Form eines erweiterten Clearings durch. Für diese Beratung wird ihnen ein Werkzeugkoffer für Sozialarbeiter*innen mit verschiedenen Interventionsmöglichkeiten und konkreten Formulierungsvorschlägen zur Verfügung gestellt. Das bedeutet also insgesamt eine Reduktion der Methoden und eine Rückbesinnung auf die wesentliche Rolle, die eine bestehende Beziehung (zu den Pflegefachkräften) im Hilfeprozess spielt. Die Erprobung in der Praxis führte zu einer realitätsnäheren Einschätzung der Möglichkeiten, wie Soziale Arbeit pflegende und betreuende Angehörige unterstützen kann.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist das Konzept als prototypischer Vorschlag zu verstehen. Soziale Arbeit ist in der ambulanten Altenpflege noch kaum vertreten¹², weshalb in der Praxis die Rahmenbedingungen und Strukturen fehlen, um das Modell zu implementieren. Die Gespräche mit den Pflegeplaner*innen und der zuständigen Pflegekoordinatorin machen deutlich, dass diese Lücke derzeit unter anderem durch die behördliche Sozialarbeit (vgl. Gruppendiskussion: 28/25-30; Interview_A: 4/12-31), durch ein umfangreiches Aufgabenspektrum der Pflegeplaner*innen (vgl. Interview_D: 7/26-8/6) sowie durch gute Kontakte zur Krankenhaus-Sozialarbeit (vgl.

¹² Primärversorgungszentren bieten teilweise die Möglichkeit, sozialarbeiterische Beratung im ambulanten Setting in Anspruch zu nehmen (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen 2020)

Gruppendiskussion: 29/9-17) abgedeckt wird. Die Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden wird als eher mäßig beschrieben. So verweisen die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussion auf Ressourcen- und Kommunikationsprobleme (vgl. Gruppendiskussion: 28/25-30). Die Grenzen der Pflege sieht die zuständige Pflegekoordinatorin vor allem in Situationen, in denen es keine Lösungsansätze gibt und wo es zum Beispiel um *soft skills*, soziale Kontakte und Aktivitäten, Verantwortung und Ängste der Angehörigen geht (vgl. Gruppendiskussion: 15/5-8). Im Hinblick auf die genannten Aspekte, komplexe Problemlagen und Lösungsabstinenzen, besitzt die Soziale Arbeit das methodische Rüstzeug und erforderliches Know-How. Die Ausführungen bestätigen demnach den Bedarf an und die Sinnhaftigkeit von sozialarbeiterischer Unterstützung in diesem Bereich.

Grundsätzlich braucht es neben den notwendigen Strukturen natürlich auch den Willen und die Bereitschaft der in diesem Bereich dominierenden Professionen der Medizin und der Pflege, mit der Sozialarbeit zu kooperieren. Im Rahmen der Gespräche zeigten sich sowohl die Pflegeplaner*innen als auch die zuständige Pflegekoordinatorin äußerst positiv und offen gegenüber dem Einsatz von Sozialarbeiter*innen in diesem Bereich. So heißt es zum Beispiel von der Pflegekoordinatorin, dass sie sich vor allem bei den ganz schwierigen sozialen Lagen Unterstützung von Sozialarbeiter*innen wünschen würde (vgl. Gruppendiskussion: 26/28-29). Dennoch muss hier festgehalten werden, dass gerade mit der Akademisierung der Pflege sowie dem Anspruch eines ganzheitlichen, auf Case- und Care- Management beruhenden Ansatzes in der Praxis, durchaus Spannungsverhältnisse und Überschneidungen zwischen der Sozialen Arbeit und der Pflege zu erwarten sind. Das hat sich auch in der Beschreibung der Pflegeplaner*innen über ihre Aufgaben und Tätigkeiten widerspiegelt, von denen einige nach dem Professionsverständnis der Sozialen Arbeit sicherlich auch dieser Berufsgruppe zugeordnet werden können. Möchte sich die Soziale Arbeit zukünftig in diesem Bereich etablieren, braucht es hier einen intensiven Austausch und Aushandlungsprozess zwischen den beiden Professionen, um die jeweiligen Aufgabengebiete und Grenzen abzustecken.

Derzeit wird die Implementierung von Sozialer Arbeit aufgrund des fehlenden Verrechnungsmodus der Krankenkassen für Sozialarbeiter*innen im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung verhindert. Eine grundsätzliche Möglichkeit, das vorgestellte Konzept zu implementieren, wäre, zunächst eine*n Springer-Sozialarbeiter*in einzustellen sowie eine abrechenbare Leistung etwa für die Dauer eines einmaligen zweistündigen Gesprächs zu schaffen. Darüber hinaus müssten Pflegefachkräfte die Möglichkeit haben, das Assessment im Rahmen ihrer Arbeitszeit durchführen zu können. Um die Soziale Arbeit in Zukunft in bestehende Organisationen integrieren zu können, so Pflegerl, braucht es dafür die notwendigen finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen (vgl. Pflegerl 2013). Dementsprechend wird hier auch Lobbyarbeit erforderlich sein.

Festgehalten werden soll an dieser Stelle noch, dass das Konzept und die damit verbundenen Interventionen relativ spät ansetzen. Die Weiterentwicklung des Modells fokussiert vor allem auf bereits bestehende Pflege- und Betreuungsverhältnisse und

damit einhergehende Belastungen und Bedürfnisse und zeigt Möglichkeiten auf, wie die Soziale Arbeit in diesem Bereich unterstützend tätig sein kann. In Anlehnung an Pflegerl (2013) sind in diesem Kontext auch begleitende Maßnahmen erforderlich, die Menschen in früheren Lebensphasen unterstützen, sich aktiv mit dem Alter und zukünftigen Betreuungs- und Pflegefragen zu befassen (vgl. Pflegerl 2013: 11). Demnach bedarf es hier weiterführender Forschung, wie man die Personengruppe im Sinne von Prävention früher erreichen könnte. Die zuständige Pflegekordinatorin spricht in der Gruppendiskussion auch von aufsuchenden Maßnahmen (vgl. Gruppendiskussion: 19/16-18). Erste Akzente in Richtung Prävention und einer frühen Beschäftigung mit dem Thema, wurden mit der Entwicklung einer „Selbstanwendungshilfe“¹³ durch Kolleg*innen der Fachhochschule St. Pölten gesetzt.

Pflegende und betreuende Angehörige leisten einen gesellschaftlich enorm wertvollen Beitrag und verdienen Unterstützung bei der Bewältigung dieser Aufgabe. Mit einem erweiterten Blick auf das Pflegesetting (vgl. Pflegerl 2014: 5) durch das vorliegende Modell und den damit einhergehenden Interventionen soll dazu beigetragen werden, den Bedürfnissen und Belastungen der Angehörigen gerecht zu werden.

¹³ Siehe dazu die Masterthese von Hafner et al. (2020).

Literatur

- Allwicher, Volker (2009): Welche Beratung brauchen pflegende Angehörige? Konzeption einer bedürfnisorientierten Angehörigenberatung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. Norderstedt: books on demand.
- Beck, Klaus (2017): Kommunikationswissenschaft. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Belardi, Nando / Akgün, Lale / Gregor, Brigitte / Neef, Reinhold / Pütz, Thomas / Sonnen, Fritz Rolf (2007): Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Benien, Karl (2003): Schwierige Gespräche führen. Modelle für Beratungs-, Kritik- und Konfliktgespräche im Berufsalltag. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Berkman, Barbara et al. (2006): Handbook of social work in health and aging. New York: Oxford University Press.
- Bibliografisches Institut GmbH (2020a): Duden. Bedeutung „Intervenieren“. <https://www.duden.de/rechtschreibung/intervenieren#Bedeutung-1a> [Zugriff: 2.4.2020].
- Bibliografisches Institut GmbH (2020b): Duden. Bedeutung „Eklektizismus“. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Eklektizismus> [Zugriff: 25.02.2020].
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2016): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015. Wien: Sozialministerium. <https://broschuere.service.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=366> [Zugriff: 25.01.2020].
- Cullberg, J. (1978): Krisen und Krisentherapie. Psychiatrische Praxis, 5, 25-34.
- DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2016): Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstag Soziale Arbeit und DBSH. Berlin. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/deutsche_def._sozialer_arbeit_des_fbts_und_dbsh_final.pdf [Zugriff: 06.03.2020].
- Elbe, Carmen / Fritzer, Carina (2011): Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Diagnostik im Kontext der ambulanten Altenpflege. Masterthese, Fachhochschule St. Pölten.

- Eurostat 2019: Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsalterung.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/de#Der_Anteil_.C3.A4lterer_Menschen_nimmt_weiter_zu [Zugriff: 24.01.2020].
- Früchtel, Frank / Roth, Erzsebet (2014): Justin hat die Schnauze voll – Ein Fallbeispiel zum Familienrat, das Techniken und Grenzen erklärt. In: Das Jugendamt, Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht, Nr.3, 2014, 119 –125.
- Fuller, Catherine / Taylor, Phil (2012): Therapie-Tools. Motivierende Gesprächsführung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Geister, Christina (2004). Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin. Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter. Bern: Verlag Hans Huber.
- Goger, Karin (2019): Gesprächstechniken in der Sozialen Arbeit. Power Point Präsentation für die Lehrveranstaltung „Gesprächstechniken der Sozialen Arbeit“ im Rahmen des Masters Soziale Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten.
- Hafner, Kristina / Katzberger, Jacqueline / Boos, Lena / Leeb, Margit / Maqsood, Naila (2020): „Familie Huber macht einen Plan“. Entwicklung einer Selbstanwendungshilfe für die innerfamiliäre Besprechung und den Umgang mit Betreuungsfragen im Alter. Masterthese, Fachhochschule St. Pölten.
- Helfferrich, Cornelia (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, 559-574.
- Huber, Michaela / Röck, Esther (2014): Unterstützungskonferenz. Methodische Präzisierung für den Kontext der Pflege und Betreuung. Masterarbeit, Fachhochschule St. Pölten.
- Kähler, Harro Dietrich / Gregusch, Petra (2015): Erstgespräche in der fallbezogenen Sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Kelle, Udo/Kluge, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften - Kapitel 4, S.54-74.
- Kolland, Franz / Fibich, Theresa (2014): Professionalisierung in der Sozialen Altenarbeit. In: soziales_kapital, wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit, Nr. 11, 2014. <https://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/323/551> [Zugriff: 06.03.2020].
- Kraus, Björn (2016): Was ist Soziale Arbeit? Zur internationalen Definition und nationalen Bestimmungsversuchen. Forum Sozial, 2, 18-23.

https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/47905/ssoar-forumsozial-2016-2-kraus-Was_ist_Soziale_Arbeit_Zur.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-forumsozial-2016-2-kraus-Was_ist_Soziale_Arbeit_Zur.pdf [Zugriff: 10.03.2020].

- Kuckartz, Udo (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Luborsky, L. / McLellan, A.T. / Woody, G.E. / O'Brien, C.P. / Auerbach, A. (1985): Therapist success and its determinants. Archives of General Psychiatry, 42, 602-611.
- Lüssi, Peter (2001): Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung. Bern; Stuttgart; Wien: Haupt Verlag.
- Lützenkirchen, Anne / Wittig, Annika / Moll, Gabriele / Kunkel, Katharina (2014): Pflegende Angehörige besser pflegen: Soziale Arbeit für eine hochbelastete Bevölkerungsgruppe. Lage: Jacobs-Verlag.
- May, Michael (2008): Aktuelle Theoriediskurse Sozialer Arbeit. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Miller, William R. (1980): The Addictive Behaviours: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking, and Obesity. New York: Pergamon Press.
- Miller, William R. / Rollnick, Stephen (2004): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Mischke, Claudia (2012): Ressourcen von pflegenden Angehörigen. Entwicklung und Testung eines Assessmentinstrumentes. Hungen: hpsmedia.
- Nagl-Cupal, Martin / Kolland, Franz / Zartler, Ulrike / Mayer, Hanna / Bittner, Marc / Koller, Martina / Parisot, Viktoria / Stöhr, Doreen (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Nikolaus, T. et al. (1994): Soziale Aspekte bei Diagnostik und Therapie hochbetagter Patienten. Erste Erfahrungen mit einem neu entwickelten Fragebogen im Rahmen des geriatrischen Assessment. In: Zeitschrift für Gerontologie. Nr. 27, o. A., 240-245.
- OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2004): Ethische Standards – Berufspflichten für SozialarbeiterInnen. Salzburg. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/ethik-berufspflichten-obds_1.pdf [Zugriff: 06.03.2020].

- OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2017): Berufsbild der Sozialarbeit. Salzburg. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/berufsbild_sozialarbeit_2017_06_beschlossen.pdf [Zugriff: 06.03.2020].
- ogsa- österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit (2017): Zur Zukunft der Sozialen Altenarbeit in Österreich. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft „Altern und Soziale Arbeit“ der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit. Wien: ogsa.
- Österle, August / Hammer, Elisabeth (2004): Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen. http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/pflege_langzeitpflege_oesterreich.pdf [Zugriff: 03.03.2020].
- Österreichische Raumordnungskonferenz 2019: Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2018 bis 2040 mit einer Projektion bis 2060 und Modellfortschreibung bis 2075 (ÖROK Prognose) http://www.statistik.at/web_de/downloads/oerok/bericht_bevprognose_2019.pdf [Zugriff: 03.03.2020].
- Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (2020): Versorgungskarte. <https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/> [Zugriff: 25.02.2020].
- Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung 2017: Pflegekosten steigen bis 2050 rasant. https://www.wifo.ac.at/news/pflegekosten_steigen_bis_2050_rasant [Zugriff: 31.01.2020].
- Pantucek, Peter (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. <http://www.pantucek.com/seminare/200709avalon/Normalisieren.pdf> [Zugriff am 23.02.2020].
- Pantucek, Peter (2007): Professionalisierung durch Soziale Diagnostik? In: Soziale Arbeit in Österreich, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, Nr. 4/07, S. 18-22.
- Pflegerl, Johannes (2013): Handlungsmöglichkeiten pflegebegleitender Sozialer Arbeit. Vortrag im Rahmen der Tagung „Pflege, Betreuung und Begleitung alter Menschen in der informellen Pflege in Österreich. Intersektionelle Analysen und Perspektiven“ am 4.7.2013. Fachhochschule St. Pölten: Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung.
- Pflegerl, Johannes (2014): Soziale Arbeit im Kontext von Wohnen, Pflege und Betreuung älterer Menschen. In: soziales_kapital, wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit, Nr.11, 2014.

- Pochobradsky, Elisabeth / Bergmann, Franz / Brix-Samoylenko, Harald / Erfkamp, Henning / Laub, Renate (2005): Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Redlich, Alexander (2009): Gesprächsführung in der Beratung von Lehrern, Eltern und Erziehern. Hamburg: Alumni Verein Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg.
- Rohmert, Walter (1984): Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 4, 193-200.
- Rollnick, Stephen / Miller, William R. / Butler, Christopher C. (2012): Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core-Skills für Helfer. Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst Verlag.
- Rosenbrock, Rolf (2002): Die Public Health Perspektive: Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Innovationen durch New Public Health. Göttingen: Hogrefe, S. 20-42.
- Satir, Virginia (2008): Mein Weg zu dir. Kontakt finden und Vertrauen gewinnen. München: Kösel-Verlag.
- Schmidt, Gunther (2012): Pacing/Einladen. <https://www.yumpu.com/de/document/read/16866262/pacing-einladen-cdrgrschmidt> [Zugriff: 24.02.2020].
- Schulz von Thun Institut für Kommunikation (2020): Das Kommunikationsquadrat. <https://www.schulz-von-thun.de/die-modelle/das-kommunikationsquadrat> Zugriff: 25.02.2020].
- Schulz von Thun, Friedemann (1981): Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Schulz von Thun, Friedemann (1999): Wie kommunizieren wir „richtig“? In: Denken und Glauben Nr. 99, S. 1-4.
- Seidl, Elisabeth / Labenbacher, Sigrid (2007): Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Wien, Köln: Böhlau.
- Simon, Chantal (2011): Carers: Facts and Figures. In InnovAiT, Vol. 4, No. 8, pp. 432-437 <https://ezproxy.fhstp.ac.at:2090/doi/pdf/10.1093/innovaiz/inr026> [Zugriff: 20.03.2020].
- Spiegel, Hiltrud von (2013): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. München: Reinhardt Verlag.

- Spitzer, Helmut (2008): Soziale Arbeit mit alten Menschen – eine Spurensuche. In: Soziale Arbeit in Österreich, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, Nr. 1/08, S.36-38.
- Statistik Austria 2019a: Bevölkerung zu Jahresbeginn 2002-2019 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht.
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html
 [24.01.2020].
- Statistik Austria 2019b: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2018-2100 Hauptvariante.
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html [Zugriff: 24.01.2020].
- Statistik Austria 2019c: Demografische Indikatoren – erweiterte Zeitreihen ab 1961 für Österreich.
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html [Zugriff: 27.1.2020].
- Statistik Austria 2019d: Ergebnisse im Überblick: Bevölkerung 1951 bis 2017 nach demographischen Merkmalen.
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/bevoelkerung_nach_demographischen_merkmalen/index.html [Zugriff: 27.01.2020].
- Staub Bernasconi, Silvia (2013): Soziale Arbeit als (eine) Menschenrechtsprofession. In: Hering, Sabine (Hrsg.): Was ist Soziale Arbeit? Opladen: Barbara Budrich-Verlag, S. 1-8.
- Stimmer, Franz / Ansen, Harald (2016): Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern. Grundlagen – Prinzipien – Prozess. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Stimmer, Franz / Weinhardt, Marc (2010): Fokussierte Beratung in der Sozialen Arbeit. München: Reinhardt Verlag.
- Thiersch, Hans (2007): Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Beratung. In: Nestmann, Frank / Engel, Frank / Sickendiek, Ursel (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 1. Disziplinen und Zugänge. Tübingen: dgvt Verlag, S. 115-124.
- Thomann, Christoph / Schulz von Thun, Friedemann (2001): Klärungshilfe. Handbuch für Therapeuten, Gesprächshelfer und Moderatoren in schwierigen Gesprächen. Theorien, Methoden, Beispiele. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- Vogl, Susanne (2014): Gruppendiskussion. In: Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, 559-574.
- Volkshilfe Österreich (2019). Angehörigendialog. Erhebung von Ressourcen und Belastungen pflegender Angehöriger von demenzerkrankten Menschen. Wien: Volkshilfe.
- Weber-Raley, Lisa / Smith, Erin (2015): Caregiving in the U.S. Washington D.C.: The National Alliance for Caregiving and the AARP Public Policy Institute https://www.caregiving.org/wpcontent/uploads/2015/05/2015_Caregiving_in_the_US_Final-Report-June-4_WEB.pdf [Zugriff: 15.03.2020].
- Widulle, Wolfgang (2012): Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zwirschmayr, Yvonne (2017): Family Group Conferencing in unterschiedlichen Kontexten. Internationale Entwicklungen und Gegenüberstellung etablierter Projekte. Masterarbeit, Fachhochschule St. Pölten.

Daten

- E1, E-Mail-Antwort der zuständigen Pflegekoordinatorin auf eine Anfrage bezüglich der Jobbeschreibung der Pflegeplaner*innen, 09.03.2020.
- E2, E-Mail-Verkehr mit einer erfahrenen Expertin bezüglich der Leistungen von Sozialer Altenarbeit, 05.03.2020.
- Gruppendiskussion, geführt von Bauer Birgit, Ikhardtova Maria, Gebetsberger Florian mit zwei Pflegeplaner*innen und der zuständigen Pflegekoordinatorin der Volkshilfe, September 2019, Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert.
- Interview_A, Telefoninterview, geführt von Gebetsberger Florian mit einer Pflegeplanerin der Volkshilfe, Mai 2019, Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert.
- Interview_B, Telefoninterview, geführt von Gebetsberger Florian mit einer Pflegeplanerin der Volkshilfe, Juli 2019, Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert.
- Interview_C, Telefoninterview, geführt von Gebetsberger Florian mit einer Pflegeplanerin der Volkshilfe, Juli 2019, Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert.

Interview_D, Telefoninterview, geführt von Gebetsberger Florian mit einer Pflegeplanerin der Volkshilfe, Juli 2019, Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert.

Interview_F, Telefoninterview, geführt von Gebetsberger Florian mit einer Pflegeplanerin der Volkshilfe, Juli 2019, Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert.

Beratung_A, persönliche Beratung, geführt von Carmen Elbe mit der pflegenden und betreuenden Angehörigen Frau_A, Gedächtnisprotokoll verfasst von Birgit Bauer, Zeilen durchgehend nummeriert.

Beratung_B, persönliche Beratung, geführt von Carmen Elbe mit der pflegenden und betreuenden Angehörigen Frau_B, Gedächtnisprotokoll verfasst von Birgit Bauer, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Belastungen der Pflege und Betreuung	13
Abbildung 2: Modell zur praktischen Anwendung und Umsetzung Sozialer Diagnostik	17
Abbildung 3: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer	25
Abbildung 4: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer	26
Abbildung 5: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer	26
Abbildung 6: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer	26
Abbildung 7: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer	27
Abbildung 8: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer	27
Abbildung 9: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer	27
Abbildung 10: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer	28
Abbildung 11: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version der Anleitungsblätter	29
Abbildung 12: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version der Anleitungsblätter	30
Abbildung 13: Ausschnitt aus der überarbeiteten Version der Anleitungsblätter	32
Abbildung 14: Ausschnitt aus dem Ergebnisblatt des Assessmentbogens für die weitere Praxis	35

Abbildung 15: Hilfsmittel zur Vermittlung des Gesamtergebnisses dem*der Angehörige	36
Abbildung 16: Ausschnitt aus den Anleitungsblättern für die weitere Praxis	36
Abbildung 17: Ausschnitt aus dem Ergebnisblatt des Assessmentbogens für die weitere Praxis	37
Abbildung 18: Ausschnitt aus den Anleitungsblättern für die weitere Praxis	37
Abbildung 19: Ausschnitt aus den Anleitungsblättern für die weitere Praxis	38
Abbildung 20: Ausschnitt aus den Anleitungsblättern für die weitere Praxis	39
Abbildung 21: Beziehung zu der pflegebedürftigen Person	41
Abbildung 22: Entwicklung der privaten Kontakte seit Beginn der Pflege	43
Abbildung 23: Körperlicher Gesundheitszustand – Beschwerden	44
Abbildung 24: Psychischer Gesundheitszustand	44
Abbildung 25: Entwicklung der Hobbies durch die Pflege	47
Abbildung 26: Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld	50
Abbildung 27: Zufriedenheit mit der Wohnsituation	51
Abbildung 28: Einschätzung der eigenen Pflegetätigkeit	52
Abbildung 29: Auswertungsprozess_Memos	58
Abbildung 30: Auswertungsprozess_Codes/Kategorien/Subkategorien	59
Abbildung 31: Beratungskontinuum: Beratung zwischen Auskunft und Psychotherapie	95
Abbildung 32: Kommunikationsquadrat	97
Abbildung 33: Übersicht zu neun Gesprächsformen für drei Beratungsfunktionen	99
Abbildung 34: Vergleich Ablauf Gespräch A und B	111
Abbildung 35: Kategorien von Interventionen	114

Abbildung 36: Phasen der Beratung im Verlauf	115
Abbildung 37: Bedarfsklärung und Interventionsmöglichkeiten für pflegende und betreuende Angehörige	118

Anhang

Anhang A: Handreichung für die Umsetzung des Modells „Bedarfsklärung und Interventionsmöglichkeiten für pflegende und betreuende Angehörige“	135
Teil I: Allgemeine Hinweise zum Assessment	135
Teil II: Assessmentbogen (inklusive Ergebnisblatt und grafischer Darstellung)	136
Teil III: Auswertungsfolie	141
Teil IV: Anleitung für den Assessmentbogen	143
Teil V: Leitfaden für das Assessmentgespräch	147
Teil VI: Informationsblatt Soziale Arbeit	152
Teil VII: Werkzeugkoffer für Sozialarbeiter*innen	153
Anhang B: Assessmentbogen, ursprüngliche Version	156
Anhang C: Auswertungsfolie, ursprüngliche Version	159
Anhang D: Anleitung für die Pflegeplanung, ursprüngliche Version	162
Anhang E: Assessmentbogen, überarbeitet im Forschungslabor	166
Anhang F: Auswertungsfolie, überarbeitet im Forschungslabor	171
Anhang G: Anleitungsbblätter, überarbeitet im Forschungslabor	174
Anhang H: Quantitative Auswertung der Daten	179
Anhang I: Leitfaden für die Telefoninterviews	183
Anhang J: Leitfaden für die Gruppendiskussion	185
Anhang K: Leitfaden für die Beratung	188
Anhang L: Leitfaden für Beobachtung	191

Anhang A: Handreichung

Teil I: Allgemeine Hinweise zum Assessment

Worauf ist bei der Anwendung des Assessments zu achten?

- Führen Sie das Assessment vor allem bei Angehörigen durch, mit denen bereits eine Vertrauensbasis besteht. Für Neukund*innen ist das Assessment eher ungeeignet.
- Das Assessment ist vor allem für jene Personen gedacht, die als Hauptpflegeperson an der Pflege und Betreuung beteiligt sind.
- Versuchen Sie den Aufwand für die Angehörigen möglichst gering zu halten, das erhöht die Bereitschaft der Angehörigen mitzumachen – geeignet ist zum Beispiel die Pflegevisite.
- Planen Sie, wenn möglich, genügend Zeit für das Assessment ein.
- Achten Sie darauf, dass die Angehörigen das Gespräch in Abwesenheit der Pflegeperson führen können.
- Besonders bei Fragen zur finanziellen Situation ist erhöhte Sensibilität gefragt.
- Es empfiehlt sich, die Auswertung des Assessmentbogens direkt nach dem Ausfüllen zu erledigen. Die Themen und Inhalte sind dann noch aktuell und das Gespräch wird damit abgerundet.

Teil II: Assessmentbogen inklusive Ergebnisblatt und grafische Darstellung

ASSESSMENTBOGEN¹⁴ ZUR ERFASSUNG DER SOZIALEN SITUATION PFLEGENDER UND BETREUENDER ANGEHÖRIGER

Grunddaten

Erfasst von:		Erstellt am:	
Geschlecht & Alter pflegende*r Angehörige*r	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Alter:	Geschlecht & Alter d. pflegebedürftigen Person	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Alter:
Wer pflegt?	Partner	Sohn/Tochter	Schwiegersohn/ Schwiegertochter
			Sonstige:

Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung

1.	Haben Sie Personen (professionelle Helfer*innen ausgenommen), die Sie regelmäßig in der Pflege unterstützen können?	Keine unterstützende Person(en)	Eine unterstützende Person	Mehrere unterstützende Personen
2.	Haben Sie die Möglichkeit, sich regelmäßig mit anderen Personen Ihres Umfeldes (prof. Helfer*innen ausgenommen) auszutauschen?	Keine Möglichkeit	Hätte die Möglichkeit, nutze sie aber nicht	Habe die Möglichkeit und nutze sie
3.	Haben Sie die Möglichkeit sich bei Bedarf (z.B.: in Notsituatio-nen) jederzeit an jemanden zu wenden, der sofortige Unterstützung bieten kann?	Keine Möglichkeit	Hätte die Möglichkeit, nutze sie aber nicht	Habe die Möglichkeit und nutze sie
4.	Wie ist Ihre Beziehung zu der pflegebedürftigen Person?	Fühle mich nicht wertgeschätzt	Fühle mich angemessen wertgeschätzt	Fühle mich sehr wertgeschätzt
5.	Klappt die Kommunikation zwischen Ihnen und der pflegebedürftigen Person?	Kommunikation nicht möglich	Kommunikation eingeschränkt	Kommunikation uneingeschränkt
6.	Wie haben sich Ihre privaten Kontakte seit Beginn der Pflege entwickelt?	Habe weniger Kontakte	Keine Veränderungen	Habe neue Kontakte dazu gewonnen
7.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem sozialen Umfeld?	Fühle mich einsam und im Stich gelassen	Geht so, es könnte besser sein	Fühle mich gut eingebunden

Teil 2: Soziale Aktivitäten

1.	Wie haben sich Ihre Hobbies und Interessen durch die Pflege entwickelt?	Habe Hobbies und Interessen aufgegeben oder verloren	Interessen und Hobbies haben sich durch die Pflege nicht verändert	Habe noch Hobbies und Interessen dazugewonnen
----	---	--	--	---

¹⁴ Version für die weitere Praxis. Aufgrund des Layouts ist es nicht möglich, den Assessmentbogen im Originalformat A3 darzustellen.

2.	Wie sehr schränkt Sie die Pflege in Ihrem Alltag/den Aufgaben Ihres täglichen Lebens ein?	Neben der Pflege gibt es kaum mehr Zeit für meinen Alltag	Fühle mich hin und her gerissen zwischen beiden Anforderungen	Kann beide Anforderungen meinen Vorstellungen entsprechend erledigen
3.	Wie regelmäßig können Sie sich Auszeit von der Pflege/Zeit für sich nehmen?	Gelingt mir kaum/nicht	Gelingt mir hin und wieder	Gelingt mir regelmäßig
4.	Können Sie sich vorstellen die Pflege tageweise von anderen Personen/Institutionen verrichten zu lassen?	Kann ich mir nicht vorstellen	Kann ich mir unter bestimmten Bedingungen vorstellen	Kann ich mir ohne Probleme vorstellen
5.	Inwieweit beschäftigt Sie die Pflege in Ihrer Freizeit?	Muss ständig daran denken	Einmal so, einmal so	Kann mich gut abgrenzen und abschalten
6.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Lebensgestaltung als pflegende*r Angehörige*r?	Fühle mich nicht wohl	Fühle mich eingeschränkt	Bin sehr zufrieden

Teil 3: Wohnsituation

1.	Wie ist der Zugang zu der Wohnung/dem Haus, in der/dem die Pflege geleistet wird?	Barrieren/Hindernisse vorhanden	Barrieren/Hindernisse nicht vorhanden	
2.	Wie sind die Wohnverhältnisse in der Wohnung/dem Haus, in der/dem die Pflege geleistet wird?	Barrieren/Hindernisse vorhanden	Barrieren/Hindernisse nicht vorhanden	
3.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?	Bin unzufrieden	Geht so, könnte besser sein	Bin sehr zufrieden

Teil 4: Gesundheitliche Situation

1.	Wie ist Ihr körperlicher Gesundheitszustand?	Habe des Öfteren Beschwerden	Habe von Zeit zu Zeit Beschwerden	Habe keine Beschwerden
2.	Wie ist Ihre Gefühlslage?	Bin oft gestresst, überfordert und erschöpft	Fühle mich manchmal überfordert und gestresst	Fühle mich wohl und ausgeglichen
3.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer gesundheitlichen Situation?	Bin nicht zufrieden	Geht so, könnte besser sein	Bin sehr zufrieden

Teil 5: Pflegesituation

1.	Wie können Sie mit der Pflegebedürftigkeit ihres*r Angehörigen umgehen?	Habe des Öfteren Schwierigkeiten damit	Habe manchmal Schwierigkeiten damit	Habe keine Schwierigkeiten damit
2.	Wie schätzen Sie Ihre Pflegetätigkeit ein?	Bin des Öfteren ratlos	Bin mir in gewissen Momenten unsicher	Bin pflegerisch kompetent
3.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Lebenssituation als pflegende*r Angehörige?	Bin unzufrieden	Geht so, könnte besser sein	Bin sehr zufrieden

Teil 6: Ökonomische Verhältnisse

1.	Wie ist Ihre finanzielle Lage?	Geld reicht nicht aus	Geld reicht kaum aus	Geld reicht aus
2.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer finanziellen Lage?	Bin unzufrieden	Geht so, könnte besser sein	Bin zufrieden

Teil 7: Sonstiges

1.	Was Sie sonst noch sagen wollen?	
2.	Welche Unterstützung wäre für Sie hilfreich?	

ERGEBNISBLATT

Pflegefachkraft		Bezirk	
-----------------	--	--------	--

BERECHNUNG DER PUNKTE

Teilbereiche des Assessmentbogens Max/Erreichende Punktezahl

Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung	7/
Teil 2: Soziale Aktivitäten	6/
Teil 3: Wohnsituation	3/
Teil 4: Gesundheitliche Situation	3/
Teil 5: Pflegesituation	3/
Teil 6: Ökonomische Verhältnisse	2/
Teil 7: es handelt sich hierbei um nicht bepunktete persönliche Anmerkungen der befragten Person	

Assessmentbogen-Gesamt

Punktezahl

Gesamtsumme Teil 1 + Teil 2 + Teil 3 + Teil 4 + Teil 5 + Teil 6 =

Lineal

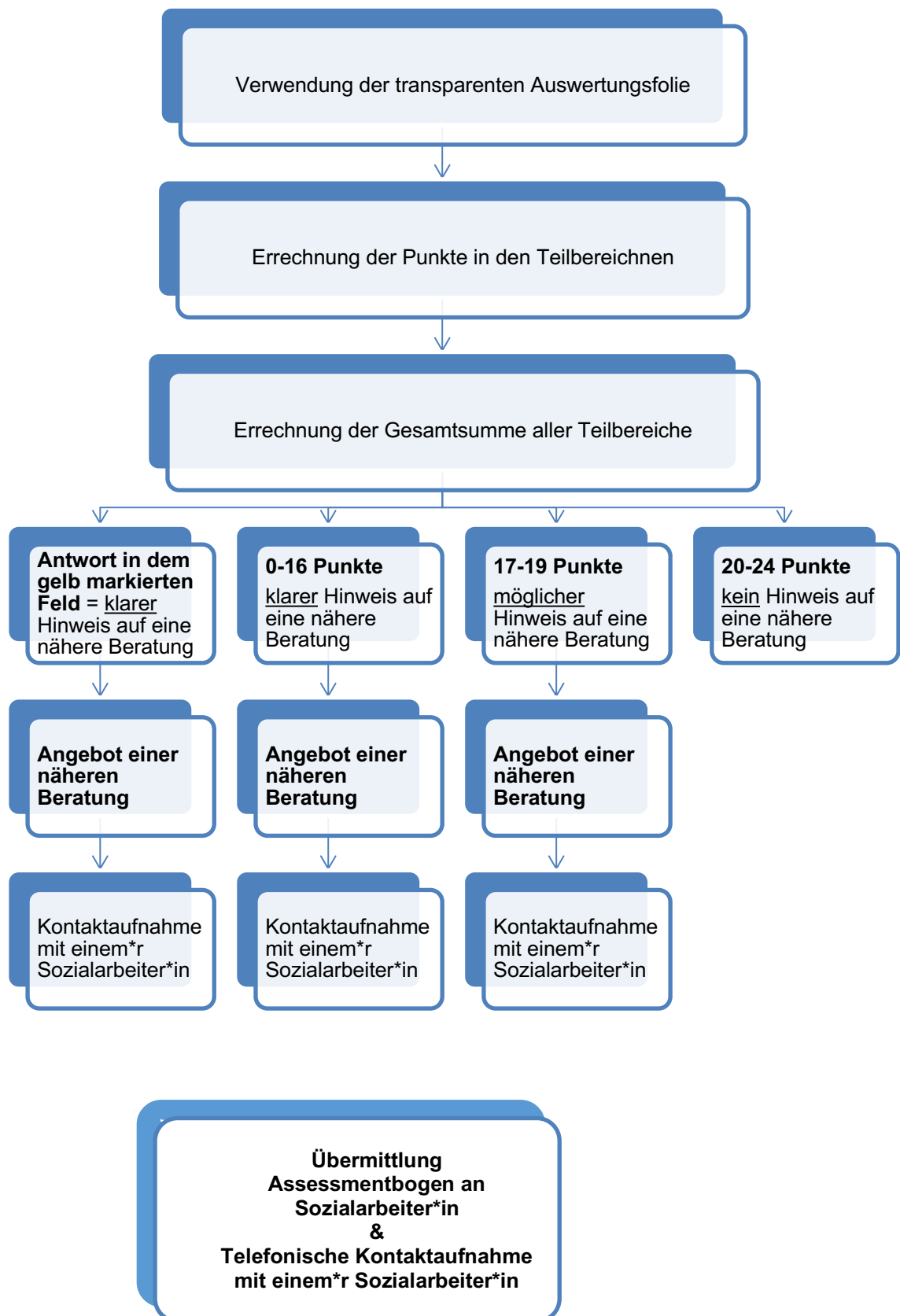


PERSÖNLICHER EINDRUCK

Was ist Ihr persönlicher Eindruck
zur Situation hinsichtlich einer näheren Beratung?

--

GRAFISCHE DARSTELLUNG ERRECHNETE ANZAHL DER PUNKTE & WEITERE VORGEHENSWEISE



Teil III: Auswertungsfolie

AUSWERTUNGSFOLIE¹⁵ DES ASSESSMENTBOGENS

Grunddaten

Dieser Teil dient der allgemeinen Information. Er wird nicht in die Berechnung mit einbezogen.				
--	--	--	--	--

Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung

1.		0	1	1
2.		0	0	1
3.		0	0	1
4.		0	1	1
5.		0	1	1
6.		0	1	1
7.		0	1	1

Teil 2: Soziale Aktivitäten

1.		0	1	1
----	--	---	---	---

¹⁵ Auswertungsfolie für die weitere Praxis. Aufgrund des Layouts ist es nicht möglich, die Auswertungsfolie im Originalformat A3 darzustellen.

2.		0	1	1
3.		0	1	1
4.		0	1	1
5.		0	1	1
6.		0	1	1

Teil 3: Wohnsituation

1.		0	1
2.		0	1
3.		0	1

Teil 4: Gesundheitliche Situation

1.		0	1	1
2.		0	1	1
3.		0	1	1

Teil 5: Pflegesituation

1.		0	1	1
2.		0	1	1
3.		0	1	1

Teil 6: Ökonomische Verhältnisse

1.		0	1	1
2.		0	1	1

Teil 7: Sonstiges

Auch dieser Teil ist grundsätzlich von der allgemeinen Punktberechnung ausgeschlossen,

Teil IV: Anleitung für den Assessmentbogen

ANLEITUNG FÜR DEN ASSESSMENTBOGEN¹⁶

ASSESSMENTBOGEN

AUSFÜLLEN DER GRUNDDATEN

1. Füllen Sie im ersten Schritt das Grunddatenfeld des Assessmentbogens aus:
 - **Erstellt von**
Tragen Sie Ihren Namen ein.
 - **Erstellt am**
Tragen Sie das Datum des Ausfüllens des Assessmentbogens ein.
 - **Geschlecht/Alter des/der pflegenden Angehörigen**
Tragen Sie das Geschlecht und das Alter des*der pflegenden Angehörigen ein.
 - **Wer pflegt?**
Eruieren Sie in welchem Verwandtschaftsgrad der/die pflegende Angehörige zur gepflegten Person steht und wählen Sie einen der vorgegebenen Verwandtschaftsgrade aus oder schreiben Sie einen gesonderten Begriff in das Kästchen „Sonstiges“ ein (wenn die vorgegebenen Verwandtschaftsgrade nicht zutreffend sind).
 - **Geschlecht/Alter der pflegebedürftigen Person**
Zuletzt tragen Sie bitte auch das Geschlecht und das Alter der Person ein, die betreut/gepflegt wird.

¹⁶ Anleitungsblätter für die weitere Praxis. Aufgrund des Layouts ist es nicht möglich, die Anleitungsblätter im Originalformat A4 darzustellen.

VORGEHENSWEISE

AUSFÜLLEN DES ASSESSMENTBOGENS GEMEINSAM MIT DEM*DER ANGEHÖRIGEN

2. Füllen Sie den **Assessmentbogen gemeinsam mit dem*der pflegenden Angehörigen (im Rahmen der Pflegevisite)** aus.

Beachten Sie beim Ausfüllen dabei Folgendes:

1. Beantworten Sie die Fragen des **jeweiligen Teilbereiches von Teil 1 bis Teil 6:**
Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung
Teil 2: Soziale Aktivitäten
Teil 3: Wohnsituation
Teil 4: Gesundheitliche Situation
Teil 5: Pflegesituation
Teil 6: Ökonomische Verhältnisse
2. **Lesen Sie jede Fragestellung und die dazugehörigen Antwortmöglichkeiten gewissenhaft durch.**
 - Wählen Sie **pro Fragestellung jeweils EINE Antwortmöglichkeit** aus, die die derzeitige Situation am besten beschreibt **und kreisen** Sie diese **ein**.
 - Beantworten Sie bitte alle Fragen und halten Sie sich dabei an die vorgegebene Reihenfolge.
3. Ergänzende Anmerkungen im Teil 7
Teil 7: Sonstiges
 - Bei weiteren Anmerkungen, die Sie noch als wichtige Information festhalten möchten, können Sie im Teil 7 Platz dafür finden.

VORGEHENSWEISE ERRECHNUNG DER PUNKTZAHL MIT TRANSPARENTEN AUSWERTUNGSFOLIEN

Der Assessmentbogen ist zu dem Zeitpunkt von der*dem pflegenden Angehörigen ausgefüllt worden, d.h. jede Frage hat nun eine Antwortmöglichkeit als Auswahl eingekreist.

1. Nehmen Sie zuerst das Ergebnisblatt zu sich, damit Sie dort alle Eintragungen tätigen können.
2. Nun nehmen Sie die **transparente Auswertungsfolie** zur Hand und **legen diese über den ausgefüllten Assessmentbogen**.

3. Addieren Sie nun die Punkte des jeweiligen Teilbereiches und notieren Sie das Ergebnis in der nachfolgenden Tabelle (auf Ihrem Ergebnisblatt) hinter dem Schrägstrich.

Teilbereiche des Assessmentbogens	Max/Erreichende Punktezahl
Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung	7/
Teil 2: Soziale Aktivitäten	6/
Teil 3: Wohnsituation	3/
Teil 4: Gesundheitliche Situation	3/
Teil 5: Pflegesituation	3/
Teil 6: Ökonomische Verhältnisse	2/
Teil 7: es handelt sich hierbei um nicht bepunktete persönliche Anmerkungen der befragten Person	

4. Addieren Sie in einem weiteren Schritt die **Summe der einzelnen Bereiche** und **errechnen Sie das Gesamtergebnis**.
- Notieren Sie es wiederum in der nachstehenden Tabelle (auf Ihrem Ergebnisblatt).

Beachten Sie dabei, dass maximal 24 Punkte erreicht werden können.

Assessmentbogen-Gesamt Erreichende Punktezahl

Gesamtsumme
Teil 1 + Teil 2 + Teil 3 + Teil 4 + Teil 5 + Teil 6 =

5. Tragen Sie das Gesamtergebnis auf dem Lineal (auf Ihrem Ergebnisblatt) ein, um das Ergebnis dem*der Angehörigen besser vermitteln zu können. Das Lineal stellt eine Ampel mit rotem, orangenem und grünem Licht dar. Hierbei handelt es sich um die Visualisierung der derzeitigen sozialen Situation des*der pflegenden Angehörigen.

Lineal



6. Befüllen Sie zuletzt noch kurz Ihren persönlichen Eindruck zur Situation hinsichtlich einer näheren Beratung.
7. Orientieren Sie sich nun an der **grafischen Darstellung hinsichtlich der Punkteanzahl und der weiteren Vorgehensweise**.

BESCHREIBUNG

ANZAHL DER PUNKTE & WEITERE VORGEHENSWEISE

Gesamtergebnis: Eingekreiste Antwort in dem gelb markierten Feld

1. Es besteht ein klarer Hinweis auf einen Beratungsbedarf, wobei es unerheblich ist, wieviel Punkte die*der Angehörige insgesamt erreicht hat.
2. Informieren Sie den*die pflegende*n Angehörige*n über das Ergebnis und bieten Sie die Möglichkeit einer näheren Beratung durch eine*n Sozialarbeiter*in an.
3. Nach Abklärung bzw. Zustimmung zu einem Beratungsgespräch nehmen Sie Kontakt mit einem*r Sozialarbeiter*in auf.
 - Im nächsten Schritt übermitteln Sie dem*der Sozialarbeiter*in den ausgefüllten Assessmentbogen.
 - Weiters nehmen Sie mit dem*der Sozialarbeiter*in telefonisch Kontakt auf, damit relevante Informationen zur Betreuungssituation kurz besprochen werden können.

Gesamtergebnis 0-16 Punkte

1. Es besteht ein klarer Hinweis auf einen Beratungsbedarf.
2. Informieren Sie den*die pflegende*n Angehörige*n über das Ergebnis und bieten Sie die Möglichkeit einer näheren Beratung durch eine*n Sozialarbeiter*in an.
3. Nach Abklärung bzw. Zustimmung zu einem Beratungsgespräch nehmen Sie Kontakt mit einem*r Sozialarbeiter*in auf.
 - Im nächsten Schritt übermitteln Sie dem*der Sozialarbeiter*in den ausgefüllten Assessmentbogen.
 - Weiters nehmen Sie mit dem*der Sozialarbeiter*in Kontakt auf, damit relevante Informationen zur Betreuungssituation kurz besprochen werden können.

Gesamtergebnis 17-19 Punkte

1. Es besteht ein möglicher Hinweis auf eine nähere Beratung.
2. Informieren Sie den*die pflegende*n Angehörige*n über das Ergebnis und bieten Sie die Möglichkeit einer näheren Beratung durch eine*n Sozialarbeiter*in an.
3. Nach Abklärung bzw. Zustimmung zu einem Beratungsgespräch nehmen Sie Kontakt mit einem*r Sozialarbeiter*in auf.
 - Im nächsten Schritt übermitteln Sie dem*der Sozialarbeiter*in den ausgefüllten Assessmentbogen.
 - Weiters nehmen Sie mit dem*der Sozialarbeiter*in telefonisch Kontakt auf, damit relevante Informationen zur Betreuungssituation kurz besprochen werden können.

Gesamtergebnis 20-24 Punkte:

Die Berechnung ergibt keinen Hinweis auf einen Beratungsbedarf.

Teil V: Leitfaden für das Assessmentgespräch

Allgemeine Hinweise:

- Versuchen Sie eine positive und angenehme Atmosphäre zu schaffen. Das kann zum Beispiel mit einem anfänglichen privaten Gespräch gelingen.
- Bevor Sie mit dem Assessment starten,
 - sichern Sie den Angehörigen Vertraulichkeit und Anonymität zu.
 - erklären Sie den Angehörigen kurz, was es mit dem Assessment auf sich hat und weshalb dieses durchgeführt wird. Das könnten sie zum Beispiel mit folgender Formulierung machen:
„Beim Assessment geht es darum, Ihre derzeitige Pflege- und Betreuungssituation ein wenig besser einschätzen zu können und herauszufinden, ob es vielleicht etwas gibt, was Sie noch benötigen oder wie man Ihre Situation noch verbessern könnte“
 - klären Sie die Angehörigen darüber auf, dass sich aus dem Assessment keinerlei Verpflichtungen/Konsequenzen ergeben.
 - geben sie den Angehörigen zu verstehen, dass sie bestimmte Fragen nicht beantworten müssen, wenn sie das nicht möchten.
 - informieren Sie die Angehörigen, dass*sie das Assessment jederzeit abbrechen können
- Lassen Sie sich nach Möglichkeit auf ein Gespräch ein und hören Sie aktiv zu. Im Gespräch werden oft wichtige Dinge thematisiert.
- Verstehen Sie das Assessment nicht als kurzen Check der Belastungen.
- Verwenden Sie Alltagssprache und vermeiden Sie Fachbegriffe.
- Bitten Sie die Angehörigen um Erlaubnis, bevor Sie Ratschläge erteilen und/ oder Hilfs- und Unterstützungsangebote unterbreiten.
- Verlassen Sie sich bei der Ergebnisbesprechung nicht ausschließlich auf das Punkteergebnis, sondern berücksichtigen Sie auch Ihre eigene Wahrnehmung

Folgende Gesprächshaltungen können hilfreich und unterstützend wirken:

zuversichtlich / authentisch / positiv / wertschätzend / aner kennend / empathisch / aufmerksam

Wie können Sie das Ergebnis des Assessments besprechen und das Beratungsangebot vermitteln?

Im Folgenden werden verschiedene Möglichkeiten vorgeschlagen, wie man in das Gespräch einsteigen und einen sozialarbeiterischen Bedarf thematisieren kann. Bei den Vorschlägen ist darauf zu achten, diese an die Gesprächssituation anzupassen und situativ angemessen zu verwenden. Verwenden Sie dabei vor allem jene Vorschläge, mit denen Sie sich wohl fühlen und authentisch sein können.

Manchmal kann es sinnvoll sein, schon während des Ausfüllens des Bogens Interventionen zu setzen. Kommt Ihnen etwas unstimmig bei der Beantwortung der Fragen vor, dann können Sie Ihre Wahrnehmung durchaus ansprechen. Das empfiehlt

sich vor allem dann, wenn Sie die Angehörigen gut kennen und Ihnen demnach nicht zu nahe treten damit. Gleiches gilt für den Fall, dass sich das Ergebnis nicht mit Ihrer eigenen Einschätzung deckt. Dann kann es hilfreich sein, diese Diskrepanz anzusprechen und abzuklären. Das kann dazu führen, dass sich die Angehörigen öffnen und über ihre Belastungen sprechen.

Deckt sich das Ergebnis mit Ihrer eigenen Einschätzung und es besteht ein Bedarf, dann eignen sich vor allem offene Fragen für einen Einstieg in die Ergebnisbesprechung. Um die subjektive Sichtweise der Angehörigen zu erfassen, könnten Sie zunächst einmal danach fragen, wie es Ihnen mit dem Ergebnis geht. Dabei kann es durchaus zu Abwehrreaktionen wie etwa Beschwichtigung oder Verleugnung kommen. In diesen Fällen werden weiter unten ebenfalls Vorschläge für die weitere Vorgehensweise gemacht. Zeigen sich die Angehörigen grundsätzlich gesprächsbereit und offen für die Thematisierung des Ergebnisses dann können folgende Hinweise und Formulierungsvorschläge hilfreich sein.

Wertschätzung und Anerkennung

Um bei den Angehörigen das Bewusstsein zu fördern, dass die Pflege und Betreuung eine anstrengende und herausfordernde Tätigkeit ist, für die auch Unterstützung eingeholt werden kann, können folgende Formulierungen sinnvoll sein.

- Bedenken Sie, was sie alles tagtäglich leisten – das ist nicht selbstverständlich.
- Sie leisten da wirklich etwas Besonderes.
- Es ist bemerkenswert, wieviel eigene Kraft Sie für die Betreuung aufopfern

Pacing-Formulierungen

Der Begriff des „Pacing“ geht davon aus, dass sich Menschen leichter auf Angebote einlassen, wenn man ihr Erleben und ihre Situation ausreichend würdigt und wertschätzt und sich auf das Weltbild des Gegenübers einstimmt.

- Es muss teilweise unheimlich schwer für Sie sein, beeindruckend wie Sie das schaffen.
- Sie stoßen sicherlich oft an ihre Grenzen und trotzdem versuchen sie immer ihr Bestes zu geben, wirklich beeindruckend.
- Ich bin erstaunt, wie viel Kraft und Energie Sie für die Betreuung ihres Angehörigen investieren. Man merkt sehr, dass ihr*e Angehörige*r einen hohen Stellenwert für Sie hat.
- Ich verstehe vollkommen, dass Ihnen manchmal zum Weinen ist, es ist auch wirklich anstrengend, das dürfen Sie nicht unterschätzen.
- Die Tätigkeiten in der täglichen Pflege und Betreuung sind keinesfalls zu unterschätzen, sie leisten hier täglich wirklich enormes.

Sorgeformulierung

- Anstatt ein Problem zu formulieren, kann es hilfreich sein, eine persönliche Sorge zu äußern. Wichtig dabei ist es, authentisch zu sein und die Sorge mit

Wertschätzung aufzuladen. Folgende Formulierungen können beispielsweise verwendet werden:

- Ich sehe, dass sie erschöpft / müde / emotional / gestresst / verzweifelt sind.
- Ich mache mir Sorgen, dass sie das nicht mehr lange aushalten und an ihre Grenzen stoßen.
- Ich mache mir Sorgen um Sie und um Ihre Gesundheit.
- Sie haben da sehr hohe Erwartungen an sich.
- Sie tragen eine hohe Last mit sich.
- Sie leisten enorm viel.
- Man merkt, wie wichtig Ihnen Ihr*e Angehörige*r ist Ihnen und dass Sie nur das Beste für Ihn*Sie wollen. Aber wissen Sie, wenn es Ihnen nicht so gut geht, dann können Sie auch für ihren Angehörigen nicht gut sorgen.
- Eine Betreuungssituation ist anstrengend und herausfordernd, das ist nicht selbstverständlich, was sie leisten.
- Das kann niemand langfristig durchhalten.
- Das kann man nicht alleine bewältigen
- Es ist vollkommen normal, dass die Umgangsweise mit dem Verhalten ihres Angehörigen wirklich eine schwere Aufgabe ist.

Die ersten Reaktionen von Angehörigen auf Hilfs- und Unterstützungsangebote sind oftmals mit Ablehnung verbunden – Hilfe anzunehmen kann ein langer Prozess sein. Demnach ist es sinnvoll, die Angehörigen zunächst einmal unverbindlich über das Beratungsangebot zu informieren, ohne dabei Entscheidungsdruck auszuüben. Durch Reflexionsfragen werden die Angehörigen zum Nachdenken angeregt, der Verweis auf eine*n erfahrenen Kolleg*in soll ihnen Vertrauen und Sicherheit geben. Folgende Formulierungen können dafür verwendet werden:

- Haben Sie einmal darüber nachgedacht, wie sie sich etwas mehr entlasten könnten, damit es ihnen gesundheitlich ein Stück besser geht?
- Es gibt da eine erfahrene Kollegin, die sehr nett ist, die sich mit solchen Situationen gut auskennt und schon vielen Familien weitergeholfen hat. Und die würde auch Sie unterstützen, wenn Sie es möchten.
- Das ist ein Angebot, Sie müssen jetzt nichts entscheiden. Denken Sie einfach mal darüber nach.
- Hören Sie einmal in sich hinein.
- Überlegen Sie, wie es ihnen jeden Tag geht.
- Denken Sie einmal in Ruhe über ihre Gesundheit / die Pflegesituation / die Gesamtsituation nach.

In dieser Phase können den Angehörigen auch erste Informationen über die Soziale Arbeit und die Beratung gegeben werden, wenn Sie das wünschen. Sie können dafür die aufbereiteten Informationen benutzen. Weisen Sie die Angehörigen abschließend daraufhin, dass Sie sich jederzeit telefonisch melden können, wenn es Rückfragen gibt, ein zusätzlicher Termin benötigt wird oder Sie das Unterstützungsangebot annehmen möchten.

Ablehnung und Widerstand im Gespräch

Pflegende und betreuende Angehörige schlagen Hilfs- und Unterstützungsangebote oftmals aus und reagieren im Rahmen des Gesprächs mit Widerstand. Widerstand bezieht sich hier zum Beispiel auf die fehlende Hilfeannahmefähigkeit, unterschiedliche Wahrnehmungen der Pflege- und Betreuungssituationen oder auf das Nicht-Eingestehen-Wollen von Belastungen. Das kann auf verschiedene Gründe zurückzuführen sein und hängt oftmals mit Ängsten und Unsicherheiten der Angehörigen zusammen. Die folgenden Tipps und Vorschläge in Anlehnung an die motivierende Gesprächsführung sollen Sie dabei unterstützen, Widerstand im Rahmen des Gesprächs zu vermeiden und verringern aber auch konkrete Unterstützung anbieten, auf Widerstand zu reagieren.

Um Widerstand grundsätzlich zu vermeiden und die Veränderungsbereitschaft der Angehörigen zu fördern, bietet sich die Berücksichtigung der folgenden Prinzipien an:

- Hören Sie aktiv zu und bemühen Sie sich um Verständnis.
- Drücken Sie Empathie aus (siehe dazu Vorschläge weiter oben).
- Achten Sie auf die Selbstbestimmung der Angehörigen.
- Versuchen Sie die eigene Motivation der Angehörigen zu fördern.
- Geben Sie den Angehörigen Zeit.

Folgende Art von Fragen führen eher dazu, dass Angehörige den Status Quo verteidigen und sind dementsprechend zu vermeiden:

- Warum wollen Sie nicht...?
- Warum können Sie nicht...?
- Warum haben Sie nicht...?
- Warum müssen Sie...?
- Warum tun Sie nicht...?

Wenn Sie Angehörigen Ratschläge erteilen oder Unterstützungsangebote unterbreiten möchten, empfiehlt es sich, vorher um Erlaubnis zu bitten. Sind Angehörige nicht bereit, Informationen zu empfangen, kann das Widerstand erzeugen. Folgende Formulierungen können Sie dafür verwenden:

- Sind Sie einverstanden damit, wenn ich Sie über ein Beratungsangebot informiere?
- Wären Sie einverstanden damit, wenn ich Ihnen kurz erkläre, was es mit der Beratung auf sich hat?
- Würde es Sie interessieren zu hören, wie Soziale Arbeit anderen Angehörigen geholfen hat?
- Darf ich Ihnen etwas vorschlagen?

Zeigen Angehörige wenig Bereitschaft für eine Veränderung bzw. Bereitschaft für die Inanspruchnahme von Hilfe, dann helfen auch hypothetische Fragen. Mögliche Veränderungen wirken damit weniger bedrohlich. Solche Fragen könnten im Rahmen der Ergebnisbesprechung zum Beispiel folgendermaßen aussehen:

- Was könnte Sie dazu bewegen, sich dazu zu entscheiden, die Beratung in Anspruch zu nehmen?
- Wenn Sie bezüglich der Pflege- und Betreuungssituation etwas verändern würden, welche Vorteile könnte das haben?
- Stellen wir uns einmal für einen Augenblick vor, Sie würden weitere Unterstützung in Anspruch nehmen, wie würde sich ihr Leben dadurch verändern?
- Was müsste geschehen, dass Sie vom Wert X auf Wert Y kommen? (in Bezug auf das Ergebnis des Assessments)
- Wie würden Sie sich die momentane Situation anders wünschen?
- Wenn es so weitergeht wie bisher, ohne etwas bezüglich der Pflege- und Betreuungssituation zu verändern, was würde dann ihrer Meinung nach in einem Jahr geschehen?
- Welche Vor- und Nachteile könnte es haben, wenn Sie das Beratungsangebot in Anspruch nehmen?

Treten im Rahmen des Gesprächs Widerstände auf, dann können folgende Hinweise dazu beitragen, das Gespräch in eine positive Richtung zu lenken:

- Sehen Sie Widerstand als eine natürliche Reaktion.
- Signalisieren Sie Verständnis für die Situation und akzeptieren Sie die Ansicht der Angehörigen, auch wenn Sie anderer Meinung sind.
- Verzichten Sie auf das Vorbringen von Argumenten, die für die Inanspruchnahme des Beratungsangebotes sprechen.
- Akzeptieren Sie die Entscheidungen der Angehörigen.
- Stellen Sie den Angehörigen Informationen zur Verfügung, von denen Sie selber entscheiden, was Sie damit anfangen.
- Bitten Sie die Angehörigen, zu einem späteren Zeitpunkt nochmal darauf zu sprechen zu kommen.
- Geben Sie den Angehörigen Zeit und versuchen Sie, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen
- Lassen Sie sich nicht entmutigen. Greifen Sie das Thema beim nächsten Termin wieder auf, wenn die Angehörigen zustimmen.

Dennoch kann es vorkommen, dass Angehörige im Gespräch völlig blockieren und an Ihrer subjektiven Sichtweise festhalten. Dann empfiehlt es sich, neben den erwähnten Prinzipien eine Exit-Strategie zu verfolgen, die folgendermaßen aussehen könnte:

- Ich habe den Eindruck, Sie sind gerade sehr aufgewühlt/emotional/gestresst und das Gespräch ist für Sie wenig hilfreich. Wollen wir eine Pause einlegen/das Gespräch abbrechen oder auf einen anderen Tag verschieben?

Hilfe anzunehmen kann ein langer Prozess sein und wird nicht immer beim ersten Termin klappen. Die Vorschläge und Formulierungsmöglichkeiten sollen Ihnen dabei helfen, den Prozess zu begleiten und die Veränderungsbereitschaft der Angehörigen zu fördern. Wichtig ist dabei der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, ein wertschätzender und anerkennender Umgang, sowie die Akzeptanz der Selbstbestimmung der Angehörigen.

Teil VI: Informationsblatt Soziale Arbeit

Informationen sind ein wichtiger Bestandteil des Assessments. Ausgehend von den Bedürfnissen und Merkmalen pflegender und betreuender Angehöriger werden hier ausgewählte Informationen zusammengetragen, die Sie den Angehörigen vermitteln können. Das ist insofern wichtig, als dass das Vorenthalten von Informationen Abwehrverhalten und Ängste erzeugen kann. Die Informationen betreffen vor allem die Soziale Arbeit und ihre Leistungen.

Was ist Soziale Arbeit?

Soziale Arbeit...

- ... ist ein Beruf wie etwa die Medizin oder die Pflege, den man erlernen muss.
- ... möchte das Wohlbefinden von Menschen verbessern.
- ... hilft Menschen bei der Bewältigung der Herausforderungen des Lebens und des Alltags.
- ... orientiert sich an der Selbstbestimmung von Menschen.
- ... setzt sich dafür ein, dass alle Menschen ein gerechtes Leben führen können.
- ... versucht positive Veränderungen für die Gesellschaft zu bewirken.

Was können Sozialarbeiter*innen für Angehörige tun?

Sozialarbeiter*innen...

- ... helfen Ihnen als Angehörige dabei, Wege zu finden, wie Sie besser mit den Herausforderungen des Alltags umgehen können.
- ... hören Ihnen zu und können Ihnen Tipps geben, wie Sie sich entlasten können.
- ... geben Ihnen Orientierung und unterstützen Sie bei schwierigen Entscheidungen.
- ... finden mit Ihnen gemeinsam heraus, ob und wer Sie in Ihrer Situation unterstützen könnte.
- ... können Ihnen Ratschläge geben, wie Sie besser mit dem Verhalten von ihrer*m zu Pflegenden umgehen können.
- ... können Sie über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten informieren und Ihnen dabei helfen, diese zu beantragen.
- ... wissen über verschiedene Unterstützungsangebote Bescheid und können Ihnen dabei helfen, die für Sie passenden Angebote zu finden und organisieren.
- ... stellen Ihnen verschiedene Informationen zur Verfügung.

Wie arbeiten Sozialarbeiter*innen?

Sozialarbeiter*innen...

- ... besprechen alle Schritte mit Ihnen und machen nichts ohne Ihre Zustimmung.
- ... geben keine Informationen von Ihnen an andere weiter.
- ... gehen auf Ihre Ziele ein und respektieren Ihre Entscheidungen.
- ... orientieren sich an den Menschenrechten.

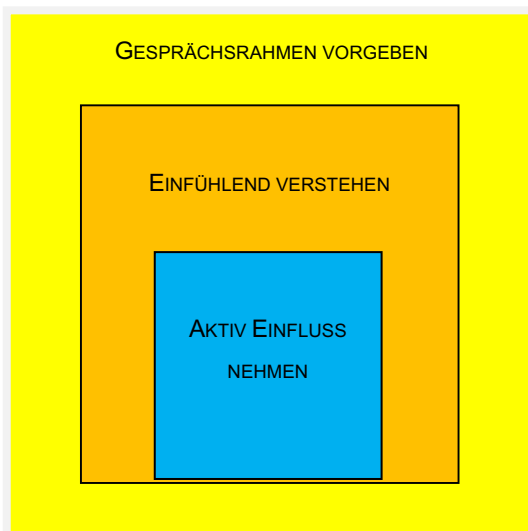
Teil VII: Werkzeugkoffer für Sozialarbeiter*innen

Vorbereitungen

Nach der Beratungsanfrage eines Angehörigen über eine Pflegefachkraft nimmt der*die Sozialarbeiter*in telefonisch Kontakt mit der Pflegefachkraft auf.

Themen	Konkrete Beispiele für Formulierungen
Telefonat mit Pflegefachkraft	Können Sie mir den ausgefüllten Assessmentbogens zusenden? Was sehen sie als zentrale Probleme in diesem Fall? Wie nahmen sie die Situation vor Ort wahr?
Vorbereitung durch Recherche	passender regionaler Hilfsangebote für möglicherweise wichtige Themen suchen
Telefonat mit Angehörigem*r Begrüßung Terminvereinbarung	Guten Tag. Mein Name ist ..., ich bin Sozialarbeiterin der Organisation ... und darauf spezialisiert, Angehörige bezüglich eines möglichen Unterstützungsbedarfs zu beraten. Ich habe von Ihrer Pflegefachkraft Fr. ... erfahren, dass Sie gerne ein Beratungsgespräch in Anspruch nehmen möchten. Wann würde es für Sie gut passen?

Durchführung



Die einzelnen Gesprächsphasen sind nicht als lineare Abfolge, sondern als phasenhaftes Geschehen anzusehen. Sie beginnen und enden nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt, sondern im Verlauf dominieren unterschiedliche Themengebiete. Zum besseren Verständnis wurde jedoch ein beispielhafter Ablauf eines möglichen Gesprächs in folgender Tabelle dargestellt.

Themen	Konkrete Beispiele für Formulierungen
Begrüßung Vorstellung Berater*in als Sozialarbeiter*in und Experte*in für Hilfebedarf	Guten Tag. Mein Name ist ..., ich bin Sozialarbeiterin der Organisation ... und darauf spezialisiert, Angehörige bezüglich eines möglichen Unterstützungsbedarfs zu beraten.
Aufklärung über Rahmenbedingungen Ablauf und Dauer der Beratung Vertraulichkeit Dokumentation transparente Darstellung bisheriger Schritte	Die Beratung wird ca. 90-120 Minuten in Anspruch nehmen. Es handelt sich um ein einmaliges Gespräch, eine weiterführende Betreuung ist nicht vorgesehen. Ich werde mir Notizen machen, um alle notwendigen Themen im Auge zu behalten. Was Sie in diesem Gespräch sagen unterliegt der Vertraulichkeit und wird nicht an dritte weitergegeben. Ich habe bereits Kontakt mit ihrer Pflegefachkraft gehabt, die mich über ihren Wunsch nach diesem Gespräch informiert hat.
Wertschätzung für Gesprächsbereitschaft	Es ist mutig, dieses Angebot anzunehmen obwohl nicht klar ist, was dieses Gespräch für Sie bringen wird
Raum geben aufmerksam zuhören und das Gegenüber wahrnehmen	Erzählen Sie bitte, worum es geht, was Ihre Anliegen sind Nonverbale Signale wie Nicken, Blickkontakt,...
Interessiert nachfragen wo es Verständnisfragen gibt oder bereits erste Ideen auf ihre Akzeptanz bei den Angehörigen überprüfen	Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation? Was tut Ihnen gut? Würde eine 24-Stunden-Pflege Verbesserungen bringen?
Zusammenfassen gehörter Inhalte, um das Verständnis gehörter Inhalte zu unterstreichen und Wertschätzung zu zeigen	Sie standen während der Anwesenheit ihres Mannes ständig unter Anspannung. Sie haben also nur zwei Personen, die Sie im Pflegealltag unterstützen.
Konkrete Empfehlungen	Sie könnten mehr Zeit in ihrem Garten und in der Natur verbringen. Sie könnten eine Beratung zum Thema Demenz in Anspruch nehmen um Fragen zur Diagnose zu klären. Sie könnten Dinge gemeinsam mit Ihrem Mann unternehmen.
Wissen weitergeben	Es gibt die Möglichkeit eines mobilen Notars um die Erwachsenenvertretung für Ihren Vater zu erwirken. Helfende Angehörige müssen mehr auf ihre eigene Gesundheit achten um gut für ihre Angehörigen da sein zu können
Stellung beziehen	Ich glaube, dass die Leistung, die Sie erbringen viel Energie kosten muss.

Verabschiedung	<p>Dann beenden wir das Gespräch an diesem Punkt.</p> <p>Danke für Ihre Offenheit und Ihr Vertrauen.</p> <p>Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an ...</p>
----------------	--

Die erste Phase (gelb) bildet den Rahmen des Gesprächs. Sie ist zu Beginn und am Ende der Intervention entscheidend wichtig, kann aber auch im Verlauf dazwischen immer wieder bedeutsam sein wenn Themen angeschnitten werden, die in einem einzelnen Gespräch keinesfalls geklärt werden können (z.B. viele Jahre dauernde Beziehungskonflikte mit nahen Bezugspersonen).

Die zweite Phase (orange), einführendes Verstehen, ist am wichtigsten wenn den Angehörigen Raum gegeben wird, um von ihren Themen zu berichten, was direkt nach dem Klären des Gesprächsrahmens passiert. Im weiteren Verlauf bleibt dieses einführende Verstehen wichtig, rückt aber neben der dritten Phase zunehmend in den Hintergrund.

Die dritte Phase (blau), aktiv Einfluss nehmen, dominiert das Geschehen im dritten Teil der Beratung. Hier geht es darum, dass Berater*innen Stellung nehmen, konkrete Empfehlungen oder Wissen weitergeben. Ein Wechsel zu Phase zwei ist immer dann erforderlich wenn zu wenig Kontakt zum*r Angehörigen besteht und die Positionen zu weit voneinander entfernen.

Anhang B: Assessmentbogen, ursprüngliche Version

ASSESSMENTBOGEN¹⁷

ZUR ERFASSUNG DER SOZIALEN SITUATION PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

Grunddaten

Erstellt von:		Erstellt am:	
Name/Alter pflegende/r Angehörige/r		Name/Alter der pflegebedürftigen Person	
Wer pflegt?	Partner	Sohn/Tochter	Schwiegersohn/ Schwiegertochter
			Sonstige:

Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung

1.	Haben Sie Personen (professionelle Helfer*innen ausgenommen) auf die Sie sich verlassen und die Sie regelmäßig in der Pflege unterstützen können?	Keine in der Pflege unterstützende Bezugsperson(en) vorhanden	Eine in der Pflege unterstützende Bezugsperson vorhanden	Mehrere in der Pflege unterstützende Bezugspersonen vorhanden
2.	Haben Sie die Möglichkeit sich noch regelmäßig mit anderen Personen Ihres sozialen Umfeldes (prof. Helfer*innen ausgenommen) auszutauschen	Habe keine Möglichkeit	Hätte die Möglichkeit, kann sie aber nicht nützen	Habe die Möglichkeit und kann sie nützen
3.	Haben Sie die Möglichkeit bei Bedarf (z.B.: in Notsituationen) jederzeit sich an jemanden zu wenden, der sofortige Unterstützung bieten kann?	Habe keine Möglichkeit	Habe die Möglichkeit, kann sie aber nicht nützen	Habe die Möglichkeit und kann sie nützen
4.	Wie ist Ihre Beziehung zu der pflegebedürftigen Person?	Fühle mich nicht wertgeschätzt	Fühle mich angemessen behandelt	Fühle mich sehr wertgeschätzt
5.	Wie ist der verbale Austausch zw. Ihnen und der pflegebedürftigen Person?	Kommunikation nicht möglich	Kommunikation eingeschränkt	Kommunikation uneingeschränkt
6.	Wie haben sich Ihre privaten Kontakte seit Beginn der Pflege entwickelt?	Habe Kontakte aufgeben müssen oder verloren	Keine Veränderungen	Habe neue Kontakte gewonnen
7.	Wie zufrieden sind Sie mit ihrem sozialen Umfeld?	Fühle mich einsam und im Stich gelassen	Geht so, man muss zufrieden sein	Fühle mich gut eingebunden

Teil 2: Soziale Aktivitäten

1.	Wie haben sich Ihre Hobbies und Interessen durch die Pflege entwickelt?	Habe Hobbies Interessen aufgeben müssen oder verloren	Meine Interessen und Hobbies haben sich durch die Pflege nicht verändert	Habe noch Hobbies und Interessen dazugewonnen
----	---	---	--	---

¹⁷ Ursprüngliche Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer (2011). Aufgrund des Layouts ist es nicht möglich, den Assessmentbogen im Originalformat A4 darzustellen.

2.	Wie sehr schränkt Sie die Pflege in Ihrem Alltag ein?	Neben der Pflege gibt es kaum mehr Zeit für Aufgaben des täglichen Lebens	Fühle mich hin und her gerissen zw. den Anforderungen meiner Umgebung u. den Anforderungen der Pflege	Neben der Pflege kann ich meine Sonstigen Aufgaben des tgl. Lebens meinen Vorstellungen entsprechend erledigen
3.	Wie regelmäßig können Sie sich Auszeit von der Pflege nehmen?	Es gelingt mir kaum/nicht Zeit für mich zu nehmen	Es gelingt mir hin und wieder Zeit für mich zu nehmen	Es gelingt mir regelmäßig Zeit für mich zu nehmen
4.	Können Sie sich vorstellen die Pflege tageweise von anderen Personen/Institutionen verrichten zu lassen?	Kann ich mir nicht vorstellen	Kann ich mir unter bestimmten Rahmenbedingungen vorstellen	Kann ich mir jederzeit und ohne Probleme vorstellen

Teil 3: Wohnsituation

1.	Wie ist der Zugang zu der Wohnung, in der Pflege geleistet wird?	Barrieren/Hindernisse vorhanden	Barrieren/Hindernisse nicht vorhanden	
2.	Wie sind die Wohnverhältnisse in der Wohnung, in der die Pflege geleistet wird?	Barrieren/Hindernisse vorhanden	Barrieren/Hindernisse nicht vorhanden	
3.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation	Bin mit der Wohnsituation unzufrieden	Geht so, könnte besser sein	Bin mit der Wohnsituation sehr zufrieden

Teil 4: Gesundheitliche Situation

1.	Wie ist ihr körperlicher Gesundheitszustand?	Habe des Öfteren/ständig körperliche Beschwerden	Habe von Zeit zu Zeit körperliche Beschwerden	Fühle mich körperlich fit und habe keine Beschwerden
2.	Wie ist Ihr psychischer Gesundheitszustand?	Fühle mich erschöpft und stoße an meine Grenzen	Fühle mich manchmal überfordert und gestresst	Fühle mich wohl und ausgeglichen
3.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer gesundheitlichen Situation?	Bin mit meiner gesundheitlichen Situation zufrieden	Geht so, könnte besser sein	Bin mir meiner gesundheitlichen Situation sehr zufrieden

Teil 5: Pflegesituation

1.	Wie können Sie mit der Krankheit und der damit einhergehenden Pflegebedürftigkeit der pflegebedürftigen Person umgehen?	Habe des Öfteren Schwierigkeiten mich mit der Situation zu arrangieren	Habe manchmal Schwierigkeiten mich mit der Situation zu arrangieren	Habe mich mit der Situation gut arrangiert und habe keine Probleme damit
2.	Wie schätzen Sie Ihre Pfl egetätigkeit ein?	Bin des Öfteren ratlos	In gewissen Momenten bin ich mir unsicher	Bin pflegerisch kompetent
3.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Pflegesituation?	Bin mit der Pflegesituation unzufrieden	Geht so, könnte besser sein	Bin mit der Pflegesituation sehr zufrieden

Teil 6: ökonomische Verhältnisse

1.	Wie ist Ihre finanzielle Lage?	Das Geld reicht für pflegerische Grundleistungen aus	Das Geld reicht für pflegerische Grund- und Zusatzleistungen aus	Es gibt keine finanziellen Einschränkungen
2.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer finanziellen Lage?	Bin mit meiner finanziellen Lage unzufrieden	Geht so, könnte besser sein	Bin mit meiner finanziellen Lage zufrieden

Teil 7: Sonstiges

1.	Was Sie sonst noch sagen wollen	
----	---------------------------------	--

Anhang C: Auswertungsfolie, ursprüngliche Version

AUSWERTUNGSFOLIE¹⁸ DES ASSESSMENTBOGENS

Grunddaten

Dieser Teil dient der allgemeinen Information. Er wird nicht in die Berechnung mit einbezogen.				
:				

Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung

1.		0	1	1
2.		0	0	1
3.		0	0	1
4.		0	1	1
5.		0	1	1
6.		0	1	1
7.		0	1	1

Teil 2: Soziale Aktivitäten

1.		0	1	1
----	--	---	---	---

¹⁸ Ursprüngliche Version der Auswertungsfolie von Elbe / Fritzer (2011). Aufgrund des Layouts ist es nicht möglich, die Auswertungsfolie im Originalformat A4 darzustellen.

2.		0	1	1
3.		0	1	1
4.		0	1	1
5.		0	1	1
6.		0	1	1

Teil 3: Wohnsituation

1.		0	1	
2.		0	1	
3.		0	1	1

Teil 4: Gesundheitliche Situation

1.		0	1	1
2.		0	1	1
3.		0	1	1

Teil 5: Pflegesituation

1.		0	1	1
2.		0	1	1
3.		0	1	1

Teil 6: ökonomische Verhältnisse

1.		0	1	1
2.		0	1	1

Teil 7: Sonstiges

Auch dieser Teil ist grundsätzlich von der allgemeinen Punkteberechnung ausgeschlossen, sollte jedoch bei einem Gesamtergebnis zwischen 17 und 19 Punkten in der Bewertung berücksichtigt werden.

Anhang D: Anleitung für die Pflegeplanung, ursprüngliche Version

Anleitung für die Pflegeplanung¹⁹

Füllen Sie den Assessmentbogen idealerweise gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen im Rahmen des Initialassessments aus. Wo dies aufgrund beschränkter zeitlicher Ressourcen nicht möglich ist, lassen Sie die pflegenden Angehörigen den Bogen nach einer kurzen Einführung (siehe Anleitung für pflegende Angehörige) und gemeinsamen Erfassung der pflegerischen Grunddaten (erster Tabellenabschnitt des Assessmentbogens) eigenständig ausfüllen und in einem von Ihnen vorgegebenen Zeitraum retournieren. Stehen Sie pflegenden Angehörigen dabei für evtl. Rückfragen bei Unklarheiten zur Verfügung oder verweisen Sie diesbezüglich auf andere Ansprechpersonen.

Nach Erhalt des ausgefüllten Bogens, werten Sie diesen mit Hilfe der transparenten Auswertungsfolie aus. Addieren Sie dazu zunächst die Punkte der von den Befragten gewählten Antworten in den einzelnen Teilbereichen des Bogens und notieren Sie das Ergebnis in nachfolgender Tabelle.

Teilbereiche des Assessmentbogens	Punktezahl
Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung	
Teil 2: Soziale Aktivitäten	
Teil 3: Wohnsituation	
Teil 4: Gesundheitliche Situation	
Teil 5: Pflegesituation	
Teil 6: ökonomische Verhältnisse	
Teil 7: es handelt sich hierbei um nicht bepunktete persönliche Anmerkungen der befragten Person.	

¹⁹ Ursprüngliche Version der Handlungsblätter von Elbe / Fritzer (2011).

Addieren Sie in einem weiteren Schritt die Summen der einzelnen Bereiche und errechnen Sie das Gesamtergebnis. Notieren Sie es wiederum in nachstehender Tabelle. Beachten Sie dabei, dass maximal 24 Punkte erreicht werden können.

Gesamtsumme (Teil 1+2+3+4+5+6)	
--------------------------------	--

Orientieren Sie sich in der weiteren Vorgehensweise an der errechneten Punktezahl.

Gesamtergebnis 0-16 Punkte

Es besteht ein klarer Hinweis auf einen möglichen sozialarbeiterischen Hilfebedarf. Informieren Sie pflegende Angehörige über das Ergebnis und bieten Sie Ihnen die Möglichkeit einer ergänzenden sozialarbeiterischen Unterstützung an. Nach Abklärung deren Bereitschaft zur Hilfeannahme nehmen Sie Kontakt zur Sozialen Arbeit auf und teilen Sie ihr relevante Informationen mit.

Gesamtergebnis 17-19 Punkte

Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um Grenzfälle. Beachten Sie in diesem Zusammenhang daher besonders die untenstehenden in der Auswertung weiters zu berücksichtigen Aspekte. Nur so können Sie in diesem Fall feststellen, ob ein Hinweis auf einen möglichen sozialarbeiterischen Hilfebedarf gegeben ist und inwieweit weitere Interventionen Ihrerseits notwendig sind.

Realitätscheck

Prüfen Sie nach der Auswertung inwieweit das errechnete Ergebnis Ihrer Wahrnehmung der Situation entspricht. Wenn Sie das Gefühl haben, es besteht trotz erhöhter Punktezahl ein Bedarf einer sozialarbeiterischen Unterstützung, besprechen Sie Ihre Eindrücke zunächst im Team und informieren Sie pflegende Angehörige bei Bedarf in einem weiteren Schritt über die Möglichkeit einer sozialarbeiterischer Unterstützung.

Gewichtung der Teilbereiche

Werfen Sie nach der Auswertung der Punkte zusätzlich einen Blick auf die Punktezahlen der Teilbereiche 3-6. Sollte mindestens einer dieser Bereiche im Gesamten 0 Punkte erhalten haben, dann sprechen Sie mit den pflegenden Angehörigen über ihre Situation und zeigen Sie bei Bedarf die Möglichkeit sozialarbeiterischer Unterstützung auf.

Frage nach der Zufriedenheit

Prüfen Sie die Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen, indem Sie jeweils einen Blick auf die letzte Frage in den einzelnen Teilbereichen (1-6) des Bogens werfen.

Sollte die Zufriedenheit in einem Teil negativ bewertet worden sein und null Punkte erhalten haben, so versuchen Sie in einem Gespräch mit den pflegenden Angehörigen die Ursache der Unzufriedenheit zu klären und verweisen Sie bei Bedarf wiederum auf die Möglichkeit einer sozialarbeiterischen Unterstützung.

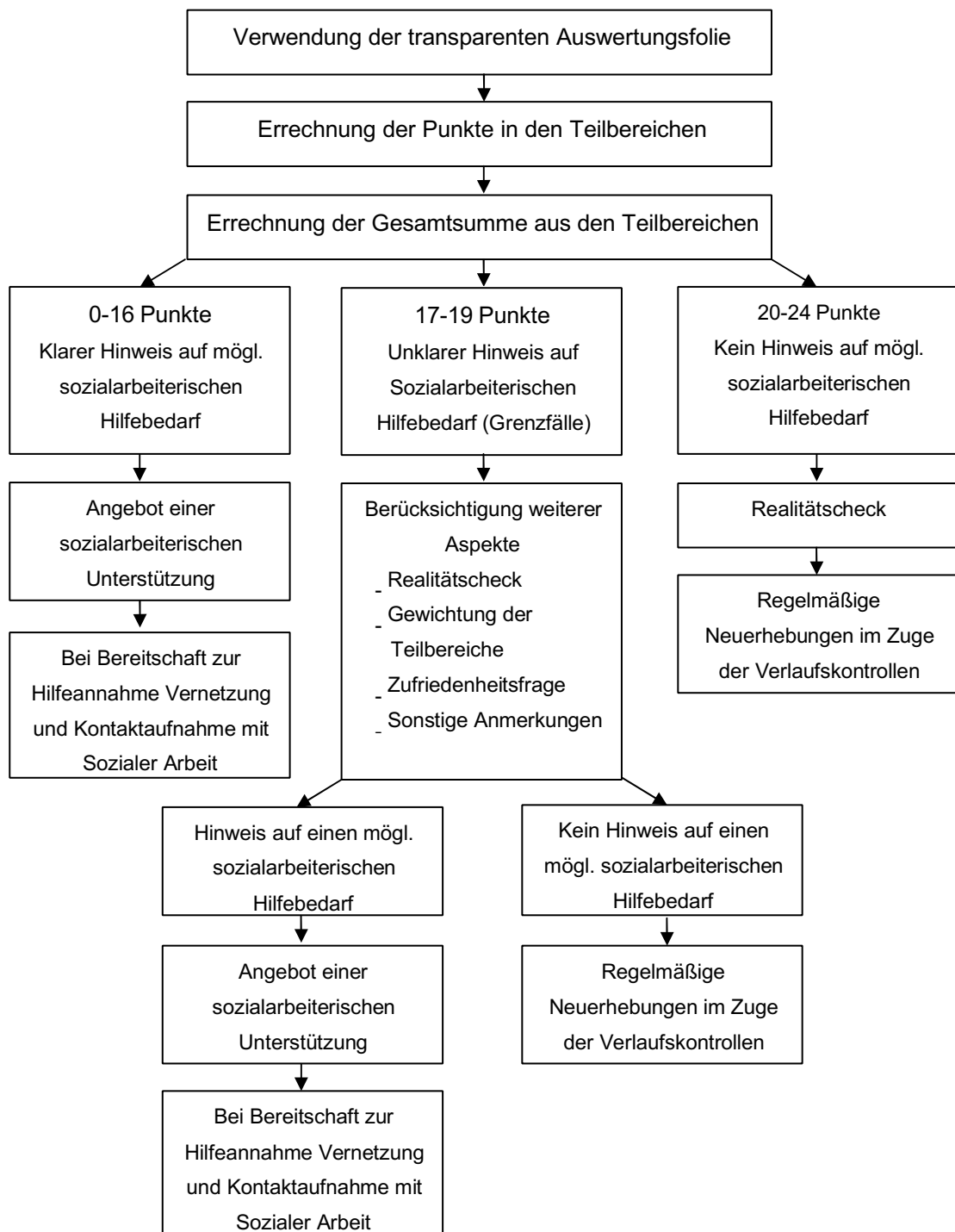
Teil 7: Sonstige Anmerkungen

Werfen Sie zuletzt noch einen Blick auf Teil 7 des Assessmentbogens und prüfen Sie etwaige Anmerkungen der pflegenden Angehörigen auf Belastungssituationen und einen möglichen Unterstützungsbedarf. Informieren Sie pflegende Angehörige auch hier bei Notwendigkeit über die Möglichkeit einer sozialarbeiterischen Unterstützung.

Gesamtergebnis 20-24 Punkte:

Die Berechnung ergibt keinen Hinweis auf einen möglichen sozialarbeiterischen Hilfebedarf. Machen Sie dennoch zur Sicherheit den Realitätscheck und führen Sie regelmäßige Neuerhebungen im Rahmen der Verlaufskontrollen durch, um Belastungen von pflegenden Angehörigen frühzeitig zu erkennen und bei Bedarf die Soziale Arbeit hinzuziehen.

Zum besseren Überblick finden Sie abschließend den genauen Ablauf bzw. Ihre Vorgehensweise nochmals grafisch dargestellt:



Anhang E: Assessmentbogen, überarbeitet im Forschungslabor

ASSESSMENTBOGEN²⁰

ZUR ERFASSUNG DER SOZIALEN SITUATION PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

Grunddaten

PflegeplanerIn		Bezirk	
Geschlecht & Alter <u>pflegende/r Angehörige/r</u>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Alter:	Geschlecht & Alter d. <u>pflegebedürftigen Person</u>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Alter:
Wer pflegt?	Partner	Sohn/Tochter	Schwiegersohn/ Schwiegertochter
			Sonstige:

Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung

1.	Haben Sie Personen (professionelle HelferInnen ausgenommen) die Sie regelmäßig in der Pflege unterstützen können?	Keine unterstützende Person(en)	Eine unterstützende Person	Mehrere unterstützende Personen
2.	Haben Sie die Möglichkeit sich regelmäßig mit anderen Personen Ihres Umfeldes (prof. HelferInnen ausgenommen) auszutauschen?	Keine Möglichkeit	Hätte die Möglichkeit, nutze sie aber nicht	Habe die Möglichkeit und nutze sie
3.	Haben Sie die Möglichkeit sich bei Bedarf (z.B.: in Notsituationen) jederzeit an jemanden zu wenden, der sofortige Unterstützung bieten kann?	Keine Möglichkeit	Hätte die Möglichkeit, nutze sie aber nicht	Habe die Möglichkeit und nutze sie
4.	Wie ist Ihre Beziehung zu der pflegebedürftigen Person?	Fühle mich nicht wertgeschätzt	Fühle mich angemessen wertgeschätzt	Fühle mich sehr wertgeschätzt
5.	Klappt die Kommunikation zwischen Ihnen und der pflegebedürftigen Person?	Kommunikation nicht möglich	Kommunikation eingeschränkt	Kommunikation uneingeschränkt
6.	Wie haben sich Ihre privaten Kontakte seit Beginn der Pflege entwickelt?	Habe weniger Kontakte	Keine Veränderungen	Habe neue Kontakte dazu gewonnen
7.	Wie zufrieden sind Sie mit ihrem sozialen Umfeld?	Fühle mich einsam und im Stich gelassen	Geht so, es könnte besser sein	Fühle mich gut eingebunden

Teil 2: Soziale Aktivitäten

1.	Wie haben sich Ihre Hobbies und Interessen durch die Pflege entwickelt?	Habe Hobbies und Interessen aufgegeben oder verloren	Interessen und Hobbies haben sich durch die Pflege nicht verändert	Habe noch Hobbies und Interessen dazugewonnen
----	---	--	--	---

²⁰ Überarbeitete Version des Assessmentbogens von Elbe / Fritzer (2011). Aufgrund des Layouts ist es nicht möglich, den Assessmentbogen im Originalformat A3 darzustellen.

2.	Wie sehr schränkt Sie die Pflege in Ihrem Alltag/den Aufgaben ihres täglichen Lebens ein?	Neben der Pflege gibt es kaum mehr Zeit für meinen Alltag	Fühle mich hin und her gerissen zwischen beiden Anforderungen	Kann beide Anforderungen meinen Vorstellungen entsprechend erledigen
3.	Wie regelmäßig können Sie sich Auszeit von der Pflege/Zeit für sich nehmen?	Gelingt mir kaum/nicht	Gelingt mir hin und wieder	Gelingt mir regelmäßig
4.	Können Sie sich vorstellen die Pflege tageweise von anderen Personen/Institutionen verrichten zu lassen?	Kann ich mir nicht vorstellen	Kann ich mir unter bestimmten Bedingungen vorstellen	Kann ich mir ohne Probleme vorstellen
5.	Inwieweit beschäftigt Sie die Pflege in Ihrer Freizeit?	Muss ständig daran denken	Einmal so, einmal so	Kann mich gut abgrenzen und abschalten
6.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Lebensgestaltung als pflegende/r Angehörige/r?	Fühle mich nicht wohl	Fühle mich eingeschränkt	Bin sehr zufrieden

Teil 3: Wohnsituation

1.	Wie ist der Zugang zu der Wohnung/dem Haus, in der/dem die Pflege geleistet wird?	Barrieren/Hindernisse vorhanden	Barrieren/Hindernisse nicht vorhanden	
2.	Wie sind die Wohnverhältnisse in der Wohnung/dem Haus, in der/dem die Pflege geleistet wird?	Barrieren/Hindernisse vorhanden	Barrieren/Hindernisse nicht vorhanden	
3.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?	Bin unzufrieden	Geht so, könnte besser sein	Bin sehr zufrieden

Teil 4: Gesundheitliche Situation

1.	Wie ist ihr körperlicher Gesundheitszustand?	Habe des Öfteren Beschwerden	Habe von Zeit zu Zeit Beschwerden	Habe keine Beschwerden
2.	Wie ist Ihr psychischer Gesundheitszustand?	Bin oft gestresst, überfordert und erschöpft	Fühle mich manchmal überfordert und gestresst	Fühle mich wohl und ausgeglichen
3.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer gesundheitlichen Situation?	Bin nicht zufrieden	Geht so, könnte besser sein	Bin sehr zufrieden

Teil 5: Pflegesituation

1.	Wie können Sie mit der Pflegebedürftigkeit ihres/r Angehörigen umgehen?	Habe des Öfteren Schwierigkeiten damit	Habe manchmal Schwierigkeiten damit	Habe keine Schwierigkeiten damit
2.	Wie schätzen Sie Ihre Pflegetätigkeit ein?	Bin des Öfteren ratlos	In gewissen Momenten bin ich mir unsicher	Bin pflegerisch kompetent
3.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Pflegesituation?	Bin unzufrieden	Geht so, könnte besser sein	Bin sehr zufrieden

Teil 6: Ökonomische Verhältnisse

1.	Wie ist Ihre finanzielle Lage?	Geld reicht nicht aus	Geld reicht kaum aus	Geld reicht aus
2.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer finanziellen Lage?	Bin unzufrieden	Geht so, könnte besser sein	Bin zufrieden

Teil 7: Sonstiges

1.	Was Sie sonst noch sagen wollen?	
2.	Welche Unterstützung wäre für Sie hilfreich?	

ERGEBNISBLATT

PflegeplanerIn		Bezirk	
----------------	--	--------	--

BERECHNUNG DER PUNKTE

Teilbereiche des Assessmentbogens Punktezahl

Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung
Teil 2: Soziale Aktivitäten
Teil 3: Wohnsituation
Teil 4: Gesundheitliche Situation
Teil 5: Pflegesituation
Teil 6: Ökonomische Verhältnisse
Teil 7: es handelt sich hierbei um nicht bepunktbare persönliche Anmerkungen der befragten Person

Assessmentbogen-Gesamt Punktezahl

Gesamtsumme Teil 1 + Teil 2 + Teil 3 + Teil 4 + Teil 5 + Teil 6 =

PERSÖNLICHER EINDRUCK

**Was ist Ihr persönlicher Eindruck
zur Situation hinsichtlich einer näheren Beratung?**

--

GRAFISCHE DARSTELLUNG

ERRECHNETE ANZAHL DER PUNKTE & WEITERE VORGEHENSWEISE



Anhang F: Auswertungsfolie, überarbeitet im Forschungslabor

AUSWERTUNGSFOLIE DES ASSESSMENTBOGENS²¹

Grunddaten

Dieser Teil dient der allgemeinen Information. Er wird nicht in die Berechnung mit einbezogen.				
--	--	--	--	--

Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung

1.		0	1	1
2.		0	0	1
3.		0	0	1
4.		0	1	1
5.		0	1	1
6.		0	1	1
7.		0	1	1

Teil 2: Soziale Aktivitäten

1.		0	1	1
----	--	---	---	---

²¹ Überarbeitete Version der Auswertungsfolie. Aufgrund des Layouts ist es nicht möglich, die Auswertungsfolie im Originalformat A3 darzustellen.

2.		0	1	1
3.		0	1	1
4.		0	1	1
5.		0	1	1
6.		0	1	1

Teil 3: Wohnsituation

1.		0	1
2.		0	1
3.		0	1

Teil 4: Gesundheitliche Situation

1.		0	1	1
2.		0	1	1
3.		0	1	1

Teil 5: Pflegesituation

1.		0	1	1
2.		0	1	1
3.		0	1	1

Teil 6: Ökonomische Verhältnisse

1.		0	1	1
2.		0	1	1

Teil 7: Sonstiges

Auch dieser Teil ist grundsätzlich von der allgemeinen Punkteberechnung ausgeschlossen,

Anhang G: Anleitungsblätter, überarbeitet im Forschungslabor

ANLEITUNG FÜR DIE/DEN PFLEGEPLANERIN²²

ASSESSMENTBOGEN AUSFÜLLEN DER GRUNDDATEN

1. Füllen Sie im ersten Schritt das Grunddatenfeld des Assessmentbogens aus:

- **PflegeplanerIn**
Tragen Sie Ihren anonymisierten Code ein (den Sie von Ihrer vorgesetzten Stelle erhalten).
- **Bezirk**
Tragen Sie ebenfalls den Bezirk ein, indem die Familie wohnt.
- **Geschlecht/Alter des/der pflegenden Angehörigen**
Tragen Sie das Geschlecht und das Alter des/der pflegenden Angehörigen ein.
- **Wer pflegt?**
Eruieren Sie in welchem Verwandtschaftsgrad der/die pflegende Angehörige zur gepflegten Person steht und wählen Sie einen der vorgegebenen Verwandtschaftsgrade aus oder schreiben Sie einen gesonderten Begriff in das Kästchen „Sonstiges“ ein (wenn die vorgegebenen Verwandtschaftsgrade nicht zutreffend sind).
- **Geschlecht/Alter der pflegebedürftigen Person**
Zuletzt tragen Sie bitte auch das Geschlecht und das Alter der Person ein, die betreut/gepflegt wird.

VORGEHENSWEISE AUSFÜLLEN DES ASSESSMENTBOGENS GEMEINSAM MIT DEM/DER ANGEHÖRIGEN

2. Füllen Sie den **Assessmentbogen gemeinsam mit dem/der pflegenden Angehörigen (im Rahmen der Pflegevisite) aus.**

Beachten Sie beim Ausfüllen dabei Folgendes:

1. Beantworten Sie die Fragen des **jeweiligen Teilbereiches von Teil 1 bis Teil 6:**
Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung
Teil 2: Soziale Aktivitäten
Teil 3: Wohnsituation
Teil 4: Gesundheitliche Situation
Teil 5: Pflegesituation
Teil 6: Ökonomische Verhältnisse
2. **Lesen Sie jede Fragestellung und die dazugehörigen Antwortmöglichkeiten gewissenhaft durch.**

²² Überarbeitete Version der Anleitungsblätter. Aufgrund des Layouts ist es nicht möglich, die Anleitungsblätter im Originalformat A4 darzustellen.

- Wählen Sie **pro Fragestellung jeweils EINE Antwortmöglichkeit** aus, die die derzeitige Situation am besten beschreibt und kreisen Sie diese ein.
 - Beantworten Sie bitte alle Fragen und halten Sie sich dabei an die vorgegebene Reihenfolge.
3. Ergänzende Anmerkungen im Teil 7
Teil 7: Sonstiges
- Bei weiteren Anmerkungen, die Sie noch als wichtige Information festhalten möchten, können Sie im Teil 7 Platz dafür finden.
4. Sollten sich Fragen und Unklarheiten ergeben, wenden Sie sich bitte an Ihre Ansprechperson.

VORGEHENSWEISE ERRECHNUNG DER PUNKTZAHL MIT TRANSPARENTEN AUSWERTUNGSFOLIEN

Der Assessmentbogen ist zu dem Zeitpunkt von der/dem pflegenden Angehörigen ausgefüllt worden, d.h. jede Frage hat nun eine Antwortmöglichkeit als Auswahl eingekreist.

1. Nehmen Sie zuerst das Ergebnisblatt zu sich, damit Sie dort alle Eintragungen tätigen können.
2. Nun nehmen Sie die **transparente Auswertungsfolie** zur Hand und **legen diese über den ausgefüllten Assessmentbogen.**
3. Addieren Sie nun die Punkte des jeweiligen Teilbereiches und notieren Sie das Ergebnis in der nachfolgenden Tabelle (auf Ihrem Ergebnisblatt).

Teilbereiche des Assessmentbogens	Punktezahl
Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung	
Teil 2: Soziale Aktivitäten	
Teil 3: Wohnsituation	
Teil 4: Gesundheitliche Situation	
Teil 5: Pflegesituation	
Teil 6: Ökonomische Verhältnisse	
Teil 7: es handelt sich hierbei um nicht bepunktbare persönliche Anmerkungen der befragten Person	

4. Addieren Sie in einem weiteren Schritt die **Summe der einzelnen Bereiche** und **errechnen Sie das Gesamtergebnis.**

- Notieren Sie es wiederum in der nachstehenden Tabelle (auf Ihrem Ergebnisblatt).

Beachten Sie dabei, dass maximal 24 Punkte erreicht werden können.

Assessmentbogen-Gesamt

Punktezahl

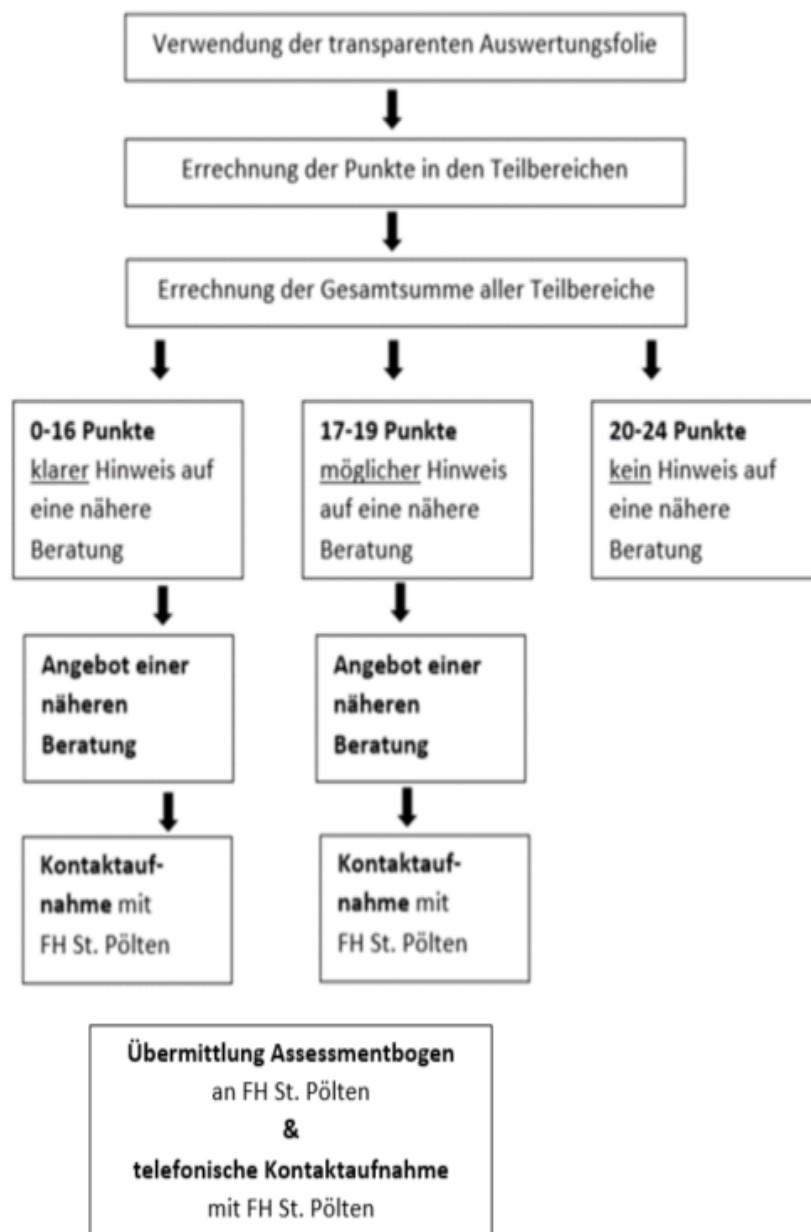
Gesamtsumme

Teil 1 + Teil 2 + Teil 3 + Teil 4+ Teil 5 + Teil 6 =

5. Befüllen Sie zuletzt noch kurz Ihren persönlichen Eindruck zur Situation hinsichtlich einer näheren Beratung.
6. Orientieren Sie sich nun an der **grafischen Darstellung hinsichtlich der Punkteanzahl und der weiteren Vorgehensweise.**

GRAFISCHE DARSTELLUNG

ERRECHNETE ANZAHL DER PUNKTE & WEITERE VORGEHENSWEISE



BESCHREIBUNG

ANZAHL DER PUNKTE & WEITERE VORGEHENSWEISE

Gesamtergebnis 0-16 Punkte

1. Es besteht ein klarer Hinweis auf einen Beratungsbedarf.
2. Informieren Sie die/den pflegende Angehörige/n über das Ergebnis und bieten Sie die Möglichkeit einer näheren Beratung durch die FH St. Pölten an.
3. Nach Abklärung bzw. Zustimmung zu einem Beratungsgespräch nehmen Sie Kontakt zur Fachhochschule auf.
 - Im nächsten Schritt übermitteln Sie der FH St. Pölten den ausgefüllten Assessmentbogen.
 - Weiters nehmen Sie mit der FH St. Pölten telefonisch Kontakt auf, damit relevante Informationen zur Betreuungssituation kurz besprochen werden können.

Gesamtergebnis 17-19 Punkte

1. Es besteht ein möglicher Hinweis auf eine nähere Beratung.
2. Informieren Sie die/den pflegende Angehörige/n über das Ergebnis und bieten Sie die Möglichkeit einer näheren Beratung durch die FH St. Pölten an.
3. Nach Abklärung bzw. Zustimmung zu einem Beratungsgespräch nehmen Sie Kontakt zur Fachhochschule auf.
 - Im nächsten Schritt übermitteln Sie der FH St. Pölten den ausgefüllten Assessmentbogen.
 - Weiters nehmen Sie mit der FH St. Pölten telefonisch Kontakt auf, damit relevante Informationen zur Betreuungssituation kurz besprochen werden können.

Gesamtergebnis 20-24 Punkte:

- Die Berechnung ergibt keinen Hinweis auf einen Beratungsbedarf.

Kontaktdaten FH St. Pölten

Name Nachname

erreichbar von XY bis XZ unter:

M: 0000/000 000 000

E: name.nachname@fhstp.ac.at

Anhang H: Quantitative Auswertung der Daten

Quantitative Auswertung der Daten aus der retournierten Assessmentbögen nach jeweiligen Teilen - Teil 1

###		Soziale Kontakte und Unterstützung							Soziale Aktivitäten					
#	Bogen	I/1	I/2	I/3	I/4	I/5	I/6	I/7	II/1	II/2	II/3	II/4	II/5	II/6
1	4_HT (6P)	a	a	c	a	b	a	a	a	a	a	c	a	a
2	18_AV (6P)	b	b	a	a	a	a	b	a	a	a	b	a	a
3	14_SK (11P)	a	a	a	a	b	a	a	a	a	b	b	a	b
4	2_AK (11P)	a	b	a	b	b	a	b	a	a	a	c	b	b
5	30_GM (13P)	b	a	a	b	b	a	b	a	a	b	c	a	b
6	13_AK (14P)	c	c	c	b	b	a	b	b	b	b	a	b	b
7	1_AK (14P)	c	c	c	b	b	a	b	a	b	b	a	a	b
8	19_AV (15P)	a	b	a	c	c	a	b	a	b	b	c	a	b
9	25_AK (15P)	c	c	c	a	b	a	b	a	b	b	c	a	b
10	5_AV (16P)	b	a	c	b	b	b	b	b	b	b	c	a	a
11	28_KK (16P)	c	c	c	b	c	a	c	a	a	b	a	a	b
12	16_EK (17P)	a	a	c	c	b	a	b	a	c	a	a	a	c
13	10_KK (18P)	c	a	c	c	a	b	c	a	b	b	b	b	a
14	22_SFM (18P)	b	a	b	b	b	a	b	a	b	b	b	b	b
15	27_KK (18P)	c	a	a	b	b	b	c	c	a	b	a	c	b
16	21_SFM (19P)	c	c	b	b	b	b	b	a	b	b	a	b	b
17	15_EK (19P)	c	c	c	c	b	a	b	b	b	b	b	a	b
18	24_HT (20P)	c	c	c	c	c	a	c	b	c	b	c	b	c
19	23_HT (20P)	c	c	b	c	c	b	c	b	c	b	a	b	b
20	12_RM (21P)	c	c	c	c	b	b	c	b	b	b	c	a	b
21	31_GM (21P)	b	c	c	c	b	b	c	b	b	c	b	b	b
22	8_RM (21P)	c	c	c	c	b	c	b	a	b	b	b	b	b
23	3_AK (21P)	c	c	c	c	c	b	c	b	c	a	c	c	c
24	9_RM (22P)	c	c	c	c	c	b	c	b	c	c	c	c	c
25	6_RM (22P)	b	c	c	c	b	c	c	c	b	c	c	b	b
26	7_AV (22P)	c	c	c	b	c	b	b	b	b	c	c	b	b
27	20_AV (23P)	c	b	c	c	b	b	c	b	c	c	c	b	c
28	11_RM (24P)	c	c	c	c	c	c	c	b	b	b	c	b	c
29	17_EK (24P)	b	c	c	c	c	b	c	b	b	c	c	b	b
30	26_KK (24P)	c	c	c	b	c	c	c	b	b	c	c	c	c
31	29_KK (24P)	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c	c	c
Counts	a	5	8	6	4	2	14	2	14	7	5	7	12	4
	b	7	4	3	11	18	12	14	15	17	18	7	14	19
	c	19	19	22	16	11	5	15	2	7	8	17	5	8

Quantitative Auswertung der Daten aus der retournierten Assessmentbögen nach jeweiligen Teilen - Teil 2

###		Wohnsituation			Gesundheitliche Situation			Pflegesituation			Ökonomische Verhältnisse		counts		
#	Bogen	III/1	III/2	III/3	IV/1	IV/2	IV/3	V/1	V/2	V/3	VI/1	VI/2	a	b	c
1	4_HT (6P)	a	a	b	a	a	a	a	a	a	b	b	18	4	2
2	18_AV (6P)	a	a	b	a	a	a	a	b	b	a	a	17	7	0
3	14_SK (11P)	a	b	a	b	b	a	b	c	a	b	b	13	10	1
4	2_AK (11P)	a	a	b	b	a	b	b	a	b	a	a	12	11	1
5	30_GM (13P)	a	a	b	a	a	b	b	b	b	a	b	11	12	1
6	13_AK (14P)	a	a	b	a	a	b	a	a	b	a	a	10	11	3
7	1_AK (14P)	a	a	b	a	b	b	a	b	b	a	a	10	11	3
8	19_AV (15P)	b	a	c	a	b	b	b	b	c	b	b	7	12	5
9	25_AK (15P)	a	a	b	a	b	b	a	b	a	b	b	9	11	4
10	5_AV (16P)	b	a	b	a	b	c	a	a	a	c	c	8	11	5
11	28_KK (16P)	b	b	c	a	a	b	b	b	a	c	c	8	8	8
12	16_EK (17P)	b	b	c	b	c	c	c	c	c	b	b	7	7	10
13	10_KK (18P)	a	a	b	c	b	c	c	b	c	c	c	6	8	10
14	22_SFM (18P)	a	a	b	b	b	b	c	b	b	b	b	5	18	1
15	27_KK (18P)	a	a	b	c	b	b	c	b	c	b	b	6	11	7
16	21_SFM (19P)	a	a	c	c	b	b	b	c	b	c	c	4	13	7
17	15_EK (19P)	b	b	c	a	a	b	a	b	b	c	c	5	12	7
18	24_HT (20P)	a	a	c	a	b	b	c	c	c	c	c	4	5	15
19	23_HT (20P)	a	b	c	a	b	b	c	c	c	c	c	3	9	12
20	12_RM (21P)	a	a	c	b	b	b	b	b	c	c	b	3	12	9
21	31_GM (21P)	a	a	a	c	c	c	c	c	c	b	b	3	10	11
22	8_RM (21P)	a	a	b	b	b	c	b	b	c	c	c	3	12	9
23	3_AK (21P)	b	b	c	a	a	b	c	c	c	c	c	3	5	16
24	9_RM (22P)	a	a	c	c	c	c	c	c	c	c	c	2	2	20
25	6_RM (22P)	a	a	c	c	b	c	b	b	b	c	c	2	9	13
26	7_AV (22P)	a	a	c	c	c	b	b	b	b	c	b	2	12	10
27	20_AV (23P)	b	b	c	c	c	c	b	b	b	c	c	0	10	14
28	11_RM (24P)	b	b	c	b	c	c	b	b	c	c	c	0	9	15
29	17_EK (24P)	b	b	c	c	b	b	b	b	c	c	c	0	12	12
30	26_KK (24P)	b	b	b	b	b	b	c	b	b	b	b	0	13	11
31	29_KK (24P)	b	b	c	b	c	c	c	c	c	c	c	0	4	20
counts	a	20	20	2	13	8	3	7	4	5	5	4	181	301	262 SUM
	b	11	11	13	9	16	18	13	18	12	9	12	24,3	40,5	35,2 %
	c	0	0	16	9	7	10	11	9	14	17	15			

Quantitative Auswertung der Daten aus der retournierten Assessmentbögen nach Beratungsfälle – Teil 1

			Soziale Kontakte und Unterstützung							Soziale Aktivitäten						
	#	Bogen	I/1	I/2	I/3	I/4	I/5	I/6	I/7	II/1	II/2	II/3	II/4	II/5	II/6	
BERATUNG	1	4_HT (6P)	a	a	c	a	b	a	a	a	a	a	c	a	a	
	2	18_AV (6P)	b	b	a	a	a	a	b	a	a	a	b	a	a	
	3	14_SK (11P)	a	a	a	a	b	a	a	a	a	b	b	a	b	
	4	2_AK (11P)	a	b	a	b	b	a	b	a	a	a	c	b	b	
	5	30_GM (13P)	b	a	a	b	b	a	b	a	a	b	c	a	b	
	6	13_AK (14P)	c	c	c	b	b	a	b	b	b	b	a	b	b	
	7	1_AK (14P)	c	c	c	b	b	a	b	a	b	b	a	a	b	
	8	19_AV (15P)	a	b	a	c	c	a	b	a	b	b	c	a	b	
	9	25_AK (15P)	c	c	c	a	b	a	b	a	b	b	c	a	b	
	10	5_AV (16P)	b	a	c	b	b	b	b	b	b	b	c	a	a	
	11	28_KK (16P)	c	c	c	b	c	a	c	a	a	b	a	a	b	
			a	4	4	5	4	1	10	2	9	6	3	3	9	3
			b	3	3	0	6	8	1	8	2	5	8	2	2	8
			c	4	4	6	1	2	0	1	0	0	0	6	0	0
GRENZ	12	16_EK (17P)	a	a	c	c	b	a	b	a	c	a	a	a	c	
	13	10_KK (18P)	c	a	c	c	a	b	c	a	b	b	b	b	a	
	14	22_SFM (18P)	b	a	b	b	b	a	b	a	b	b	b	b	b	
	15	27_KK (18P)	c	a	a	b	b	b	c	c	a	b	a	c	b	
	16	21_SFM (19P)	c	c	b	b	b	b	b	a	b	b	a	b	b	
	17	15_EK (19P)	c	c	c	c	b	a	b	b	b	b	b	a	b	
			a	1	4	1	0	1	3	0	4	1	1	3	2	1
			b	1	0	2	3	5	3	4	1	4	5	3	3	4
			c	4	2	3	3	0	0	2	1	1	0	0	1	1
KLEINGRUPPE	18	24_HT (20P)	c	c	c	c	c	a	c	b	c	b	c	b	c	
	19	23_HT (20P)	c	c	b	c	c	b	c	b	c	b	a	b	b	
	20	12_RM (21P)	c	c	c	c	b	b	c	b	b	b	c	a	b	
	21	31_GM (21P)	b	c	c	c	b	b	c	b	b	c	b	b	b	
	22	8_RM (21P)	c	c	c	c	b	c	b	a	b	b	b	b	b	
	23	3_AK (21P)	c	c	c	c	c	b	c	b	c	a	c	c	c	
	24	9_RM (22P)	c	c	c	c	c	b	c	b	c	c	c	c	c	
	25	6_RM (22P)	b	c	c	c	b	c	c	c	b	c	c	b	b	
	26	7_AV (22P)	c	c	c	b	c	b	b	b	b	c	c	b	b	
	27	20_AV (23P)	c	b	c	c	b	b	c	b	c	c	c	b	c	
	28	11_RM (24P)	c	c	c	c	c	c	c	b	b	b	c	b	c	
	29	17_EK (24P)	b	c	c	c	c	b	c	b	b	c	c	b	b	
	30	26_KK (24P)	c	c	c	b	c	c	c	b	b	c	c	c	c	
	31	29_KK (24P)	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c	c	c	
			a	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0
			b	3	1	1	2	5	8	2	12	8	5	2	9	7
			c	11	13	13	12	9	5	12	1	6	8	11	4	7

B E R A T U N G			Wohnsituation			Gesundheitliche Situation			Pflegesituation			Ökonomische Verhältnisse		counts			
	#	Bogen	III/1	III/2	III/3	IV/1	IV/2	IV/3	V/1	V/2	V/3	VI/1	VI/2	a	b	c	
	1	4_HT (6P)	a	a	b	a	a	a	a	a	a	b	b	18	4	2	
	2	18_AV (6P)	a	a	b	a	a	a	a	b	b	a	a	17	7	0	
	3	14_SK (11P)	a	b	a	b	b	a	b	c	a	b	b	13	10	1	
	4	2_AK (11P)	a	a	b	b	a	b	b	a	b	a	a	12	11	1	
	5	30_GM (13P)	a	a	b	a	a	b	b	b	b	a	b	11	12	1	
	6	13_AK (14P)	a	a	b	a	a	b	a	a	b	a	a	10	11	3	
	7	1_AK (14P)	a	a	b	a	b	b	a	b	b	a	a	10	11	3	
	8	19_AV (15P)	b	a	c	a	b	b	b	b	c	b	b	7	12	5	
	9	25_AK (15P)	a	a	b	a	b	b	a	b	a	b	b	9	11	4	
	10	5_AV (16P)	b	a	b	a	b	c	a	a	a	c	c	8	11	5	
	11	28_KK (16P)	b	b	c	a	a	b	b	b	a	c	c	8	8	8	
			a	8	9	1	9	6	3	6	4	5	5	4	123	108	33
			b	3	2	8	2	5	7	5	6	5	4	5			
			c	0	0	2	0	0	1	0	1	1	2	2			
GRENZ F A L L	12	16_EK (17P)	b	b	c	b	c	c	c	c	c	b	b	7	7	10	
	13	10_KK (18P)	a	a	b	c	b	c	c	b	c	c	c	6	8	10	
	14	22_SFM (18P)	a	a	b	b	b	b	c	b	b	b	b	5	18	1	
	15	27_KK (18P)	a	a	b	c	b	b	c	b	c	b	b	6	11	7	
	16	21_SFM (19P)	a	a	c	c	b	b	b	c	b	c	c	4	13	7	
	17	15_EK (19P)	b	b	c	a	a	b	a	b	b	c	c	5	12	7	
			a	4	4	0	1	1	0	1	0	0	0	0	33	69	42
			b	2	2	3	2	4	4	1	4	3	3	3			
			c	0	0	3	3	1	2	4	2	3	3	3			
K E I N E B E R A T U N G	18	24_HT (20P)	a	a	c	a	b	b	c	c	c	c	c	4	5	15	
	19	23_HT (20P)	a	b	c	a	b	b	c	c	c	c	c	3	9	12	
	20	12_RM (21P)	a	a	c	b	b	b	b	b	c	c	b	3	12	9	
	21	31_GM (21P)	a	a	a	c	c	c	c	c	c	b	b	3	10	11	
	22	8_RM (21P)	a	a	b	b	b	c	b	b	c	c	c	3	12	9	
	23	3_AK (21P)	b	b	c	a	a	b	c	c	c	c	c	3	5	16	
	24	9_RM (22P)	a	a	c	c	c	c	c	c	c	c	c	2	2	20	
	25	6_RM (22P)	a	a	c	c	b	c	b	b	b	c	c	2	9	13	
	26	7_AV (22P)	a	a	c	c	c	b	b	b	b	c	b	2	12	10	
	27	20_AV (23P)	b	b	c	c	c	c	b	b	b	c	c	0	10	14	
	28	11_RM (24P)	b	b	c	b	c	c	b	b	c	c	c	0	9	15	
	29	17_EK (24P)	b	b	c	c	b	b	b	b	c	c	c	0	12	12	
	30	26_KK (24P)	b	b	b	b	b	b	c	b	b	b	b	0	13	11	
31	29_KK (24P)	b	b	c	b	c	c	c	c	c	c	c	0	4	20		
		a	8	7	1	3	1	0	0	0	0	0	0	25	124	187	
		b	6	7	2	5	7	7	7	8	4	2	4				
		c	0	0	11	6	6	7	7	6	10	12	10				

Anhang I: Leitfaden für die Telefoninterviews

Leitfaden für die Telefoninterviews

(erstellt von Bauer Birgit, Gebtsberger Florian, Ikhardtova Maria)

Dauer des Gesprächs max. 30 Minuten, keine Antworten vorgeben, spiegeln bzw. zusammenfassen und Bestätigung einholen

Einstiegsfragen

- Wie viele Gespräche haben Sie durchgeführt?
- Wie viel Zeit nimmt die Durchführung in Anspruch?
- Wie viel Zeit nimmt die Auswertung in Anspruch?
- Wie haben Sie die Bereitschaft der Angehörigen erlebt, sich auf die Befragung einzulassen?
- Wie haben Sie auf die Befragung reagiert?

Verständlichkeit

- Wie verständlich war der Fragebogen? (Formulierung der Fragen, Antwortkategorien, Handhabung des Fragebogens/Auswertungsfolie, Anleitungsblätter, Übersichtlichkeit, häufiger Probleme bei bestimmten Fragen)

Auswertung des Fragebogens

- Inwiefern deckte sich das (Punkte)Ergebnis mit Ihrer eigenen Einschätzung?
- Inwiefern fanden Sie die drei Ergebniskategorien passend?

Hinweis auf eine Beratung

- Wie haben sie das Ergebnis des Assessmentbogens vermittelt/kommuniziert/besprochen? Wie ist das zustande gekommen?
- Wie haben sie die Beratung angeboten?
- Was wäre in der Vermittlung des Angebotes für sie hilfreich gewesen?
- Falls ja, inwiefern wurde das Angebot angenommen?
- Falls nein, was waren Ihrer Meinung nach Ablehnungsgründe/Vorbehalte?
- (Was hätte es ihrer Meinung gebraucht an Unterstützung, damit die Angehörigen das Angebot angenommen haben?)

Verbesserungsvorschläge

- Welche Rückmeldungen, Wünsche oder Anregungen haben Sie für uns? (Fragebogen, Auswertung, Erklärungsblättern, Verbesserungsvorschläge)

Fokus 2:

- Mit welchen Themenstellungen, die über die Pflege hinausgehen, sind Sie in ihrer Arbeit sonst noch konfrontiert?
- Wie sind ihre Beobachtungen, wenn sie pflegenden und betreuenden Angehörigen bestimmte Unterstützungsangebote gemacht haben (Beispiele nennen)

Evaluierung

- Was möchten Sie uns abschließend noch mitteilen?

Danke für Ihre Unterstützung!

Anhang J: Leitfaden für die Gruppendiskussion

Leitfaden für die Gruppendiskussion

(erstellt von Bauer Birgit, Gebtsberger Florian, Ikhardtova, Maria)

Information:

Danke für Bereitschaft zur Teilnahme heute.

Kurze Zusammenfassung bez. Assessmentbögen/Assessmentgesprächen:

- Insgesamt 31 ausgefüllte Bögen
- Insgesamt 2 Beratungsgespräche

1. Frage

- Jetzt möchte ich einfach in den Raum fragen, wie es Ihnen denn so ergangen ist mit dem Instrument?
- Was bräuchte es denn noch, damit das Instrument gut vermittelbar ist an die pflegenden Angehörigen?

Information:

Hohe Ablehnungsquote lt. Telefoninterviews weil

- Vertrauen zur PP wesentlich (bei Neukund*innen eher schwierig → geringere Bereitschaft)
- Jene bei denen es gut läuft, sind eher bereit, den Bogen auszufüllen, wenn Belastung gering höhere Bereitschaft

Nachfrage:

- Gründe, warum so viel Ablehnung vorhanden ist?
 - Was könnten sie selber brauchen?
 - Welche Ideen gibt es denn, wie man die Bereitschaft erhöhen könnte?
 - Konfrontieren: Wie wäre es denn für Sie, wenn sie von uns bestimmte Vorschläge und Vorformulierungen erhalten, die in Richtung Anerkennung gehen?
-

2. Frage

- Inwieweit ist denn der Assessmentbogen aus ihrer Sicht vollständig?

Information:

- In den Gesprächen hätten wir den Eindruck bekommen, dass alle relevanten Themen abgedeckt sind. Laut den Interviews ist grundsätzlich alles übersichtlich und verständlich in der Anwendung.
-

3. Frage

- Wie ist es Ihnen mit den 3 Ergebniskategorien ergangen?

Information

Ergebniskategorien:

- 0-16 Punkte: klarer Hinweis auf eine Beratung (sehr überlastet und überfordert mehrere/viele Themenbereiche betroffen, 2x6 Punkte, 2x 11 Punkte, 1x13 Punkte, 1x14 Punkte)
- 17-19: möglicher Hinweis auf eine Beratung (belastet, gestresst, einzelne Themenbereiche betroffen oder punktuelle Themen)
- 20-24 kein Hinweis auf eine Beratung

Nachfrage:

Wäre es für Sie leichter, wenn es nur 2 Kategorien gibt?

z.B.: 0-19: Angebot einer Beratung, 20-24: kein Angebot einer Beratung

Konfrontation mit dem Lineal zur Visualisierung des Ergebnisses

4. Frage

- Wie geht es Ihnen mit dem Ergebnis des Fragebogens?
- Was braucht es, um die Punkteanzahl zu thematisieren?

Information

Wir denken, es braucht positive Bestärkung

Hinarbeiten auf ein Ziel (z.B. 20)

Fragen, die zum Nachdenken anregen.

5. Frage

- Wie wäre diese Herangehensweise die Punkteanzahl zu besprechen für Sie?
- Was braucht es, um die Punkte besser vermitteln zu können?

Nachfrage:

- Ist diese Herangehensweise realistisch?
- Wie wäre es für Sie Formulierungsvorschläge für wertschätzende Fragen von uns zu bekommen?
- Wie wären reflektierende Fragen?
- Wie wären wertschätzende Worte?
- Wie wären Vorschläge, wie man die eigene Sorge an die Angehörigen herantragen kann?
- Wie wären Vorschläge wie man die unterschiedliche Selbst- und Fremdwahrnehmung thematisiert?
- Wie wären Beschreibungen von Sozialer Arbeit und Hinführungen zur Beratung?

Information:

Wir haben in den Interviews den Eindruck gewonnen, dass das meistens nicht gleich funktioniert und die Beratungsgespräche im ersten Moment abgelehnt werden, weil die Hilfeannahme eher ein langfristiger Prozess ist...

6. Frage

- Welche Möglichkeiten gibt es Ihrer Meinung nach, dieser Angst vor Neuem entgegenzuwirken?

Nachfrage:

- Inwiefern gibt es bei Ihnen die Bereitschaft, das Thema im weiteren Verlauf/bei Folgevisiten nochmal aufzugreifen/einzubauen oder sogar immer wieder nachzufragen?

Information:

Vertrauen ist ein wichtiger Punkt; Dranbleiben, regelmäßiges nachfragen und an die Thematik erinnern kann nötig sein.

Wir haben den Eindruck gewonnen, dass die Pflegekräfte mit einer großen Vielfalt an Themen konfrontiert sind, die sogar über die Pflege hinausgehen. (z.B. Beschwerdemanagement, Anträge ausfüllen, vereinzelt sehr intensiver Kontakt mit Angehörigen, intensive Tätigkeiten/Organisation vom Begräbnis)

7. Frage

- Wie gehen sie mit diesen Aufgaben um und wo stoßen sie an ihre Grenzen?

Nachfrage:

- Inwiefern sind diese Aufgaben Teil ihrer Stellenbeschreibung?
- Wie können Sie diese erbrachte Leistung verbuchen?
- Gibt es Spielräume?
- Wären Sie bereit, Themen der Sozialen Arbeit zu überlassen oder einen Fall an diese zu übergeben?
- Haben Sie Angst, dass Ihnen die Soziale Arbeit Aufgaben wegnehmen könnte? Sehen Sie sie als Konkurrenz?
- Wo würde aus Ihrer Sicht Soziale Arbeit hineinpassen?
- Was wären Aufgaben von Sozialer Arbeit?
- Wo sehen sie denn die Sozialarbeit aus ihrer Sicht? (Grenzdefinition)
- Wo könnte denn die Sozialarbeit entlasten?

Information

Wir denken/haben den Eindruck gewonnen, dass die Soziale Arbeit Ihnen bei diesen Themen, die über die Pflege hinausgehen Unterstützung bieten könnte. z.B.: bei Fällen die intensiver werden und eine längerfristige Betreuung erfordern, bei schwierigen, komplexen Familiensituationen.

8. Frage:

- Wie wäre es für Sie, wenn zum Beispiel eine*n Sozialarbeiter als Springer*in eingestellt werden würde?
 - Was hindert die Volkshilfe daran, eine*n Sozialarbeiter*in einzustellen? Gäbe es organisationale Spielräume?
 - Wie sehen sie das?
-

9. Frage

- Was bräuchte es insgesamt noch, damit das Instrument gut näher gebracht werden kann?

Danke für Teilnahme!

Anhang K: Leitfaden für die Beratung

LEITFADEN FÜR DIE SOZIALARBEITERISCHE BERATUNG Themenschwerpunkte für das Gespräch mit pflegenden Angehörigen

(erstellt von Bauer Birgit, Gebtsberger Florian, Ikhardtova, Maria)

Wenn möglich vor dem Gespräch: Kurzcheck: Einholen von Infos über die pflegebedürftige Person

Beginn des Gesprächs:

- Vorstellung d. Interviewer*nnen, (Expertin für pflegende Angehörige)
- Aufklärung über Rahmenbedingungen, Ablauf
- warum zwei Personen (besseres Ergebnis für interviewte Person)
- Wertschätzung für Gesprächsbereitschaft (mutig, sich trauen, dieses Angebot anzunehmen)
- nur ein Gespräch vorgesehen, vertraulich

Grunddaten:

- Verwandtschaftliches Verhältnis
- Berufstätigkeit/wöchentliche Stundenausmaß

Erzählung über die Pflegesituation

- Seit wann hat er/sie verstärkten Unterstützungs- und/oder Pflegebedarf?
Wie ist es dazu gekommen?
 - Diagnosen vorhanden? Demenz?
- Typischer Tagesablauf
 - **Umgang mit der Krankheit/Pflegebedürftigkeit** (Einschränkungen wie z.B. Kommunikationsfähigkeit, Gemütszustand u.a.) der pflegebedürftigen Person und der daraus folgenden Belastungen
 - **Chemie/Beziehung** zwischen pflegebedürftiger Person und pflegenden Angehörigen (**Dankbarkeit, Anerkennung, Gewalt** u.a.)
 - **Probleme, Schwierigkeiten im Alltag** wie z.B. Gefahr des Weglaufens, ständig verfügbar/anwesend sein
- HelferInnensituation beschreiben -> **ev. Eco Map erstellen**
 - **Professionelle HelferInnen** (mobile Dienste, Haus- bzw. FachärztInnen u.a.)
 - **Informelle HelferInnen**
 - Aushilfen, Planung/Management der Pflege, andere Angehörige
 - **Kontaktpersonen im Notfall**
 - **Unterstützungsangebote** für Pflegeperson/pflegende Angehörige
 - Tagesstätte, Gedächtnistraining, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Wie geht es Ihnen bei der Betreuung/Pflege?

- ➔ **Zufriedenheit** mit aktueller Pflegesituation/Unterstützung
- ➔ **Eigene Ideen zur Verbesserung der Situation (Gesundheit, soziale Kontakte, Freizeit,...)**

Erzählung über die soz. Kontakte und Freizeitverhalten

Entwicklung der Kontakte seit der Pflege?

- Familiäre Kontakte (Kinder, Ehegatten, Geschwister u.a.)
Berufliche Kontakte (ArbeitskollegInnen u.a.)
- Freundschaftliche/nachbarschaftliche Kontakte
- ➔ **Gefahr der Isolation?**

Entwicklung des Freizeitverhaltens (seit der Pflege)

- Hobbies, Interessen, Auszeitmöglichkeiten
 - **Nähe- und Distanzverhältnis** zw. pflegebedürftiger Person und pflegenden Angehörigen

Gesundheitliche Situation

- **Physisch** (in Zusammenhang mit der Pflegebelastung)
- **Psychisch** (in Zusammenhang mit der Pflegebelastung)
 - **Nervliche Belastung, Erschöpfung,**
 - **Schlafstörung, Stress, Überforderung**
 - **ausgeprägte Gefühle**
 - **Energiereserven, Kraft schöpfen, Ausgleich**
- ➔ Zufriedenheit mit der Gesundheitssituation
- ➔ **Eigene Ideen zur Verbesserung der Situation (Gesundheit, soziale Kontakte, Freizeit,...)**

Lebens- und Wohnverhältnisse

- Mobilität und Infrastruktur (Fortbewegung, Sozialraum)
- Beschaffenheit der Wohnung, Barrieren (wohnliche Veränderung)
- Pflegerische Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl, Pflegebett u.a.)

Finanzielle Sicherheit

- Finanzielle Situation (Einkommen)
- Staatliche Leistungen (Pflegegeld u.a.)
- Vertretungsmöglichkeiten (Erwachsenenschutz)

Schlussfolgerungen

Ressourcen

- ...
- ...
- ...

Veränderungsbedarf ...

- **Pflegesituation/Hilfebedarf**

- **Bereitschaft über die Hilfeannahme**
- **Auszeit/Gesundheit**
- **Wissenserweiterung**
 - Pflege, Erkrankung
 - weiterführende Beratung
- **Vernetzung zu**

Eigene Ideen für weitere Schritte

Zusammenfassung/Ergebnis des Gespräches, nächste Schritte

Anhang L: Leitfaden für die Beobachtung

Beobachtungsmöglichkeiten - konkretes Benennen von Wahrnehmungen

(erstellt von Bauer Birgit, Gebtsberger Florian, Ikhardtova, Maria)

1. Eindruck von der pflegenden Person:

Welche Gefühle sind zu "beobachten"? Ärger, Wut, Trauer, Freude, weinerlich, verzweifelt, selbstbewusst ..., in Zusammenhang mit welcher Frage? Geistiger und körperlicher Zustand? Müdigkeit, Stress, ausgeglichen → Wie wirkt die Person?

Stimmung im Gespräch, Mimik, Gestik, Körpersprache?

2. Wie reagiert Person auf Angebote/Vorschläge/Ratschläge?

Was wirkt wie? Was wird angenommen/abgelehnt? Bereitschaft, Zurückhaltung, Unsicherheit, Widerstand ev. Gründe warum das so ist wenn es erwähnt wird Mimik, Gestik, Körpersprache

3. Zeitlicher Gesprächsverlauf

Dauer der Erzählphase, wann nimmt Anspannung ab, warum? Veränderungsprozess (Haltung, Stimmung, Emotionen,...)

4. Eindruck von der Umwelt

Wohnungszustand, Haushalt (gepflegt, chaotisch,...)

Handreichung für Anwender*innen des Modells "Bedarfsklärung und Interventionsmöglichkeiten für pflegende und betreuende Angehörige"

Die Handreichung besteht aus dem Assessmentbogen und einer Anleitung für die Durchführung des Assessments. Anschließend folgen methodische Vorschläge (Werkzeugkoffer) für Fachkräfte aus den Bereichen der Pflege und der Sozialarbeit für die Anwendung des Modells.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Birgit Bauer**, geboren am **25.12.1979** in **Linz**, erkläre,

1.dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

2.dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Linz, 21.4.2020

Unterschrift

A handwritten signature in black ink that reads "Birgit Bauer". The script is cursive and fluid, with the first name "Birgit" and the last name "Bauer" clearly distinguishable.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Florian Gebetsberger**, geboren am **02.06.1994** in **Amstetten**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Waldhausen im Strudengau, 23.04.2020



Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Maria Ikhardtova**, geboren am **12.3.1985** in **Bratislava**, erkläre,

1.dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

2.dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Bratislava, 21.4.2020

Unterschrift

