



**Europa-Universität
Flensburg**

Institut für Gesundheits-, Ernährungs-
und Sportwissenschaften

Abteilung Gesundheitspsychologie und -bildung

**Eine qualitative Untersuchung zur
Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf.
Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes
für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und
Dänemark**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Titels

Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt von: Carina Wilkens, M.A.

Flensburg, 11.01.2021

Betreuung und Erstgutachten: Prof. Dr. Petra Hampel

Zweitgutachten: Prof. Dr. Kevin Dadaczynski

Danksagung

Ein besonderer und herzlicher Dank gilt an dieser Stelle meiner Doktormutter **Frau Prof. Dr. Petra Hampel**, die mich zur Promotion anregte und mich während der gesamten Studiums- und Promotionszeit intensiv, professionell und emotional unterstützte und betreute.

Weiterhin danke ich **Herrn Prof. Dr. Kevin Dadaczynski** für die unmittelbare Bereitschaft zur Übernahme des Zweitgutachtens.

Darüber hinaus gilt mein Dank den interviewten **deutschen und dänischen Expertinnen und Experten**, die sich für die Interviews zur Verfügung gestellt und auch unter den erschwerten Bedingungen der Corona-Pandemie meine Untersuchung ermöglicht haben.

Ganz besonders möchte ich mich außerdem bei meinen Kolleginnen **Carmen Schumacher** und **Dr. Anne Köpnick** bedanken, die mich zu jederzeit und bei allen aufkommenden Fragen unterstützt, ermutigt und motiviert haben.

Ein sehr großes Dankeschön gilt meinen **Eltern** und meinen **Freunden**, die mich während der gesamten Promotionszeit unterstützt haben und mir Kraft und Motivation gaben.

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes:

Aus Gründen des besseren Leseflusses wird in der vorliegenden Arbeit auf eine geschlechtsspezifisch differenzierte Schreibweise verzichtet. So wird die männliche Form verwendet, in der die weibliche stets miteingeschlossen ist.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Abstract	5
1 Theoretischer Hintergrund	9
1.1 Problemstellung und Überblick.....	9
1.2 Begriffsdefinition pflegende Angehörige	11
1.3 Die Pflege eines Angehörigen in Deutschland.....	13
1.3.1 Versorgungssituation bei Pflegebedürftigkeit	13
1.3.2 Gründe für die Übernahme der Angehörigenpflege.....	20
1.4 Die Pflege eines Angehörigen in Dänemark.....	22
1.4.1 Versorgungssituation bei Pflegebedürftigkeit	25
1.4.2 Gründe für die Übernahme der Angehörigenpflege.....	29
1.5 Der Stressprozess bei erwerbstätigen pflegenden Angehörigen	30
1.6 Erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland	34
1.7 Erwerbstätige pflegende Angehörige in Dänemark	41
1.8 Verhältnispräventive Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	49
1.8.1 Flexible und familienfreundliche Arbeitszeiten	50
1.8.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland.....	52
1.8.2.1 Pflegestärkungsgesetze (PSG)	53
1.8.2.2 Arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen.....	55
1.8.2.3 Soziale Absicherung von Pflegepersonen	58
1.8.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen in Dänemark	59
1.8.3.1 Dienstleistungsgesetz	60
1.8.3.2 Arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen.....	62
1.8.3.3 Soziale Absicherung von Pflegepersonen	63
1.8.4 Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf während der Corona-Pandemie.. ..	64
1.9 Kontextorientierte Verhaltensprävention zur Gesundheitsförderung bei erwerbstätigen pflegenden Angehörigen	66
1.9.1 Bestehende Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige	66
1.9.2 Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige	80

1.10	Zusammenfassung und Relevanz des Forschungsthemas.....	83
2	Aufbau des Promotionsvorhabens.....	87
2.1	Studiendesign	87
2.2	Forschungsmethode: Qualitativer Forschungsansatz.....	88
2.3	Datenerhebung	91
2.3.1	Leitfadengestütztes Interview.....	92
2.3.2	Experteninterview	93
2.3.3	Entwicklung der Leitfäden.....	95
2.3.4	Sample	101
2.3.5	Zugang zu den Experten.....	101
2.4	Interviewdurchführung.....	102
2.5	Datenauswertung.....	104
2.5.1	Datenaufbereitung: Transkription.....	104
2.5.2	Qualitative Inhaltsanalyse	105
3	Teilstudie I: Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige	111
3.1	Fragestellung	112
3.2	Stichprobenbeschreibung	113
3.3	Datenauswertung: Kodierleitfaden	117
3.4	Ergebnisse.....	122
3.4.1	Forschungsfrage 1	122
3.4.2	Forschungsfrage 2.....	153
3.4.3	Forschungsfrage 3.....	168
3.4.4	Forschungsfrage 4.....	175
3.5	Ergebnisdiskussion Teilstudie I.....	204
3.6	Handlungsempfehlungen	234
3.7	Fazit.....	245
4	Teilstudie II: Kommunikative Validierung	246
4.1	Fragestellung	247
4.2	Stichprobenbeschreibung	248

4.3	Datenauswertung: Kodierleitfaden	250
4.4	Ergebnisse	257
4.4.1	Auswertungsfrage 1	258
4.4.2	Auswertungsfrage 2	268
4.4.3	Auswertungsfrage 3	282
4.4.3.1	Herausforderungen und Chancen des Gesundheitsförderungsprogrammes Deutschland	282
4.4.3.2	Herausforderung und Chancen des Gesundheitsförderungsprogrammes Dänemark	288
4.4.4	Auswertungsfrage 4	298
4.5	Ergebnisdiskussion Teilstudie II	312
4.6	Fazit	332
5	Übergreifende Diskussion	334
5.1	Verhaltensprävention	335
5.2	Verhältnisprävention	340
5.3	Methodendiskussion	346
5.3.1	Qualitative Sozialforschung	347
5.3.2	Qualitative Verfahren	348
5.3.3	Vorgehensweise	348
6	Handlungsempfehlungen	354
6.1	Verhaltensprävention: Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige	356
6.2	Verhältnisprävention	378
7	Schlussfolgerung	389
8	Literaturverzeichnis	395
	Anhang A – Verzeichnisse	406
	Anhang A1 – Abbildungsverzeichnis	406
	Anhang A2 – Tabellenverzeichnis	410
	Anhang A3 – Kastenverzeichnis	411

Anhang B – Forschungsprojekt: Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf 414

Anhang B1 – Anschreiben an die dänischen Experten (Teilstudie I)	414
Anhang B2 – Anschreiben an die dänischen Experten (Teilstudie I)	414
Anhang B3 – Anschreiben an die dänischen Experten (Teilstudie II)	415
Anhang B3 – Einverständniserklärung deutsch.....	416
Anhang B4 – Einverständniserklärung dänisch.....	417
Anhang B5 – Postskript	418
Anhang B6 – Transkriptionsregeln nach Faltermaier (2002)	419

Anhang C – Teilstudie I 420

Anhang C1 – Interviewleitfaden der deutschen Experten.....	420
Anhang C2 – Interviewleitfaden der dänischen Experten	423
Anhang C3 – Kategoriensysteme.....	425

Anhang D – Teilstudie II 429

Anhang D1 – Interviewleitfaden deutsch.....	429
Anhang D2 – Interviewleitfaden dänisch	431
Anhang D3 – Kategoriensystem.....	433
Anhang D4 – Entwurf Pflegetagebuch	434
Anhang D5 – Arbeitsblatt Schnupperspaziergang.....	437
Anhang D6 – Vertiefungsmodule	438

Persönliche Erklärung..... 440

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund. Durch den demografischen Wandel wird in Zukunft die Versorgung von pflegebedürftigen Personen durch Angehörige einen wichtigen Teil der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland und in Dänemark darstellen. Die Versorgung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen erfolgt häufig durch erwachsene Kinder und Ehepartner. Pflegende Angehörige, die zusätzlich einer Erwerbstätigkeit nachgehen, stehen vor der Herausforderung, zwei inhaltlich, zeitlich und räumlich grundlegend unterschiedlich strukturierte Lebensbereiche miteinander zu vereinen. Pflegende Angehörige erleben vor allem die Vereinbarkeit mit einer Erwerbstätigkeit als Belastung, wenn aufgrund der Pflegetätigkeit Termine verändert werden müssen, die Arbeitszeit reduziert wird und es zu unbezahlten Fehlzeiten kommt. Eine nicht gelingende Vereinbarkeit von Pflege und Beruf kann außerdem negative Auswirkungen für Unternehmen mit sich bringen, wie z.B. ein Anstieg von krankheitsbedingten Fehlzeiten, verminderte Leistungsfähigkeit der Beschäftigten und daraus resultierende betriebliche Folgekosten. Möglichkeiten zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger bestehen im Rahmen von gesetzlichen Maßnahmen in Deutschland sowie in Dänemark. Im betrieblichen Kontext können pflegende Mitarbeiter durch den Einsatz von flexiblen Arbeitszeitmodellen und einer familienfreundlichen Unternehmenskultur unterstützt werden. Die Förderung der Gesundheit von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen kann in Deutschland durch Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz erfolgen und in Dänemark im kommunalen Setting. Das vorliegende Promotionsvorhaben hatte zum Ziel, einen regionalen grenzüberschreitenden Systemvergleich zwischen Dänemark und Deutschland anzustellen, sodass die Nachbarländer zur Optimierung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zukünftig voneinander lernen können. Hierbei wird an den bisherigen Erkenntnissen angesetzt. Durch die Perspektiven deutscher und dänischer Experten sollen weitere wissenschaftliche Erkenntnisse zur Konzeption von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen gewonnen werden.

Fragestellungen. Das vorliegende Promotionsvorhaben hatte zum Ziel, mittels deutscher und dänischer Expertenbefragungen ein Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige zu konzipieren. Das Gesundheitsförderungsprogramm soll an verhaltenspräventiven Maßnahmen ansetzen, um die Gesundheit der Zielgruppe zu fördern und einen besseren Umgang mit einer Pflegesituation zu gewährleisten. Außerdem werden verhältnispräventive Maßnahmen, wie z.B. eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur oder gesetzliche und politische Maßnahmen mitberücksichtigt, um die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zu verbessern.

Methode. Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden zwei Teilstudien durchgeführt. Die Teilstudie I umfasst eine Stichprobe von N=24 Experteninterviews aus Deutschland und Dänemark. Es wurden qualitative Interviews in Form von Fokusgruppen und Einzelinterviews durchgeführt. Die Teilstudie II umfasste N=18 telefonische Experteninterviews in Form von Einzelinterviews und Fokusgruppen. In Teilstudie II wurde das in Teilstudie I entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm kommunikativ validiert, um daraus konkrete Maßnahmen sowie Handlungsempfehlungen für die Forschung und Praxis zur Optimierung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf abzuleiten. Beide Teilstudien wurden inhaltsanalytisch nach Mayring (2015) mit der Webapplikation QCAmap ausgewertet.

Ergebnisse & Diskussion Teilstudie I. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass es zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen bedarf. Davon abgeleitet wurde auf der **verhaltenspräventiven Ebene** das Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige „*Gewusst wie! Balance in Pflege & Beruf*“ konzipiert. Das Programm sollte folgende 5 Themenschwerpunkte beinhalten: *Psychoedukation, Stressbewältigung, Bewegung, Entspannung und Achtsamkeit, Kommunikation und Konfliktlösetraining*. Ein besonders relevanter Themenschwerpunkt lag im Modul zur *Kommunikation und Konfliktlösetraining* hinsichtlich der Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten, der bislang in gesundheitsförderlichen Maßnahmen für erwerbstätige pflegende Angehörige nur wenig berücksichtigt wurde. Hinsichtlich **verhältnispräventiver Maßnahmen** zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf konnte eine Vertrauensperson als Ansprechpartner im betrieblichen Kontext als bedeutsam exploriert werden. Weiterhin waren in beiden Ländern von Bedeutung: Die Erhöhung der politischen Aufmerksamkeit insbesondere der Einführung von Pflagetagen zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger, sowie eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur mit flexibler Arbeitsgestaltung. Außerdem wurde festgestellt, dass im betrieblichen Kontext eine offene Kommunikation und ein gegenseitiges Verständnis für das Thema Angehörigenpflege wichtig ist. Die Führungskräfte sollten demnach zu einem verantwortungsbewussten, empathischen und verständnisvollen Umgang mit den pflegenden Angehörigen sensibilisiert werden. Unterschiede zwischen den Ländern waren, dass in **Deutschland** Beratungsstellen, Kursangebote und Informationsmaterialien vermehrt und vor allem betriebsintern zur Verfügung gestellt werden sollten. Digitale Formate können einen gegenseitigen Austausch fördern und betriebsintern die Sensibilisierung für Angehörigenpflege fördern. In **Dänemark** sollten besonders die Unternehmen noch mehr für das Thema Angehörigenpflege sensibilisiert werden, da Angehörigenpflege sowie die Mitarbeitergesundheit in den Unternehmen häufig ein tabuisiertes Themenfeld darstellt. Hierbei ist eine bessere und landesweit einheitliche Zusammenarbeit zwischen den Kommunen und Institutionen anzustreben.

Ergebnisse & Diskussion Teilstudie II. Durch die kommunikative Validierung der Teilstudie II konnte die Entwicklung des **verhaltensbezogenen Gesundheitsförderungsprogrammes** durch die deutschen und dänischen Experten überprüft und bestätigt werden. Der zeitliche Rahmen des Gesundheitsförderungsprogrammes sollte 4 bis 8 Wochen betragen und an die Bedürfnisse der Zielgruppe und das Setting flexibel angepasst werden. Die Kurseinheiten sollten 90 Minuten dauern. Das Gesundheitsförderungsprogramm sollte nach dem *Baukastenprinzip* konzipiert sein und 4 Basis- und 4 Vertiefungsmodule zu den oben genannten Themenschwerpunkten umfassen. In Bezug auf die **verhältnispräventiven Maßnahmen** konnten die Ergebnisse aus der Teilstudie I bestätigt werden.

Handlungsempfehlungen. Implikationen für die Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark ergaben sich im Bereich der Verhaltens- sowie Verhältnisprävention. Auf verhaltenspräventiver Ebene wurde das Kurskonzept „*Gewusst wie! Balance in Pflege & Beruf*“ entwickelt, das in beiden Ländern im betrieblichen oder kommunalen Kontext durchgeführt werden kann. Im Rahmen der beiden Teilstudien stellte sich jedoch vor allem die Notwendigkeit von verhältnispräventiven Maßnahmen zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger heraus. So konnten Handlungsempfehlungen für eine gesellschaftliche Sensibilisierung, eine pflegesensible Unternehmenskultur und zur Steigerung der politischen Aufmerksamkeit abgeleitet werden: Durch die *gesellschaftliche Sensibilisierung* soll das Thema Angehörigen-pflege mehr Gehör finden und enttabuisiert werden, um eine pflegesensible Haltung in der Gesellschaft zu fördern. Im Rahmen einer *pflegesensiblen Unternehmenskultur* sind eine Vertrauensperson im Unternehmen, ausreichend Flexibilität bei der Arbeitsgestaltung, Schulungen der Führungskräfte zur Sensibilisierung für das Thema Angehörigenpflege sowie die Bereitstellung von Informationen und digitale Austauschmöglichkeiten indiziert. Zur Steigerung der *politischen Aufmerksamkeit* gegenüber der Zielgruppe erwerbstätiger pflegender Angehöriger konnte der Bedarf der Einführung von Pflegetagen und einer besseren Zusammenarbeit zwischen Kommune/Staat und Unternehmen festgestellt werden. Die Verhältnisprävention sollte demnach eine vermehrte Berücksichtigung in zukünftigen Maßnahmen finden, da diese die Grundlage bildet, dass pflegende Angehörige besser unterstützt werden können. Wenn diese Grundlage geschaffen ist, können auch verhaltenspräventive Maßnahmen zur Förderung der Selbstfürsorge und der Gesundheit besser implementiert werden und zur Umsetzung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils beitragen. Dabei ist das Zusammenwirken einer gesellschaftlichen Sensibilisierung, einer pflegesensiblen Unternehmenskultur und der politischen Aufmerksamkeit indiziert, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zukünftig zu optimieren und pflegende Angehörige in allen Lebensbereichen besser zu unterstützen.

Schlussfolgerungen. Der Bedarf und die Relevanz der Unterstützung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf konnte mittels der qualitativen Experteninterviews in Deutschland und Dänemark verdeutlicht werden. Der Stellenwert der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wird aufgrund der demografischen und sozialen Veränderungen zukünftig ansteigen, sodass die Versorgung von pflegebedürftigen Personen durch (erwerbstätige) pflegende Angehörige zunehmen wird. Die Ergebnisse der beiden Teilstudien verdeutlichten, dass es Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auf verhaltens- und verhältnispräventiver Ebene bedarf, um langfristig die Gesundheit der belasteten Zielgruppe zu fördern und aufrechtzuerhalten, sodass eine Erwerbstätigkeit und eine gute Pflege miteinander vereinbart werden können. Die Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen ermöglicht die bestmögliche und eine passgenaue Unterstützung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen. Das vorliegende Promotionsvorhaben stellt auf der verhaltenspräventiven Ebene einen Ansatzpunkt für die praktische Umsetzung und Evaluation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für die Zielgruppe dar. Darauf aufbauend können weitere oder ergänzende gesundheitsförderliche Maßnahmen im Rahmen der Prozessqualität entwickelt werden. Außerdem wurden erstmals die wesentlichen verhältnispräventiven Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf für Deutschland und Dänemark dargestellt und relevante Implikationen mit Fokus auf eine gesellschaftliche Sensibilisierung, eine pflegesensible Unternehmenskultur und die Erhöhung der politischen Aufmerksamkeit abgeleitet. Zusammenfassend liefern die Ergebnisse des vorliegenden Promotionsvorhabens einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und in Dänemark. In zukünftigen Forschungen sollte untersucht werden, inwiefern grenzüberschreitende Synergien zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Deutschland und Dänemark genutzt werden können, vor allem bei der Optimierung von gesetzlichen Rahmenbedingungen, der Konzeption von gesundheitsförderlichen Maßnahmen sowie hinsichtlich Öffentlichkeitsarbeit und Digitalisierung. In **Deutschland** ist den Experten zufolge, eine finanzielle Unterstützung während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit und eine Vereinfachung bei der Antragstellung besonders wichtig. In **Dänemark** bedarf es einer kommunalübergreifenden, einheitlichen Regelung der bestehenden Unterstützungsleistungen sowie einer Sensibilisierung des Themas Angehörigenpflege im betrieblichen Kontext. Die vielfältigen Implikationen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention der vorliegenden Forschungsarbeit können die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessern und die Gesellschaft sensibilisieren. Somit leistet die vorliegende Forschungsarbeit einen bedeutenden Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung bei erwerbstätigen pflegenden Angehörigen.

Abstract

Teoretisk baggrund. På grund af den demografiske udvikling vil omsorgen for erhvervsaktive pårørende, udgøre en vigtig del af sundhedsvæsenet i Tyskland og Danmark. Omsorg og støtte til mennesker, der har behov for pleje, leveres ofte af voksne børn og ægtefæller. Pårørende, som overtager omsorg og også er erhvervsaktive står over for udfordringen med at kombinere to livsområder, der er grundlæggende forskellig struktureret med hensyn til indhold, tid og rum. Pårørende oplever foreneligheden med en erhvervsaktivitet som en belastning, hvis aftaler på grund af plejeopgaver skal ændres, arbejdstiden reduceres, og det resulterer i ubetalt fravær. En mislykket balance mellem arbejde og privatliv kan også have negative konsekvenser for virksomheder, f.eks i form af en stigning i sygefravær, nedsat produktivitet hos medarbejderne og de deraf følgende omkostninger. Mulighederne for at støtte erhvervsaktive pårørende findes i Tyskland og Danmark inden for rammerne af lovgivningen. I den erhvervsmæssige kontekst kan pårørende støttes via fleksible arbejdstidsmodeller og en familievenlig virksomhedskultur. Sundhedsfremmende indsatser til erhvervsaktive pårørende kan implementeres i Tyskland på arbejdspladsen og i Danmark i kommunen. Målet med dette doktorgradsprojekt var, at foretage en regional system-sammenligning mellem Danmark og Tyskland - på tværs af landegrænsen - så nabolandene kan lære af hinanden med henblik på at optimere foreneligheden af pårørendeomsorg og erhvervsaktivitet. Dette er baseret på tidligere videnskabelige erkendelser. Fra såvel tyske som danske eksperter perspektiver bør der arbejdes på frembringelse af yderligere videnskabelig dokumentation til udvikling af adfærds- og strukturel forebyggende indsatser.

Forskningsspørgsmål. Målet med dette doktorgradsprojekt var med udgangspunkt i samtaler med danske og tyske eksperter at udvikle et sundhedsfremmende program til erhvervsaktive pårørende. Det sundhedsfremmende program skal målrette adfærdsforebyggende indsatser for at fremme målgruppens sundhed og sikre en bedre håndtering af en plejesituation. Derudover blev der taget hensyn til strukturelle forebyggende indsatser som f.eks en sundhedsfremmende virksomhedskultur eller lovgivningsmæssige og politiske indsatser for at forbedre foreneligheden af pårørendeomsorg og arbejde.

Metode. To delundersøgelser blev udført for at besvare spørgsmålene. Undersøgelse I består af en stikprøve af N=24 ekspertinterviews fra Tyskland og Danmark. Der blev gennemført kvalitative interviews i form af fokusgrupper og individuelle samtaler. Undersøgelse II omfattede N=18 telefon ekspertinterviews i form af individuelle samtaler og fokusgrupper. I undersøgelse II blev det sundhedsfremmende program, der blev udviklet i undersøgelse I, valideret kommunikativt for at udlede konkrete tiltag og implikationer til forskning og praksis for at optimere foreneligheden af pårørendeomsorg og arbejde. Begge delundersøgelser blev analyseret ifølge Mayring (2015) ved hjælp af QCAnmap-webapplikationen.

Resultater & diskussion delundersøgelse I. Resultaterne antyder, at der er brug for forebyggende indsatser til at støtte erhvervsaktive pårørende både i forhold til deres adfærd og strukturelle indsatser i forhold til arbejdsverden. På det **adfærdsforebyggende niveau** blev der udviklet det sundhedsfremmende program til erhvervsaktive pårørende *"Ved hvordan! Balance i omsorg og arbejde"*. Programmet skal omfatte følgende fem hovedemner: *psyko-
edukation, stresshåndtering, motion, afslapning og mindfulness, kommunikation og konflikt-
løsningstræning*. Et særligt relevant hovedpunkt var modulet om kommunikation og konflikt-
løsning med hensyn til kommunikation med kollegaer og ledere, som hidtil ikke har taget meget
hensyn til i sundhedsfremmende indsatser til erhvervsaktive pårørende. Vedrørende til de
strukturelle indsatser i forhold til at forene pårørendeomsorg og arbejde kunne en tillids-
person/kontaktperson på arbejdspladsen opfattes som vigtig. I begge lande blev følgende
desuden oplevet som vigtigt: Øget politisk opmærksomhed, især indførelse af omsorgsdage
for at støtte og aflaste pårørende samt en sundhedsfremmende virksomhedskultur med
fleksible arbejdsmodeller. Det blev også konstateret, at åben kommunikation og en gensidig
forståelse af emnet om pårørendeomsorg er vigtige på arbejdspladsen. Ledere skal derfor
skærpe deres fokus i forhold til en ansvarlig, empatisk og forståelsesfuld håndtering af de
pårørende. Forskellene mellem landene var, at rådgivningsmuligheder, kurser og informations-
materiale i **Tyskland** skulle stilles mere til rådighed især på arbejdspladsen. Digitale formater
kan fremme en gensidig udveksling og øge bevidstheden om pårørendeomsorg på
virksomheder. I **Danmark** bør især virksomheder gøres endnu mere opmærksomme på emnet
om pårørendeomsorg, da pårørendeomsorg og medarbejderes sundhed ofte er tabutemaer i
danske virksomheder. Et bedre og nationalt ensartet samarbejde mellem kommuner og
institutioner er nødvendigt.

Resultater og diskussion delundersøgelse II. Den kommunikative validering af del-
undersøgelse II med de tyske og danske eksperter kunne kontrollere og bekræfte udviklingen
af det **adfærdsrelaterede sundhedsfremmende program**. Tidsrammen for det sundheds-
fremmende program skal være 4 til 8 uger og være fleksibelt tilpasset målgruppens behov og
institutionen. De enkelte kursusmoduler skal vare 90 minutter. Det sundhedsfremmende
program skal være opbygget efter modulprincippet og omfatte 4 basis- og 4 fordybelses-
moduler om de ovennævnte hovedemner. I forbindelse med de **strukturelle indsatser** kunne
resultaterne fra undersøgelse I bekræftes.

Implikationer. Implikationer for udviklingen af et sundhedsfremmende program for erhvervs-
aktive pårørende i Tyskland og Danmark resulterede inden for adfærds- og strukturelle
indsatser. På det adfærdsforebyggende niveau blev kursuskonceptet *"Ved hvordan! Balance i
omsorg og arbejde"* udviklet, som kan udføres i begge lande i en virksomheds- eller kommunal
kontekst. I forbindelse med de to delundersøgelser bliver især behovet for strukturelle
indsatser til støtte af erhvervsaktive pårørende tydeligt. Det var således muligt at udlede

implikationer for at øge opmærksomheden i samfundet, en virksomhedskultur med større fokus på omsorg, samt et øget fokus på det politiske niveau: Ved at øge opmærksomheden i samfundet skal emnet pårørendeomsorg høres bedre og tabu bør fjernes for at fremme et større samfundsfokus på omsorg. I forbindelse med en et større omsorgsfokus i virksomhederne er en tillidsperson på virksomheden, tilstrækkelig fleksibilitet på arbejde, uddannelseskurser for ledere til at øge bevidstheden om emnet pårørendeomsorg, at stille informationer til rådighed og give muligheder for digital udveksling, nødvendigt. For at øge den politiske opmærksomhed om målgruppen af erhvervsaktive pårørende identificeres behovet for indførelse af omsorgsdage og et bedre samarbejde mellem kommune/stat og virksomheder. Forbedring af forholdene i forhold til de strukturelle indsatser bør derfor mere fokuseres i fremtidige tiltag, da dette danner grundlaget for, at pårørende bedre kan støttes. Hvis dette grundlag er skabt, kan adfærdsforebyggende indsatser til fremme af egenomsorg og sundhed også implementeres bedre og bidrage til en sundhedsfremmende livsstil. Interaktionen mellem et øget opmærksomhed i samfundet, en virksomhedskultur med et øget fokus på omsorg og politisk opmærksomhed er nødvendigt for at forbedre mulighederne for at forene pårørenderollen med en aktiv tilknytning til arbejdsmarkedet i fremtiden og for at støtte pårørende i alle livets områder.

Konklusioner. Behovet for og relevansen af støtte til erhvervsaktive pårørende til en bedre balance mellem omsorg og arbejde blev tydeligt ved hjælp af de kvalitative ekspertsamtaler i Tyskland og Danmark. Vigtigheden af muligheden for at forene omsorg og arbejde vil stige i fremtiden på grund af de demografiske og sociale ændringer, så behovet for et øget fokus på mennesker, der har behov for pleje af (erhvervsaktive) pårørende, vil stige. Resultaterne af de to delundersøgelser viste, at der er behov for sundhedsfremmende tiltag på adfærds- og strukturelle niveau for at fremme og vedligeholde sundheden for den belastede målgruppe langsigtet, så at en erhvervsaktivitet og god omsorg kan forenes. Kombinationen af adfærds-mæssige og strukturelle indsatser muliggør den bedst mulige og skræddersyede støtte til erhvervsaktive pårørende. Det foreliggende doktorgradsprojekt fremstiller et udgangspunkt for den praktiske implementering og evaluering af et sundhedsfremmende program for målgruppen på det adfærdsforebyggende niveau. På den baggrund kan yderligere eller supplerende sundhedsfremmende indsatser udvikles inden for rammerne af proceskvalitet. Derudover blev de væsentligste strukturelle indsatser til fremme af foreneligheden af pårørendeomsorg og arbejde for Tyskland og Danmark præsenteret for første gang, og relevante implikationer blev afledt med fokus på et øget opmærksomhed i samfundet, en virksomhedskultur med øget fokus på omsorg og øget politisk opmærksomhed. Sammenfattende yder resultaterne af det foreliggende doktorgradsprojekt et vigtigt bidrag til udviklingen af sundhedsfremmende indsatser til erhvervsaktive pårørende i Tyskland og Danmark. Fremtidig forskning bør undersøge, i hvilket omfang synergier på tværs af landegrænserne

kan bruges til at forene omsorg og arbejde i Tyskland og Danmark, især med fokus på strukturelle og lovgivningsmæssige rammer, udvikling af sundhedsfremmende indsatser og med hensyn til offentlighedsarbejde (PR) og digitalisering. I **Tyskland** er det ifølge eksperterne særligt vigtigt at få økonomisk støtte under plejeorlov og forenkle ansøgningsprocessen. I **Danmark** er der behov for en tværkommunal, ensartet løsning af de eksisterende støttelses-tilbud samt et øget fokus på emnet pårørendeomsorg i de danske virksomheder. De forskellige implikationer af det foreliggende forskningsafhandling for adfærds- og strukturel forebyggelse kan forbedre foreneligheden af omsorg og arbejde og øge opmærksomheden i samfundet. Denne forskningsafhandling yder således et væsentligt bidrag til forebyggelse og sundhedsfremme for erhvervsaktive pårørende.

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Problemstellung und Überblick

Eine Vielzahl der Menschen erreichen heute ein höheres oder hohes Lebensalter, wodurch die Politik sowie die Gesellschaft vor einige Herausforderungen gestellt wird (Mahne, Wolff, Simonson & Tesch-Römer, 2017, S. 11). Eine dieser Herausforderungen stellt der demografische und soziale Wandel dar, da die Menschen immer älter werden, dabei aber vermehrt alters- und krankheitsbedingte Beeinträchtigungen aufweisen und auf eine vorübergehende oder dauerhafte Pflege angewiesen sind. Durch den fortschreitenden demografischen Wandel wird in Zukunft die Versorgung von pflegebedürftigen Personen durch Angehörige einen wichtigen Teil der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland sowie in Dänemark darstellen (Büker, 2015, S. 147; Danske Patienter, 2019b, S. 2ff.; KMD, 2018, S. 5ff.; Wetzstein, Rommel & Lange, 2015, S. 1). Die Versorgung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen erfolgt häufig durch erwachsene Kinder und Ehepartner (Klaus & Tesch-Römer, 2017, 185ff.; KMD, 2018, S. 11). In Deutschland werden ca. 2,4 Millionen pflegebedürftige Personen allein durch erwerbstätige Angehörige versorgt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020). In Dänemark nimmt die Anzahl der Menschen über 80 Jahren im Verlauf von 2018 bis 2025 voraussichtlich um 87.000 Menschen zu (Kirk, 2019, S. 3f). Durch die demografische Entwicklung werden insgesamt 13,9 Milliarden Kronen (70%) zusätzlich ausgegeben.

Die Übernahme der Angehörigenpflege ist eine zeitintensive Aufgabe, die häufig zu vielfältigen körperlichen und psychischen Belastungen führt (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 195; KMD, 2018, S. 7ff.). Aus der Übernahme der Pflege und der vielfältigen Unterstützungsaufgaben resultieren nicht nur physische und psychische Belastungen wie z.B. Erschöpfungszustände, Schlafstörungen, Stress, depressive Symptome (KMD, 2018, S. 7ff.; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.), es verbleibt auch weniger Zeit für andere Tätigkeiten, sodass häufig Vereinbarkeitskonflikte zwischen Familie, Pflege, Beruf und eigener Freizeit entstehen (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 70; Nowossadeck, Engstler & Klaus, 2016, S. 15). Dadurch können die physischen sowie psychischen Belastungen weiter verstärkt werden. Das gesellschaftliche Bewusstsein und die Sensibilität für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf im öffentlichen, wissenschaftlichen, arbeitsrechtlichen sowie bundespolitischen Bereich steigt an (Wetstein & Preuss, 2016, S. 7). Vor allem im betrieblichen Kontext gibt es vermehrt flexible Möglichkeiten zur Gestaltung von Arbeitsort- und Arbeitszeit. Außerdem können erwerbstätige pflegende Angehörige durch gesetzliche Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen der Pflegereform 2015 bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf unterstützt und entlastet werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 182). In Dänemark sind die gesetzlichen Unterstützungsmaßnahmen im dänischen Dienstleistungsgesetz niedergeschrieben (Servicelov,

2020). Das vorliegende Promotionsvorhaben untersucht in diesem Kontext die gesetzlichen sowie unternehmensinternen Maßnahmen, die die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in Deutschland und in Dänemark verbessern können. Hierfür wurden qualitative Interviews mit deutschen und dänischen Experten durchgeführt und auf dieser Grundlage ein verhaltensbezogenes Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige entwickelt sowie verhältnispräventive Maßnahmen abgeleitet. Die Experten waren professionelle Akteure aus dem Gesundheitswesen, der kommunalen Verwaltung im Rahmen Gesundheit und Pflege und aus verschiedenen Unternehmen aus dem Bereich Personal. Diese Expertengruppen stehen im engen Kontakt mit den pflegenden Angehörigen und teilweise den zu pflegenden Personen und können die Inanspruchnahme und Qualität von Unterstützungsmaßnahmen entsprechend bewerten. Die Exploration dieser Expertengruppen insbesondere auf internationaler Ebene wurde bisher in anderen Forschungsarbeiten noch nicht ausreichend berücksichtigt (Wetstein & Preuss, 2016, S. 7). In Deutschland sowie in Dänemark besteht ein Bedarf zur Ausweitung des Forschungsstandes für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf hinsichtlich des Wissens über die Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen sowie entsprechenden Unterstützungs- und Entlastungsleistungen (Kuhlmeiy, 2012, S. 223ff.). In den Masterarbeiten von Herrmann (2017) und Struve (2018) wurden bereits die Bedürfnisse der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen sowie der Bedarf aus der Perspektive von Experten in Deutschland untersucht und Handlungsempfehlungen zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen für erwerbstätige pflegende Angehörige abgeleitet. Das Ziel dieser Forschungsarbeit war die Bedarfsanalyse der Masterthesis von Struve (2018) durch eine Bedarfsanalyse in Dänemark zu ergänzen. Auf dieser Grundlage wurde ein Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige entwickelt und im Rahmen einer zweiten Teilstudie kommunikativ validiert. Das langfristige Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit ist, die Gesundheit der belasteten Zielgruppe zu fördern und zu untersuchen, wie grenzüberschreitende Synergien zur Optimierung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zukünftig beitragen können.

Das vorliegende Promotionsvorhaben setzt sich zum einen aus einem theoretischen Teil, in dem der aktuelle Forschungsstand zur Pflege von Angehörigen aus den beiden Ländern dargestellt wird und zum anderen aus einem empirischen Teil zusammen. In **Kapitel 1** erfolgt zunächst eine Begriffsdefinition, was unter pflegenden Angehörigen verstanden wird (Kapitel 1.2). Darauf folgend wird in den Kapiteln 1.3 und 1.4 die Pflege eines Angehörigen in Deutschland und in Dänemark sowie die aktuelle Versorgungssituation und die Gründe zur Übernahme von Angehörigenpflege dargestellt. In Kapitel 1.5 wird der Stressprozess von pflegenden Angehörigen nach Leonard I. Pearlin (1983) in Bezug auf pflegende Angehörige beschrieben. Anschließend wird in Kapitel 1.6 und 1.7 auf die in der vorliegenden Forschungsarbeit fokussierte Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen in Deutschland und

in Dänemark vertiefend eingegangen. In Kapitel 1.8 werden die verhältnispräventiven Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf hinsichtlich der Möglichkeiten im betrieblichen Kontext und der gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland und Dänemark beschrieben. Das Kapitel 1.9 stellt demnach bereits bestehende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei erwerbstätigen pflegenden Angehörigen dar sowie ein entwickeltes Gesundheitsförderungsprogramm aus der Masterthesis von Herrmann (2017), worauf die vorliegende Forschungsarbeit aufbaut. Dabei handelt es sich überwiegend um Maßnahmen auf verhaltenspräventiver Ebene. Nach einer Zusammenfassung des theoretischen Hintergrundes wird in **Kapitel 2** der Aufbau des Promotionsvorhabens hinsichtlich des Studiendesigns, der Forschungsmethode, der Datenerhebung, -durchführung und -auswertung erläutert. Das **Kapitel 3** stellt die erste Teilstudie zur Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige und das **Kapitel 4** die zweite Teilstudie zur kommunikativen Validierung mit den jeweils relevanten Forschungs- und Auswertungsfragen, der Stichprobenbeschreibung, der Ergebnisse und der Ergebnisdiskussion dar. Eine übergreifende Diskussion der Ergebnisse erfolgt in **Kapitel 5**. Darauffolgend findet sich in **Kapitel 6** die Formulierung relevanter Handlungsempfehlungen auf verhaltens- sowie verhältnispräventiver Ebene. Die vorliegende Forschungsarbeit endet mit einer Schlussfolgerung (**Kapitel 7**).

1.2 Begriffsdefinition pflegende Angehörige

In den nachfolgenden Kapiteln wird der theoretische Hintergrund der Forschungsarbeit dargestellt. Zunächst erfolgt eine Begriffsdefinition des Begriffes „Angehöriger“ in Deutschland und in Dänemark. Der Begriff definiert sich in Deutschland entsprechend des §7 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) und umfasst folgende Personen-(gruppen):

- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern
- Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, Partnerinnen und Partner in ehe- oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaften, Geschwister
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder der Ehegattin oder Lebenspartnerin beziehungsweise des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder
- Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 18).

Allgemein wird von pflegenden Angehörigen gesprochen, wenn eine persönliche, aber keine professionelle Beziehung zu einer Person mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung besteht, die auf Unterstützung angewiesen ist (Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 3). Dabei können eine oder mehrere Personen gepflegt werden. Die Zielgruppe der Forschungsarbeit stellen erwerbstätige pflegende Angehörige dar, die zusätzlich zur häuslichen Pflege aus den oben aufgeführten Personenkreisen eine Erwerbstätigkeit ausführen. Die Pflege kann dabei ganz oder teilweise durch die Angehörigen ausgeführt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 59). Die Pflege von Angehörigen setzt außerdem das Kriterium einer Pflegebedürftigkeit voraus, worunter Personen fallen, die nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung oder Behinderung bei der Verrichtung von gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Abläufen des täglichen Lebens, auf Dauer oder voraussichtlich für mindestens sechs Monate, im erheblichen oder höherem Maße (§ 15 SGB XI) hilfebedürftig sind (§ 14 Abs. 1 SGB XI; Statistisches Bundesamt [Destatis], 2018, S. 31; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 3).

In Dänemark werden pflegende Angehörige im Rahmen des Gesundheitsgesetzes Sundhedsstyrelsen (2012, S. 13) als Personen bezeichnet, die eine familiäre Beziehung zu einer erkrankten Person haben: Ehepartner, Partner, Eltern, Geschwister und/oder Kinder. Der Begriff wurde aufgrund des demografischen Wandels und der sich somit verändernden gesellschaftlichen Bedingungen, z.B., dass viele Menschen alleine leben, erweitert. Bei familiären Angehörigen handelt es sich um die engsten und nahestehenden Angehörigen. Der Begriff wurde um nahestehende Freunde, den Bekanntenkreis, Nachbarn und Mitpatienten erweitert. Vor allem Kinder und junge Erwachsene mit kranken Eltern stellen eine besondere Zielgruppe dar, die eine besondere Aufmerksamkeit benötigen. Die Beziehung zu dem Pflegebedürftigen sowie das Netzwerk und die Lebensphase der Pflegeperson spielen eine bedeutende Rolle für die Situation des Angehörigen (Region Hovedstaden, 2008, S. 4; Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 13).

Dänemark hat eine landesweite Politik für Bürger, Patienten und Angehörige, sodass die Behandlung und Pflege und wie die Personen mit einer körperlichen oder psychischen Erkrankung leben, entsprechend auf die Zielgruppe und ihre Bedürfnisse angepasst werden kann (Region Hovedstaden, 2008, S. 2). Die Zusammenarbeit und der Einbezug werden durch Gespräche und Rückmeldungen mit Einzelpersonen umgesetzt, sodass daraus bedürfnisorientierte Maßnahmen entwickelt werden können. So werden die Fähigkeiten für Eigenverantwortung, Rehabilitation und Gesundheitsförderung gestärkt, wobei der Fokus auf einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Individuums liegt (Region Hovedstaden, 2008, S. 2). Das Ziel ist der Region Hovedstaden (2008, S. 3) zufolge die Qualität der Leistungen zu erhöhen und einen Fokus auf die tägliche Zusammenarbeit mit Bürgern, Patienten und Angehörigen zu legen sowie Rahmenbedingungen für einen laufenden Dialog festzulegen.

Demzufolge ist die Bürger-, Patienten- und Angehörigenpolitik auf folgenden vier Werten aufgebaut (Region Hovedstaden, 2008, S. 5ff.):

1. Rücksichtnahme auf den Einzelnen: Kommunikation, Dialog, Information, Beratung und Pflege, die auf den Bedürfnissen des Einzelnen basiert.
2. Partizipative Entscheidungsfindung: Jeder entscheidet in seinem eigenen Krankheitsverlauf selbst mit und Angehörige werden miteinbezogen.
3. Befragung und Verwendung des Wissens von Bürgern, Patienten und Angehörigen: Ständiger Austausch mit der Zielgruppe über Erfahrungen und gegenseitige Erwartungen. Austausch findet auf Krankenstationen, in Einrichtungen und Zentren für soziale Dienste statt sowie auf der regionalen Ebene zwischen Politikern und Organisationen.
4. Verantwortungsübernahme für den Zusammenhang des individuellen Verlaufs: Ziel ist es, einen Zusammenhang im Verlauf, einer besseren Qualität der Leistungen und mehr Sicherheit für die Bürger, Patienten und Angehörigen zu schaffen.

1.3 Die Pflege eines Angehörigen in Deutschland

Aufgrund des Anstieges der älteren Menschen durch den demografischen Wandel treten vermehrt schwere Erkrankungen auf, wodurch der Pflegebedarf und die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen zunimmt. Diese Zunahme hat einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheitsversorgung, da ein Fachkräftemangel an professionellem Pflegepersonal die Situation verstärkt (Breinbauer, Jacob, Richter & Kopp, 2019, S. 149f.; Büker, 2015, S. 147). Dadurch steigt die Verantwortung für die Übernahme der Pflege von Angehörigen. Pflegenden Angehörige gelten somit als eine Stütze des deutschen Pflegesystems und stellen den größten Pflegedienst der Nation dar (Schneekloth, 2006; Wetzstein et al., 2015; zitiert nach Breinbauer et al., 2019, S. 149f.). Die nachfolgenden Kapitel stellen die Bedarfslage der pflegenden Angehörigen dar.

1.3.1 Versorgungssituation bei Pflegebedürftigkeit

Laut dem Statistischen Bundesamt (Destatis, 2018, S. 8) waren im Dezember 2017 3,4 Millionen Menschen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) pflegebedürftig. Davon wiesen 63% der Frauen und 37% der Männer eine Pflegebedürftigkeit auf, wobei davon 81% 65 Jahre und älter waren und 35% 85 Jahre und älter. Drei Viertel (76% bzw. 2,59 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt, wovon 1.765.000 Menschen ausschließlich Pflegegeld erhielten und ausschließlich durch Angehörige versorgt wurden. Zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste wurden 830.000 pflegebedürftige Menschen in ihrem privaten Haushalt versorgt. Weitere 818.000 (24%) Pflegebedürftige wurden

vollstationär in Pflegeheimen versorgt. Insgesamt ist die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen im Vergleich zum Jahr 2015 mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs um 19% angestiegen. Abbildung 1 visualisiert die Eckdaten der Pflegestatistik aus dem Jahr 2017.



Abbildung 1: Eckdaten der Pflegestatistik 2017 (modifiziert nach Destatis, 2018, S. 16).

Nicht nur die Anzahl an pflegebedürftigen Menschen hat zugenommen, sondern auch die Abbildung 1 verdeutlicht, dass die Nachfrage nach Leistungen der ambulanten Pflegedienste und vollstationären Pflegeheime angestiegen ist. Die Anzahl der Pflegebedürftigen, die vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden, ist um 4,5% (34.900) und die Anzahl der Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt werden, um 19,9% (138.000) angestiegen (Destatis, 2018, S. 8). Bedeutsam war die Zunahme von 27,5% (380.000) der Personen, die ausschließlich Pflegegeld empfangen, da diese Menschen allein durch Angehörige versorgt werden. Demzufolge stieg die Anzahl der zu Hause gepflegten Personen insgesamt um 24,9% (518.000) an. Der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) ist mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher (Schwinger & Tsiasioti, 2018, S. 174ff.). Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Verteilung der Pflegebedürftigkeit nach Alter und Geschlecht in Deutschland. Die Abbildung zeigt deutlich den Anstieg der pflegebedürftigen Personen mit zunehmendem Alter, wobei die älteren Frauen häufiger pflegebedürftig werden als die Männer, was auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen sein kann. In den nächsten Jahren wird die Anzahl der Menschen, die Unterstützung benötigen oder eine Pflegebedürftigkeit aufweisen, aufgrund der Zunahme von Hochaltrigkeit in der Bevölkerung,

weiter ansteigen (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 186f.). Dies ist außerdem auf die geburtenstarken Jahrgänge in den 1950er und 1960er Jahren zurückzuführen und weil diese Personen in absehbarer Zeit ein Alter erreichen werden, indem sie auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen nach SGB XI in Deutschland könnte nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes bis zum Jahr 2050 auf 4,5 Millionen ansteigen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010, S. 30).

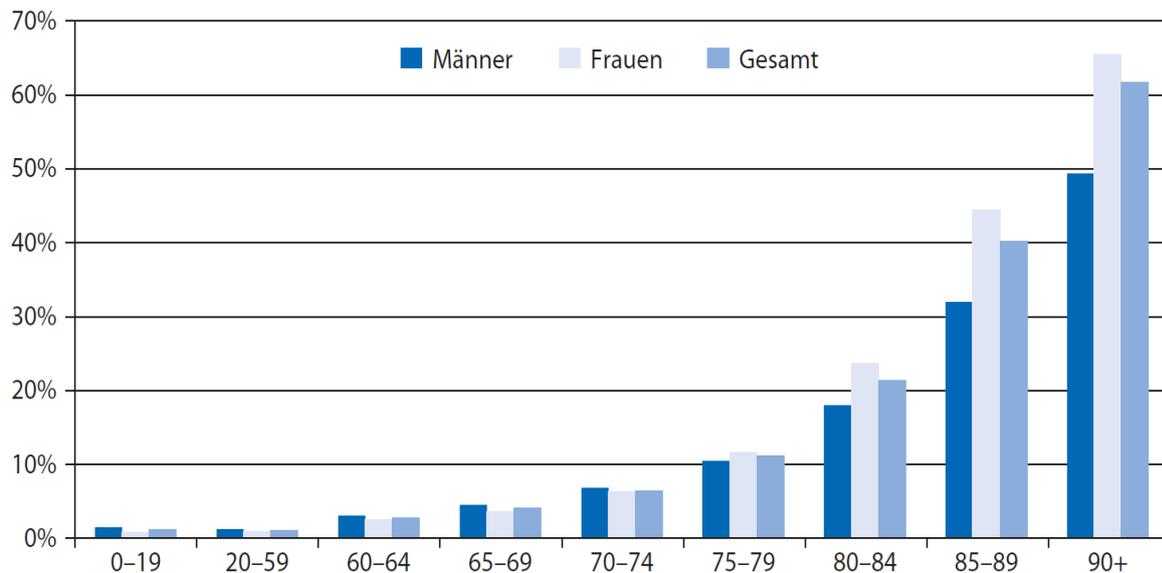


Abbildung 2: Anteil der Pflegebedürftigen an den gesetzlich Versicherten nach Alter und Geschlecht (entnommen aus Schwinger & Tsiasioti, 2018, S. 176).

Die Abbildung 3 visualisiert das Szenario des Anstieges der Pflegebedürftigkeit bis zum Jahr 2050. Die Pflegequote sinkt, die Anzahl der Pflegebedürftigen steigt aber an. Die sinkende Pflegequote ist durch die Annahme einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, aufgrund eines medizinisch-technischen Fortschrittes und einer gesünderen Lebensweise zu erklären, wodurch das Pflegerisiko sinken würde (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010, S. 29). Dabei gilt die erwartete Zunahme der Lebenserwartung als Orientierungsgröße, da sich so das Risiko einer Pflegebedürftigkeit in ein höheres Alter verschieben würde. Weiteren Schätzungen zufolge leben in Deutschland ca. 5,4 Millionen Menschen, die nach dem SGB XI nicht pflegebedürftig sind, aber eine regelmäßige Unterstützung von Angehörigen bei der täglichen Versorgung benötigen und wurden in den Berechnungen nicht mitberücksichtigt (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 185f.).

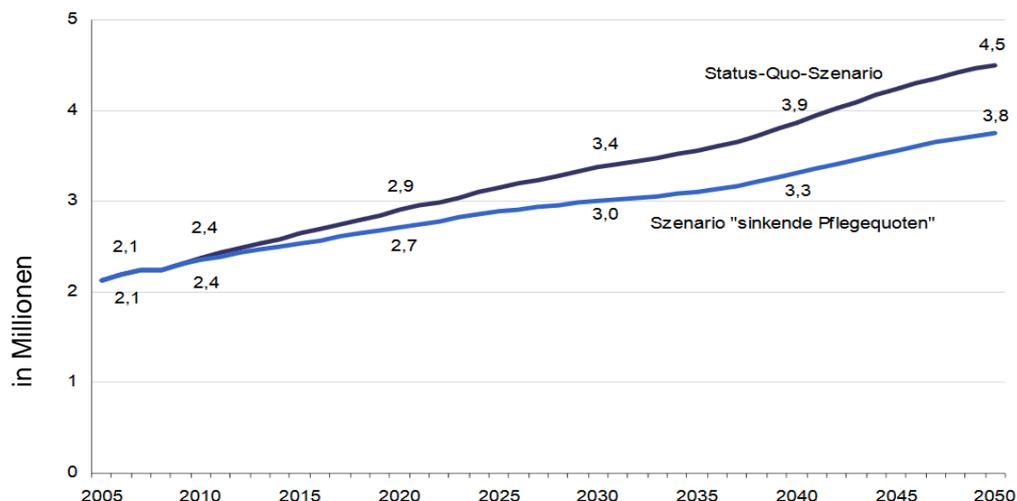


Abbildung 3: Pflegebedürftige insgesamt in Deutschland von 2005 bis 2050 – Vergleich Status-Quo-Szenario und Szenario sinkende Pflegequote (entnommen aus Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010, S. 30).

Die nachfolgende Abbildung 4 stellt vier weitere Szenarien zur Entwicklung der zukünftigen Pflegebedürftigkeit in der Stadt Köln dar. Nicht nur die Lebenserwartung und das durchschnittliche Alter der Menschen steigt an, sondern auch die gesunden Lebensjahre. Es werden zwei Szenarien abgebildet. Das erste Szenario zeigt, dass das Risiko für eine Pflegebedürftigkeit sich zwischen den Jahren von 2015 bis 2030 um jeweils ein Jahr nach hinten verschiebt und in Szenario 2 verschiebt es sich ab dem Jahr 2025 um ein Jahr nach hinten (Institut für Wirtschaftsforschung, 2008, S. 26; zitiert nach Jonas, 2013, S. 106). Dabei steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen in Szenario 1 im Jahr 2035 lediglich gering auf 23.500 an und in Szenario 2 auf 25.900, welches aber von einer geringeren Anzahl an Pflegebedürftigen ausgeht, als das Status-Quo-Szenario. Insgesamt wird die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen zwischen 23.500 und 31.500 ansteigen, wobei das Status-Quo-Szenario den höchsten Anstieg verzeichnet.

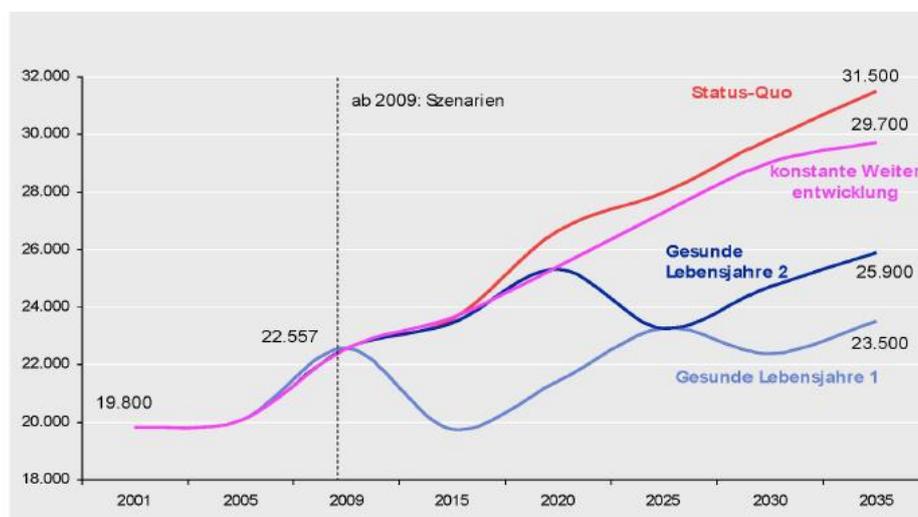


Abbildung 4: Szenarien zur zukünftigen Pflegebedürftigkeit (entnommen aus Jonas, 2013, S. 106).

Aktuelle Versorgungssituation. Die Versorgung von Menschen mit einem Pflegebedarf erfolgt vielfältig in der Häuslichkeit und wird von Familienangehörigen übernommen. Teilweise wird die Versorgung durch professionelle Dienstleistungen unterstützt oder in seltenen Fällen ganz übernommen (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 186f). Die Familienangehörigen, die die Versorgung in der Häuslichkeit unterstützen oder übernehmen, sind häufig erwachsene Kinder oder Ehepartner, wobei sich die zu pflegenden Personen mit einer psychischen oder physischen Pflegebedürftigkeit häufig in einem hohen oder sehr hohen Alter befinden (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 186f). Bei den Pflegepersonen handelt es sich häufiger um Frauen, die die informelle oder praktische Pflege übernehmen. Das Unterstützungspotential ist in den Jahren von 1996 bis 2014 bei sowohl den weiblichen als auch den männlichen Pflegepersonen und dabei vor allem bei Personen mit einem mittleren und hohem Bildungsniveau angestiegen (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 185ff.). Die Abbildung 5 stellt die Anzahl von Pflegepersonen nach Geschlecht und Bildungsstand von 1996 bis 2014 dar. Es ist eine antagonistische Entwicklung hinsichtlich des Forschungsstandes zur Übernahme durch Angehörigenpflege zu verzeichnen, was auf eine vermutlich größere Bereitschaft zur Übernahme der Pflege bei einem niedrigen Bildungsstand zurückzuführen ist, da hier zum einen eine schlechtere finanzielle Situation besteht und zum anderen die Einkommenseinbußen geringer ausfallen, wenn eine Pflegezeit- oder Familienpflegezeit in Anspruch genommen wird (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 186).

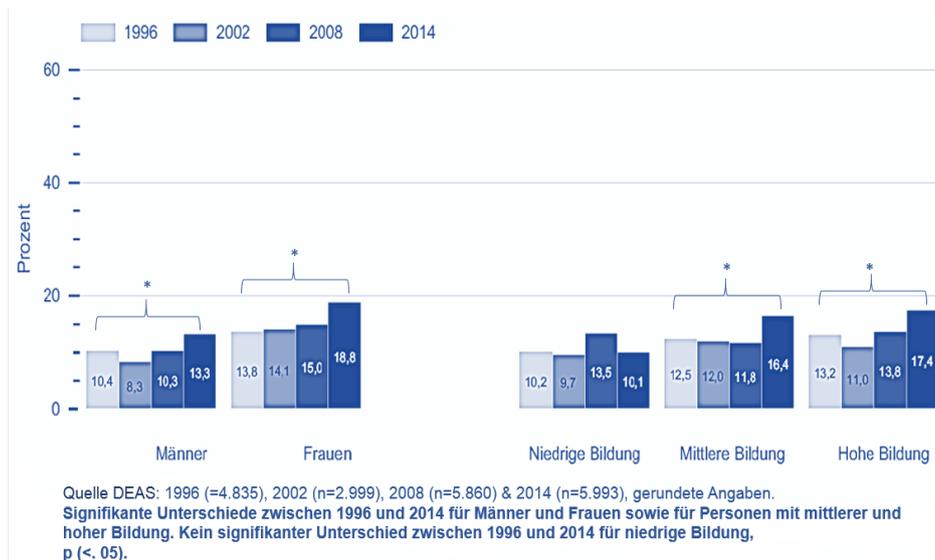


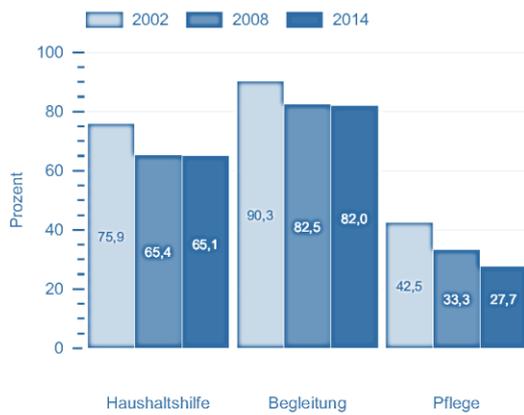
Abbildung 5: Anteile der Personen, die gesundheitlich eingeschränkte Personen unterstützen, nach Geschlecht und Bildung, in den Jahren 1996, 2002, 2008 & 2014 (in Prozent; entnommen aus Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 192).

Der Umfang der Pflegeleistungen in Stunden, die durch pflegende Angehörige pro Woche erbracht werden, hat sich im Verlauf der Jahre dennoch reduziert, was die Tabelle 1 veranschaulicht. Im Jahr 1996 wurden wöchentlich 19,8 Stunden für die Pflege aufgebracht, 2014 hat sich die Stundenanzahl pro Woche mit 10,7 Stunden fast halbiert. Dies ist laut der Autoren Klaus und Tesch-Römer (2017, S. 194) darauf zurückzuführen, dass die Pflegeaufgaben geteilt werden und die Anzahl der Personen, die mehr als einen Menschen pflegen angestiegen ist. Im Jahr 1991 haben 13,1% der pflegenden Angehörigen mehr als einen Pflegebedürftigen versorgt, im Jahr 2014 waren es 23,8%. So kann der Rückgang des Pflegeumfanges pro pflegenden Angehörigen erklärt werden (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 194). Gleichwertig gab es ebenfalls einen signifikanten Rückgang bei den Unterstützungsleistungen von 2002 auf 2014, wobei die Bereiche Hilfe im Haushalt, Begleitung und Pflegeaufgaben zu unterscheiden sind (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 194f.).

Tabelle 1: Unterstützungsumfang pflegender Angehöriger nach Alter und Geschlecht (modifiziert nach Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 194).

Wöchentlicher Unterstützungsumfang pflegender Angehöriger in Stunden				
Jahr	Alter	Männer	Frauen	Gesamt
1996	40-54 Jahre	10,0	14,6	12,9
	55-69 Jahre	27,2	20,2	23,3
	70-85 Jahre	24,3	27,9	26,9
	Gesamt	20,6	19,3	19,8
2002	40-54 Jahre	10,0	11,1	10,8
	55-69 Jahre	10,7	19,2	16,0
	70-85 Jahre	22,3	18,6	19,8
	Gesamt	12,0	15,3	14,2
2008	40-54 Jahre	6,6	10,9	9,2
	55-69 Jahre	9,3	13,4	11,8
	70-85 Jahre	19,7	15,0	16,9
	Gesamt	9,7	12,5	11,4
2014	40-54 Jahre	6,2	9,4	8,1
	55-69 Jahre	10,2	12,8	11,8
	70-85 Jahre	12,0	14,4	13,4
	Gesamt	9,1	11,8	10,7

Die Abbildung 6 visualisiert den Rückgang der Unterstützungsleistungen von 2002 auf 2014. Die Tätigkeiten, die im Rahmen der informellen Pflege ausgeführt werden, nehmen im Verlauf der Jahre an Komplexität ab. Im Jahr 2014 wurden die Hilfe im Haushalt zu 65,1% und die Begleitung zu 82% häufiger ausgeführt, als die reinen Pflegeaufgaben mit 27,7% (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 194).



Quelle: DEAS 2002 (n = 313), 2008 (n = 720), 2014 (n = 966), Mehrfachnennung möglich, gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Signifikante Unterschiede zwischen 2002 und 2014 für alle drei Arten der Unterstützung.

Abbildung 6: Häufigkeit verschiedener Arten der Unterstützung unter Personen, die Unterstützung leisten, in den Jahren 2002, 2008 & 2014 in Prozent (entnommen aus Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 194).

Der zeitliche Aufwand pro Pflegeaufgabe hat abgenommen, was durch eine steigende Inanspruchnahme von professionellen Pflegedienstleistungen erklärt werden könnte. Je höher der Pflegegrad, desto mehr Zeit wird für die Versorgung benötigt, da die Anforderungen vielseitig sind und häufig einen intensiven Zeit- und Energieaufwand bedeuten (Gutzmann, Zank & Tesch-Römer, 2005, S. 151f.). Die Aufgaben lassen sich in praktische Hilfestellungen, Hilfe bei der Körperhygiene und der medizinischen Versorgung sowie in organisatorische, koordinative (Arzt, Pflege, Therapie) und finanzielle und behördliche Angelegenheiten unterteilen. Der Kasten 1 stellt die typischen täglichen Aufgaben der Angehörigenpflege dar.

Kasten 1: Aufgabeeleistungen eines pflegenden Angehörigen (modifiziert nach Gutzmann, Zank & Tesch-Römer, 2005, S. 152).

- Körperpflege
- Toilettengänge
- Haushaltsführung
- Hilfestellungen bei der Mobilität
- Behandlungspflegerische Maßnahmen
- Gespräche, Spaziergänge, Spiele
- Nahrungszubereitung
- Aufrechterhaltung der Sozialkontakte
- Finanzielle Angelegenheiten
- Bürokratie
- Umfangreiche Beaufsichtigungen
- Entscheidungen treffen
- Emotionale Unterstützung
- Beaufsichtigung
- Umgang mit kognitiven Defiziten und Auffälligkeiten des Verhaltens

Aufgrund von kognitiven und affektiven Einschränkungen und Defiziten im Verhalten der pflegebedürftigen Person kann es bei den täglichen Pflegeaufgaben zu weiteren speziellen Anforderungen kommen, wobei eine emotionale Unterstützung ein wesentlicher und wichtiger Bestandteil der Pflege ist, welche zeitintensiv und emotional beanspruchend sind, aber für den Pflegebedürftigen durch Maßnahmen, wie z.B. Spaziergehen, empathische Gesprächsführung, trösten und beruhigen eine hohe Bedeutsamkeit aufweisen (Gutzmann et al., 2005, S. 152; M. Meyer, 2006, S. 22). Vor allem pflegende Angehörige, die einen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, wie z.B. Demenz, Schlaganfall, Schädel-Hirn Trauma oder Schizophrenie pflegen, weisen im Gegensatz zu einer chronischen Erkrankung häufig stärkere physische und psychische Belastungen auf (Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 5). Die Betreuungsanforderungen sind dabei meistens komplexer und zeitlich einnehmender und herausfordernder. Außerdem ist der Krankheitsverlauf unvorhersehbarer und öfter von Verlusten geprägt. Die Erkrankungen verlaufen meistens über mehrere Jahre hinweg und erfordern eine ganztägige Pflege und ständige Verfügbarkeit des pflegenden Angehörigen. Demzufolge werden die eigenen Bedürfnisse häufig sehr weit eingeschränkt.

1.3.2 Gründe für die Übernahme der Angehörigenpflege

Die Gründe für die Übernahme der Pflege von Angehörigen lassen sich in gesellschaftliche/volkswirtschaftliche, moralische/emotionale und finanzielle Gründe unterteilen. Häufig ist nicht ein Grund ausschlaggebend, dass die Pflege von Angehörigen übernommen wird, sondern die Entscheidung multifaktoriell bedingt. **Gesellschaftliche oder volkswirtschaftliche Gründe** für die Übernahme der Pflege durch Angehörige bestehen aufgrund der zunehmenden Versorgungskapazitäten pflegebedürftiger Menschen in Deutschland und dem möglichen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit sowie dem Familialismus (vgl. Kap. 1.4; Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 186). Die gesetzlichen Rahmenbedingungen beinhalten keine vollständige Übernahme der Pflege durch einen externen professionellen Pflegedienst, sodass diese als Ergänzung der Angehörigenpflege (§§ 3,4 SGB XI) in Form eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch genommen werden kann. Hinsichtlich des Grundsatzes der Sozialversicherung in Deutschland ist eine ambulante Pflege einer stationären Pflege vorzuziehen (§ 13 Abs. I SGB XII), womit sich die Pflegeversicherung lediglich als „Teilkostenversicherung“ versteht (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 18). Der Staat unterstützt, wenn die Pflege nicht durch Familienangehörige übernommen werden kann (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 186). Weiterhin wird die Privatisierung einer Pflegesituation durch einen ansteigenden Fachkräftemangel und ein geringeres Potential an Arbeitskraft im Bereich der Pflege verstärkt (Schmucker, 2020, S. 50). Die Anzahl der qualifizierten Fachkräfte im Bereich der Altenpflege sinkt und zeitgleich ist die Anzahl der

Menschen mit Pflegebedarf ansteigend (Büker, 2015, S. 16). Außerdem sind die Erwartungen an einer hochwertigen Versorgung von der pflegebedürftigen Person selbst sowie von Familienangehörigen oder Nachbarn bedeutend (Büker, 2015, S. 13; Schmucker, 2020, S. 50). Außerdem sind die Arbeitsbedingungen ausschlaggebend für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Pflegekräfte.

Die Übernahme der Pflege durch Angehörige erfolgt weiterhin häufig aus **emotionalen oder moralischen Gründen** der pflegebedürftigen Person gegenüber, das ist vor allem bei Kindern, die ihre Eltern pflegen oder bei einem zu pflegenden (Ehe)-partner kennzeichnend, wodurch außerdem die Motivation, die Pflege zu übernehmen, gefördert wird (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 187). Außerdem spielen Liebe und Zuneigung sowie ein verpflichtendes Gefühl gegenüber dem Angehörigen eine bedeutende Rolle (Büker, 2015, S. 13). Das Wetzstein et al. (2015, S. 3) stellt die Ergebnisse der EUROFAMCARE Studie für Deutschland dar, wobei deutlich wurde, dass der Hauptgrund für die Übernahme der Pflege in der emotionalen Bindung zwischen der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person besteht. Weiterhin kann die Pflegetätigkeit dabei als eine Ressource aufgefasst werden, da die Ergebnisse ergaben, dass 90% der Pflegepersonen bei der Ausübung ihrer Pflegetätigkeit wertgeschätzt werden und mit der Situation gut umgehen können, wodurch das Beziehungsverhältnis gestärkt werden kann.

Die Übernahme der Pflege eines Angehörigen hat häufig auch **ökonomische Gründe** zur Folge, da die Pflege in der Häuslichkeit kostengünstiger ist als die Versorgung in einem stationären Pflegeheim (Büker, 2015, S. 15). In der Studie der Continentale Krankenversicherung (2016, S. 8) gaben 64% der Befragten pflegenden Angehörigen an, dass sie die Pflege eines Angehörigen in einer stationären Pflegeeinrichtung nicht finanzieren können. Durch die gesetzlichen Maßnahmen wird die Pflege in der Häuslichkeit zwar unterstützt, dennoch ist eine ausschließliche Versorgung durch Fachpersonal in der Häuslichkeit für viele Familien finanziell nicht möglich (Löhe, 2016, S. 252). Weitere finanzielle Unterstützungsleistungen oder Hilfen bei der Betreuung von der Pflege- oder Rentenversicherung sind bei vielen pflegenden Angehörigen nicht bekannt (Wetzstein et al., 2015, S. 9). Bei diesen Angeboten sollten außerdem die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen mehr Berücksichtigung finden und die professionelle Unterstützung nicht ausschließlich auf die pflegebedürftige Person ausgerichtet sein, sodass Belastungen, die durch die Inanspruchnahme von professionellen Pflegedienstleistungen entstehen können, wie z.B. Veränderungen des Wohnraumes, reduziert werden können (Büker, 2015, S. 16f; Wetzstein et al., 2015, S. 9). Durch die Berücksichtigung der Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen kann das Potenzial sowie die Qualität der familiären Pflege erhalten und gefördert werden (Büker, 2015, S. 16f).

Kasten 2: Zusammenfassung - Pflege eines Angehörigen in Deutschland.

Zusammenfassend kann aus diesem Kapitel festgehalten werden, dass durch den demografischen Wandel die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland zunimmt. Laut dem Statistischen Bundesamt (2018) sind in Deutschland aktuell 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig, von denen im Dezember 2017 ca. drei Viertel (76 %) zu Hause versorgt wurden und davon wurden 51,7% im häuslichen Umfeld allein durch Angehörige gepflegt. Pflegende Angehörige stellen in Deutschland den größten Pflegedienst dar und sind zentrale Akteure bei der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. Dabei wird die Pflege überwiegend von Frauen und Menschen mit einem niedrigen Bildungsstand übernommen. Letzteres kann auf eine schlechtere finanzielle Situation zurückzuführen sein und da die Einkommenseinbußen bei einer Inanspruchnahme der Pflegezeit- oder Familienpflegezeit geringer ausfallen. Die Angehörigenpflege wird häufig aus gesellschaftlichen oder volkswirtschaftlichen, emotionalen oder moralischen und ökonomischen Gründen übernommen.

1.4 Die Pflege eines Angehörigen in Dänemark

In Dänemark fällt die Angehörigenpflege unter den Begriff des *optionalen Familialismus*. Die Familien können demnach frei wählen, ob sie die Pflege selbst übernehmen und dafür Unterstützung erhalten oder die Betreuung und Pflege an externe Dienstleister abgeben möchten (Adam & Mühling, 2014, S. 8). Demzufolge haben sie „*das Recht zu pflegen nicht gleichzeitig auch die Pflicht zu pflegen*“ (Leitner, 2013, S. 27; zitiert nach Adam & Mühling, 2014, S. 8). Dem optionalen Familialismus lassen sich außerdem die Länder Frankreich, Belgien, Dänemark, Finnland und Norwegen zuordnen.

Die unterstützenden Maßnahmen für pflegende Angehörige sind in Europa unterschiedlich angeordnet, was der optionale Familialismus eines Wohlfahrtsstaates verdeutlicht, in welchem Sinn Pflege als gesellschaftliche Aufgabe verstanden wird (Adam & Mühling, 2014, S. 9). Dabei liegt die Zuständigkeit der Pflegeaufgabe zu einem Teil im Gesundheitssektor und zum anderen im Bereich der Familie, dem sozialen Sektor oder im Arbeitsbereich. Weiterhin gibt es rechtliche Unterschiede bei staatlichen Dienstleistungsangeboten für pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen, wodurch sich regionale Unterschiede ergeben (Adam & Mühling, 2014, S. 9f). In Dänemark, wie auch in Schweden werden die Dienstleistungsangebote vom Staat umgesetzt, d.h. sie sind in Regulation und Planung zentral organisiert (Adam & Mühling, 2014, S. 9f). Dabei erfolgt eine Zusammenarbeit mit privaten Unternehmen und mit den pflegenden Angehörigen auf kommunaler Ebene. Pflegende Angehörige können zum einen durch die staatlichen Dienstleistungsangebote hinsichtlich der Pflege unterstützt werden und zum anderen finanzielle Unterstützung erhalten, sodass durch Arbeitsschutzregelungen eine Auszeit vom Beruf genommen werden kann (Adam & Mühling,

2014, S. 9f). In Dänemark können somit Familienangehörige für die Pflege eines Angehörigen von der Kommune angestellt werden (vgl. Schmid, 2014, S. 72; zitiert nach Adam & Mühling, 2014, S. 9f). Dabei wird im Rahmen des Arbeitsvertrages ein Gehalt an den pflegenden Angehörigen gezahlt und spezielle Fortbildungsmaßnahmen können in Anspruch genommen werden. Außerdem hat der Angehörige einen Anspruch auf Urlaub, wobei die Pflege in dieser Zeit vertretungsweise durch eine professionelle Fachkraft übernommen wird. In Dänemark gibt es viele ambulante Pflegedienste, sodass die Pflege durch Angehörige eher ergänzend und nicht vollständig stattfindet (Schmid, 2014, S. 72; zitiert nach Adam & Mühling, 2014, S. 9f.). Erwachsene Kinder erledigen dabei vor allem Unterstützungsleistungen, wie z.B. Tätigkeiten im Haushalt und Verwaltungsangelegenheiten für ihre Eltern. Die pflegerischen Aufgaben, wie z.B. die Körperpflege werden vermehrt von professionellen ambulanten Diensten übernommen (Adam & Mühling, 2014, S. 9f). Die nachfolgende Tabelle 2 zeigt die Unterschiede hinsichtlich der gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark im Überblick. Eine detaillierte Beschreibung der gesetzlichen Unterstützungsmaßnahmen erfolgt in Kapitel 1.8.2 und 1.8.3.

Tabelle 2: Übersicht über die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark (modifiziert nach Adam & Mühling, 2014, S. 14).

	Finanzierung		Freistellungsmöglichkeiten für Pflegepersonen		Merkmale des staatlichen Pflegesystems	
	staatlich	privat	bezahlt	unbezahlt	Anspruchsberechtigung	Fragmentierung
Deutschland	<p><i>Pflegegeld:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Maximal 75% der Pflegekosten • Abhängig von Pflegestufe und Art des Pflegearrangements 	<p><i>Privater Anteil der Pflegekosten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermögen bzw. Renten oder Pensionen des Pflegebedürftigen • Angehörige • Sozialhilfe bei Bedürftigkeit des zu Pflegenden und Angehörigen 	<p><i>Familienpflegezeit (kein gesetzlicher Anspruch):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung der Arbeitszeit • max. zwei Jahre • anschließend finanzieller Ausgleich durch reduzierte Gehaltszahlungen für den gleichen Zeitraum • zinsloses Darlehen für Gehaltszahlungen durch den Arbeitgeber <p><u>Sozialversicherung:</u> Bei privater Übernahme der Pflege von mehr als 14 Stunden pro Woche wird Unfall- und Rentenversicherung einbezahlt</p>	<p><i>Pflegezeit:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • gesetzlicher Anspruch auf kurzfristig zehn Tage bzw. bis zu sechs Monaten Freistellung pro Pflegefall 	<ul style="list-style-type: none"> • umlagefinanzierte bzw. private kapitalgedeckte Pflichtversicherung für Versicherte 	
Dänemark	<ul style="list-style-type: none"> • kostenfreie Hilfestellungen bzw. Pflege häuslich oder in Einrichtung • freie Wahl zwischen staatlichen und privaten, staatlich geprüften Anbietern • ab dem 75. Lebensjahr halbjährliche Besuche durch kommunale Prüfer, die individuellen Hilfs- oder Pflegebedarf feststellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterhaltskosten bei Heimunterbringung 	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige, die den Pflegebedürftigen pflegen wollen, werden max. sechs Monate von der Kommune beschäftigt • Angehörige, die einen Sterbenden begleiten wollen, werden unbefristet von der Kommune beschäftigt und mit dem 1,5fachen des Krankengelds des Sterbenden entlohnt 		<ul style="list-style-type: none"> • steuerfinanziert für alle Hilfsbedürftigen 	<ul style="list-style-type: none"> • staatlich reguliert und auf Kommunalebene umgesetzt

Die allgemeine finanzielle Verantwortlichkeit der Familie für die Pflege von pflegebedürftigen Personen wird in den europäischen Ländern eher gering eingeschätzt (Adam & Mühling, 2014, S. 19). In Dänemark, den Niederlanden und in Schweden ist hauptsächlich der Staat für die finanzielle Sicherung von Pflegebedürftigen zuständig, wobei in Österreich, Frankreich, der Schweiz, Italien, Deutschland, Tschechien und Polen die Zuständigkeit geteilt beim Staat und der Kommune liegt. Die pflegenden Angehörigen, die neben der Angehörigenpflege eine Berufstätigkeit ausüben, lassen sich nach KMD (2018, S. 16) in vier verschiedene Gruppen unterteilen, die nachfolgend aufgelistet werden:

1. **Angehörige von älteren Menschen:** Dabei handelt es sich meistens um erwachsene Kinder über 50 Jahren, die ihre Eltern in der Häuslichkeit unterstützen. Das macht die größte Gruppe von pflegenden Angehörigen aus. Sie übernehmen eher einfachere Pflegeaufgaben, wie z.B. Haushaltsaufgaben oder die Begleitung und den Transport bei Arztbesuchen.
2. **Angehörige von Ehepartnern:** Diese Gruppe von pflegenden Angehörigen leisten zeitlich den größten Pflegeumfang mit durchschnittlich über 7 Stunden pro Woche und erfüllen auch schwere Pflegetätigkeiten, wie z.B. Körperpflege.
3. **Angehörige von Kindern:** Dabei handelt es sich um Eltern, die ihre Kinder (unter 20 Jahren) pflegen.
4. **Angehörige von Freunden, Nachbarn (nicht familiär):** Eine große Gruppe, die unterschiedlich viel Zeit für die Pflege aufwendet und die häufig eine kürzere zeitliche Periode umfasst, als bei der familiären Pflege.

1.4.1 Versorgungssituation bei Pflegebedürftigkeit

Aufgrund des demografischen Wandels steigt der Bedarf an der Versorgung von pflegebedürftigen Personen in Dänemark (Kirk, 2019, S. 2). Die Ausgaben aufgrund des demografischen Wandels wurden von dem dänischen Finanzministerium in den Jahren von 2018 bis 2025 auf 23,5 Milliarden Kronen berechnet, wovon 8,2 Milliarden Kronen dem Gesundheitswesen für individuelle Leistungen zugeordnet wurden (Kirk, 2019, S. 2). Dabei wird der Großteil der Gesundheitsausgaben von den Regionen getragen. Die Kosten für Pflegeheime, die normalerweise Teil des gesamten Gesundheitssystems sind, werden jedoch von den einzelnen Kommunen getragen. Aufgrund des demografischen Wandels und der älter werdenden Bevölkerung sind auch die Kosten für die Pflege pro Person mit ansteigendem Alter höher (Kirk, 2019, S. 3f). Die Anzahl der Menschen über 80 Jahren wird von 2018 bis 2025 voraussichtlich um 87.000 Menschen zunehmen. Insgesamt 13,9 Milliarden Kronen entsprechend 70 Prozent werden auf die demografische Entwicklung zurückgeführt. Es können 7 Milliarden Kronen der über 80-Jährigen für den Bereich Pflege und 5,5 Milliarden Kronen dem Gesundheitswesen zugeordnet werden, insgesamt 12,5 Milliarden Kronen. Dabei beträgt die Höhe der Ausgaben aus diesen beiden Bereichen 66 und 85% für über 80-Jährige Personen.

Die private Pflegebranche in Dänemark ist seit den Jahren 2009-2010 in der Umsetzung der Pflegeleistungen, aber auch im Bereich Personal ebenfalls gewachsen (Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018). Vor allem in den Bereichen stationäre Pflege und in der Häuslichkeit konnte die Anzahl der Beschäftigten mehr als verdoppelt werden. Im Jahr 2017 waren in den privaten Pflegeeinrichtungen 7.000 Menschen Vollzeit beschäftigt, wovon 2/3 für die ambulante Pflege und 1/3 für die stationäre Pflege zuständig waren (Dansk Sundhed og

Velfærd - DI Service, 2018, S. 1). Dies ist besonders hervorzuheben, da die Inanspruchnahme von privaten Pflegedienstleistungen in Dänemark aufgrund der kommunalen Regelungen vorher eher niedrig war. Die Abbildung 7 zeigt den Anstieg der in der privaten Pflege beschäftigten Personen im Verlauf von 2008 bis 2017. Dabei wird der Anstieg der in der Pflege- und Fürsorgebranche Beschäftigten im Verlauf von 2008 bis 2017 im Vergleich zu anderen Dienstleistungssektoren und Berufen deutlich.

Die Beschäftigung in der privaten Pflege nimmt weiter zu

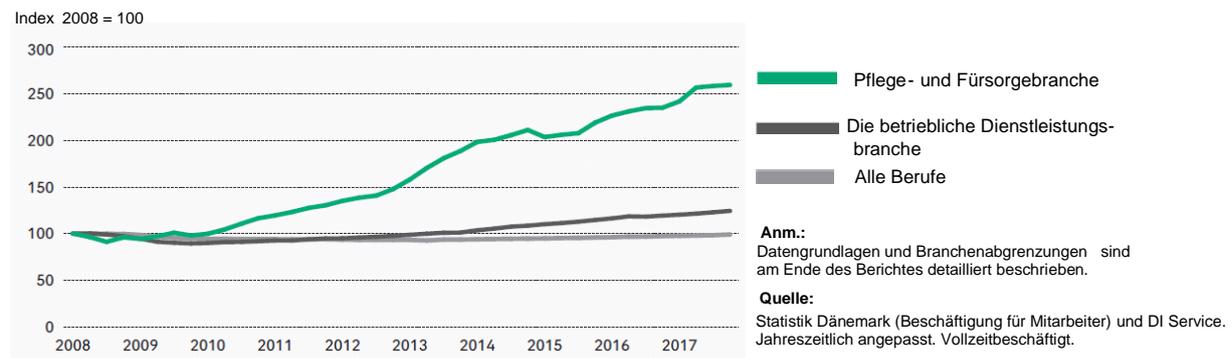


Abbildung 7: Beschäftigung im privaten Pflegesektor in Dänemark in den Jahren von 2008 bis 2017 (modifiziert nach Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018, S. 5).

Diesbezüglich wurden auch mehr Leistungen des privaten Pflegesektors in Anspruch genommen, was in der Tabelle 3 dargestellt wird. Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die Aufwendungen für die privaten Pflegeleistungen in den Jahren von 2009 bis 2017 um 120,5% angestiegen sind. Im Jahr 2009 betragen die Umsatzen noch 0,8 Milliarden Kronen, während es im Jahr 2017 auf 1,7 Milliarden Kronen angestiegen ist. Mit dem Bericht der Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service (2018, S. 4ff.) soll ein Überblick über die Umsetzung, der Beschäftigung und des ökonomischen Gesundheitszustandes privater Pflegeeinrichtungen repräsentiert werden. Zentrale Ergebnisse waren hierbei, dass 60% der älteren Bürger der Meinung sind, dass es wichtig ist, die freie Wahl zwischen privaten oder kommunalen Pflegedienstleistungen zu haben, aber leider nur 60% darüber Bescheid wissen, dass die Möglichkeit zur freien Wahl besteht. Die Einführung der freien Wahl des Pflegeanbieters im Jahr 2003 war demnach ein großer Erfolg, was auch die Daten der *Dänischen Statistik* zeigen, denn die Aufwendungen für persönliche und praktische Pflege sind im Zeitraum von 2009 bis 2016 um 6,2% angestiegen (Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018, S. 4). Trotz des Wachstums stellen die kommunalen Pflegedienstleistungen mit 85% der erbrachten Leistungen nahezu ein Monopol dar, vor allem bei Tätigkeiten der personellen Pflege erbringt die Kommune fast 90% der Leistungen.

Tabelle 3: Umsetzungen der Pflegebranche in Milliarden Kronen von 2009 bis 2017 (modifiziert nach Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018, S. 5).

Umsetzungen der Pflegebranche in Milliarden Kronen										
Jahr	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Anstieg 2009-2017 (%)
DKK	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,5	1,6	1,6	1,7	120,5

Zur Versorgungssituation von pflegebedürftigen Personen durch pflegende Angehörige können Aussagen von unterschiedlichen Untersuchungen herangezogen werden. Eine Untersuchung des Trygfonden und Dansk Selskab for Patientsikkerhed [DEFACTUM] (2016, S. 9) hat mittels eines telefonischen Fragebogens die Erfahrungen von Angehörigen aus den letzten Jahren erhoben. Die Probanden wurden zufällig ausgewählt, waren über 18 Jahre alt und wohnhaft in Dänemark. Es wurden N=402 pflegende Angehörige telefonisch befragt. Fast 40% der Angehörigen waren verheiratet oder lebten mit der zu pflegenden Person in einem Haushalt, wobei 20% Kinder und 11% Eltern der zu pflegenden Angehörigen waren, bei 80% handelte es sich um die engsten Familienangehörigen (Trygfonden & DEFACTUM, 2016, S. 10). Eine Untersuchung zur Einbindung der Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen der Bedre Psykiatri - landsforening for pårørende (2018, S. 1) mit 1.100 Probanden hat ergeben, dass eine Einbindung der Angehörigen in den Behandlungsprozess sich positiv auf den Gesundheitszustand der erkrankten Person auswirkt. Weiterhin konnte herausgefunden werden, dass ca. 2 von 3 Angehörigen nicht ausreichend in den Behandlungsprozess eingebunden werden und ca. 3 von 4 Angehörigen bekommen keine ausreichenden Informationen, wie sie die zu pflegende Person im Alltag unterstützen können.

In einer weiteren Untersuchung der Danmarks Statistik und Ældresagen (2015, S. 5) wurden erwerbstätige Kinder im Alter von 18 bis 65 Jahren, die ihre Eltern pflegen und über 64 Jahre alt sind, befragt. Es wurden 2004 Personen aus der angenommenen Bevölkerung von 76.000 pflegenden Kindern zufällig ausgewählt. Dabei gaben 83% der befragten Personen an, dass sie ein Familienmitglied im Haushalt unterstützen. Dies gilt im Allgemeinen für Personen aus ländlichen und städtischen Regionen, Männer und Frauen und Personen mit höherem Einkommen und niedrigerem Einkommen. Es pflegen mehr Kinder ihre Eltern, die ein niedrigeres Einkommen haben und die älter als 50 Jahre sind. Die meisten pflegenden Angehörigen unterstützen ihre Eltern jede Woche, 23% täglich oder fast täglich, 45% 1-2-mal pro Woche und 32% unterstützen nicht wöchentlich. Frauen pflegen dabei häufiger und mehr Stunden als Männer. Die Personen, die häufiger und länger pflegen, unterstützen ihre Eltern in einem größeren Umfang und erledigen mehr Aufgaben hinsichtlich Transport, Hausarbeit, Arzttermine, Kontakt mit der Kommune und Behörden, soziale Veranstaltungen, Körperpflege,

Anziehen, Hilfe beim Essen und auf die zu pflegende Person aufzupassen etc. (Danmarks Statistik & Ældresagen, 2015, S. 5).

Die Vereinigung der Danske Patienter (2019b, S. 2ff.) fasst die Daten der Versorgungssituation von pflegenden Angehörigen mittels der Daten von verschiedenen dänischen Institutionen zusammen. Hinsichtlich der allgemeinen Situation von pflegenden Angehörigen erleben 80% die Pflegerolle als negativ für ihre eigene Gesundheit (Alzheimerforeningen, 2018). Es fühlen sich 61% der Angehörigen psychisch belastet (Bedre psykiatri, 2018) und 20% haben einen schlechten Gesundheitszustand (Kræftens Bekæmpelse, 2017). Insgesamt fühlen sich 65% der pflegenden Angehörigen belastet und sind dauerhaft müde (Ulykkespatientforeningen, 2017). Hinsichtlich des Gesundheitszustandes fühlt sich jeder vierte durch pflegebezogene Belastungen beeinträchtigt (Scleroseforeningen, 2017). Jeder zweite Angehörige fühlt sich emotional belastet (Diabetesforeningen, 2018) und jeder dritte Angehörige erfüllt die Kriterien für den Nachweis von posttraumatischem Stress (Bedre Psykiatri, 2014). Hinsichtlich der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen reduzieren 21% ihre Arbeitszeit und 7% geben ihre Erwerbstätigkeit auf (Diabetesforeningen, 2016). Insgesamt verlassen 25% den Arbeitsmarkt vorzeitig (Alzheimerforeningen, 2018) und 30% haben ein höheres Risiko als 30-Jähriger in den vorzeitigen Ruhestand zu gehen, was auf Angehörige zutrifft, die einen an Sklerose erkrankten Elternteil pflegen (Ph.D. Rigshospitalet, 2017). Es erleben 39% der pflegenden Angehörigen negative Konsequenzen aufgrund der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Ulykkespatientforeningen, 2017). In Bezug auf die Einbindung von pflegenden Angehörigen in den Behandlungsprozess sowie zu Unterstützungsangeboten empfinden 40% der Angehörigen, dass sie hinsichtlich der Angehörigenrolle keine Informationen vom Gesundheitssystem bekommen (Epilepsiforeningen, 2018) und 85% haben nicht das Gefühl, dass sie ausreichend Hilfe erhalten, mit der Situation als Angehöriger umzugehen (Bedre Psykiatri, 2018). Es haben 51% das Gefühl, dass das Gesundheitspersonal nur selten Interesse daran zeigt, wie es ihnen geht (Kræftens Bekæmpelse, 2017). Von 17% der pflegenden Angehörigen wurden psychische Unterstützungsangebote in Anspruch genommen, obwohl 37% einen Bedarf dafür aufweisen, d.h., dass jeder fünfte nicht das notwendige Angebot erhält, was benötigt wird (Hjerteforeningen, 2014). Zwei von drei Angehörigen fühlen sich für die Rolle als Angehöriger nicht geeignet (Nyreforeningen, 2017). Jeder dritte Patient hat nicht das Gefühl, dass der Angehörige ausreichend in den Behandlungsprozess eingebunden wird (Scleroseforeningen, 2017). Die Untersuchung der Bedre Psykiatri - landsforening for pårørende (2018, 1f) hat diesbezüglich ergeben, dass die Schweigepflicht von 55% der pflegenden Angehörigen als Barriere angesehen wird, in den Behandlungsprozess der erkrankten Person eingebunden zu werden und 43% erleben, dass das Personal die Regeln der Schweigepflicht zu streng verwaltet.

1.4.2 Gründe für die Übernahme der Angehörigenpflege

Die Gründe für die Übernahme der Pflege resultieren laut der KMD (2018, S. 17) zu 69% aus einem Pflichtbewusstsein gegenüber der pflegebedürftigen Person, wobei 57% vollkommen oder teilweise zustimmen, dass sie eine Pflicht haben, ihren Angehörigen zu unterstützen, da die externen Unterstützungsleistungen nicht ausreichend sind. Es stimmten 61% der pflegenden Angehörigen vollkommen und teilweise zu, dass sie bei Behördenaufgaben helfen müssen, um die rechtliche Unterstützung der Pflegeperson zu gewährleisten. Der überwiegende Anteil der pflegenden Angehörigen ist der Meinung, dass ihre Unterstützungsleistungen notwendig sind (KMD, 2018, S. 17). Die nachfolgende Abbildung 8 stellt die Gründe für die Übernahme der Pflege übersichtlich dar. Die meisten pflegenden Angehörigen stimmen ganz oder teilweise zu, dass sie sich verpflichtet fühlen, die Pflege zu übernehmen (69%), behördliche Angelegenheiten hinsichtlich der Unterstützungsleistungen zu übernehmen (61%), einen Mehrwert durch die Pflege haben (69%) und die Pflege übernehmen, da die Unterstützungsleistungen des öffentlichen Sektors nicht ausreichend sind (57%). Eine weitere Untersuchung der Danske Patienter und Trygfonden (2016, S. 6) ergab, dass die Motivation der Angehörigen für die Übernahme der Pflege darin besteht, für die erkrankte Person da zu sein, beim Krankheitsverlauf zu unterstützen, aber auch sicherzustellen, dass die erkrankte Person die richtige und bedürfnisgerechte Behandlung des Gesundheitssystems bekommt. Weiterhin wurde im Rahmen dieser Untersuchung durch qualitative Interviews herausgefunden, dass die Pflegesituationen sehr unterschiedlich sind und dass die Angehörigen, die über eine lange Zeit die Pflege übernehmen, ein stärker definiertes Rollenverständnis über ihr Alltagsleben haben als Angehörige, die erst seit einer kurzen Zeit pflegen oder kürzlich einen Behandlungsverlauf gut überstanden haben.

Wieso pflegen die Angehörigen?

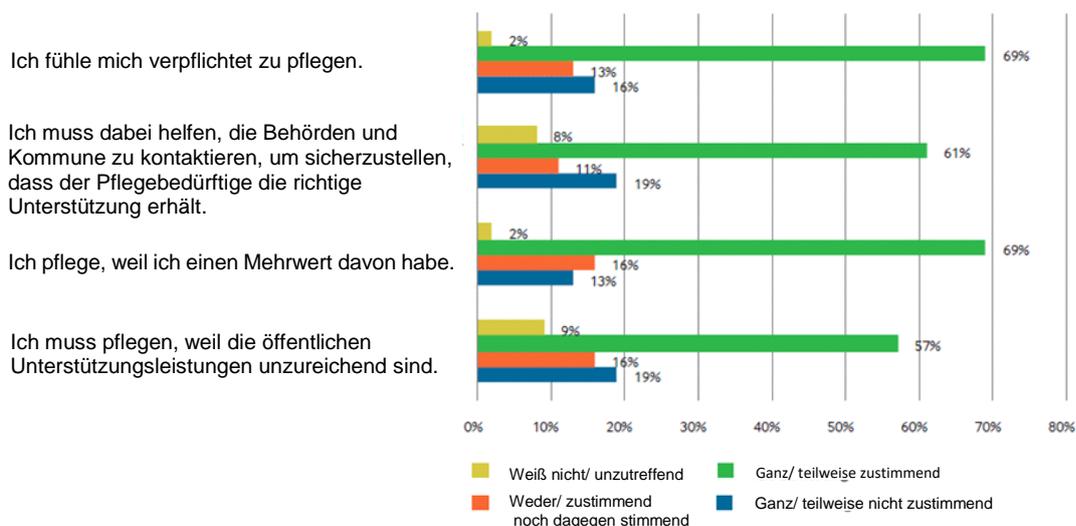


Abbildung 8: Gründe für die Übernahme von Angehörigenpflege (entnommen aus KMD, 2018, S. 17).

Kasten 3: Zusammenfassung - Pflege eines Angehörigen in Dänemark.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Pflege von Angehörigen in Dänemark unter den Begriff des *optionalen Familialismus* fällt und bedeutet, dass das Recht zu pflegen besteht, aber nicht die Pflicht die Pflege zu übernehmen. In Dänemark wird die Anzahl der Menschen über 80 Jahren im Verlauf von 2018 bis 2025 voraussichtlich um 87.000 Menschen zunehmen, wobei auch die Anzahl von Pflegebedürftigen zunimmt und mehr Menschen die Pflege eines Angehörigen übernehmen werden und einen wichtigen Teil der gesundheitlichen Versorgung einnehmen. Gründe für die Übernahme der Pflege resultieren häufig aus einem Pflichtbewusstsein gegenüber der pflegebedürftigen Person oder weil die Angehörigen der Meinung sind, dass die externen Unterstützungsleistungen nicht ausreichen und ihre Unterstützungsleistungen notwendig sind.

1.5 Der Stressprozess bei erwerbstätigen pflegenden Angehörigen

Die vielfältigen und umfangreichen Aufgaben der Angehörigenpflege können das Auftreten von Stress begünstigen und verstärken. Der Begriff Stress wird in der Wissenschaft je nach Forschungsgebiet unterschiedlich definiert (Faltermaier, 2017, S. 87). Die Entwicklung von interaktionistischen Stressdefinitionen versteht die Entstehung von Stress aus einem Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen der Umgebung und den Reaktionskapazitäten einer Person, die eine Vielzahl kognitiver, affektiver und bewältigungsbezogener Variablen beinhaltet. Der amerikanische Psychologe Richard S. Lazarus entwickelte demzufolge die transaktionale Stresstheorie, die sich wie folgt definiert: „*Stress als Ereignis, in dem äußere oder innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeit eines Individuums (oder sozialen Systems) oder eines organischen Systems beanspruchen oder übersteigen*“ (Lazarus & Launier, 1981, S. 226). Dabei sind zwei wesentliche Konstrukte kennzeichnend, zum einen die subjektive Bewertung einer Situation bei der Transaktion zwischen Person und Umwelt und zum anderen das Konzept der Bewältigung (*coping*). Die Belastungen werden dabei als situationsspezifische, mehrdimensionale Konstrukte verstanden, bei denen die objektive und subjektive Einschätzung eine zentrale Rolle spielt (Gutzmann et al., 2005, S. 158). Psychosozialer Stress stellt einen der bedeutsamsten krankheitsauslösenden, -verursachenden und -verstärkenden Faktoren dar, wobei die Art und Weise, wie Menschen den Stress bewerten und bewältigen für die Gesundheit bedeutender ist, als die Dauer und Intensität des Stressors (Kaluza & Renneberg, 2009, S. 265ff.).

Die Entstehung von Stress bei erwerbstätigen pflegenden Angehörigen kann noch angemessener anhand der soziologischen Stresstheorie von Leonard I. Pearlin (1983) beschrieben werden. Die soziologische Stresstheorie betrachtet bei der Entstehung von Stress die sozialkulturellen und gesellschaftlichen Hintergründe von Belastungssituationen, die z.B.

durch den Beruf, das Alter oder das Geschlecht entstehen können sowie Dauerbelastungen in sozialen Rollen, wie z.B. Pflege, Beruf, Ehe (Faltermajer, 2017, S. 100ff.). Außerdem bezieht die Theorie lebensverändernde Ereignisse sowie personale und soziale Ressourcen zur Bewältigung von auftretenden Belastungen mit ein. Faltermajer (2017, S. 100ff.) beschreibt als Auslöser für den Stressprozess soziale Bedingungen, wie Lebensereignisse und chronische Rollenbelastungen, wobei zwei zentrale Mediatoren (soziale Unterstützung, Bewältigungsverhalten) Einfluss auf die Auswirkungen des Stressprozesses nehmen. Anschließend wird der erlebte Stress durch Manifestationen mittels Gefühlen, beobachtbarem Verhalten, körperlichen und psychischen Symptomen sichtbar (Faltermajer, 2017, S. 101). Pearlin fokussiert in seiner Theorie als zentrale Quelle von Stress die chronischen Dauerbelastungen in sozialen Rollen, die Herausforderungen, Konflikte und Probleme von Menschen in normalen sozialen Beziehungen (Pearlin, 1983, S. 8). Der nachfolgende Kasten 4 stellt die unterschiedlichen Arten der Rollenbelastungen nach Pearlin übersichtlich dar.

Kasten 4: Sechs Arten von Rollenbelastungen (role strains) nach Pearlin (entnommen aus Faltermajer, 2017, S. 101).

Sechs Arten von Rollenbelastungen (role strains) nach Pearlin:

1. Belastungen, die sich auf Aufgaben beziehen, die in einer Rolle erfüllt werden müssen.
2. Belastungen, die sich aus interpersonellen Konflikten innerhalb einer Rolle ergeben.
3. Belastungen und interpersonelle Konflikte, die sich aus multiplen sozialen Rollen ergeben.
4. Belastungen durch eine Rolle, die unerwünscht ist und in die man sich hineingezwungen fühlt.
5. Belastungen durch den Verlust oder den Zugewinn von sozialen Rollen.
6. Belastungen, die sich aus der Umstrukturierung einer sozialen Rolle ergeben.

Pearlin, Mullan, Semple und Skaff (1990) entwickelten die soziologische Stresstheorie weiter und passten diese auf die Situation von pflegenden Angehörigen an, wobei verschiedene primäre und sekundäre Stressoren sich auf den Gesundheitszustand auswirken. Dabei haben vor allem die Kontextvariablen einen bedeutenden Einfluss auf den Stressprozess: *„These characteristics signify where people stand within stratified orders having unequal distributions of rewards, privileges, opportunities, and responsibilities“* (Pearlin et al., 1990, S. 585). Unter Kontextvariablen wird der Einfluss auf die Art und Intensität von Stressoren verstanden sowie die zur Verfügung stehenden persönlichen und sozialen Ressourcen zum Umgang mit den Stressoren. Kontextvariablen umfassen somit den sozialen und materiellen Hintergrund einer Person, die soziodemographischen Merkmale sowie die Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen und dem Pflegenden vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit (Gutzmann et al., 2005, S. 159). Das soziale Netzwerk einer Person sowie Unterstützungs- und Entlastungsmaßnahmen für pflegende Angehörige stellen Ressourcen dar (Pearlin et al., 1990, S. 585). Die direkten Anforderungen und Aufgaben der täglichen Pflege, wie z.B. Körperpflege, Umgang mit

emotionalen Belastungen oder Verhaltensproblemen etc. gelten als primäre Stressoren (Aneshensel, Pearlin & Schuler, 1993, S. 53), wobei das Krankheitsbild und der Grad der Pflegebedürftigkeit die Schwere und den Umfang der primären Stressoren beeinflussen (Pearlin et al., 1990, S. 587). Weiterhin wird die Entstehung von Stress durch die Veränderung der sozialen Rollen durch die Pflegesituation mitbestimmt (Pearlin et al., 1990, S. 584). Wenn sich die primären Stressoren auf andere Lebensbereiche, wie z.B. den Beruf, die Freizeit oder soziale Beziehungen auswirken, entwickeln sich daraus sekundäre Stressoren, die durch die Schwere und Dauer der primären Stressoren bestimmt werden. Sekundäre Stressoren sind demnach Rollenbelastungen sowie intrapsychische Belastungen und umfassen alle familiären Konflikte, die Einschränkung von sozialen Beziehungen und Freizeitaktivitäten sowie Konflikte mit Pflegefachkräften (Aneshensel et al., 1993, S. 55; Pearlin et al., 1990, S. 588). Aus den Einschränkungen in verschiedenen Bereichen des Lebens kann eine Verringerung des Selbstkonzeptes resultieren und zu einer höheren Stressanfälligkeit und depressiven Symptomen führen, wobei diesem durch einen Wissenszuwachs und Aneignung neuer Kompetenzen im Bereich der Pflege entgegengewirkt werden kann (Pearlin et al., 1990, S. 588f). Vor allem die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf mit den vielen Doppelbelastungen kann zu Belastungen führen (Pearlin et al., 1990, S. 588).

Außerdem können sekundäre Stressoren durch finanzielle Probleme entstehen, da die Pflege sehr kostenintensiv ist und bei Inanspruchnahme einer Freistellung von der Arbeit in Deutschland sowie in Dänemark finanzielle Einbußen entstehen. Bei den primären sowie bei den sekundären Stressoren ist die subjektive Einschätzung der Situation des pflegenden Angehörigen bedeutsam. Dabei ist die Einschätzung der gesamten Situation oder einzelner Aspekte, die mit der Pflege einhergehen und der zur Verfügung stehenden Ressourcen gemeint. Das Vorhandensein von Ressourcen spielt für die Bewältigung der auftretenden Stressoren eine wichtige Rolle und ist ein entscheidender Prädiktor für die Stabilität der Pflegesituation und beeinflusst so den Stressprozess (Gutzmann et al., 2005, S: 159f). Die individuellen Bewältigungsstrategien (coping) sowie das Vorhandensein und die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung (social support) sind wichtige Mediatoren für den Stressprozess bei pflegenden Angehörigen, denn diese können die Intensität des Stressors verringern und die Entstehung von weiteren sekundären Stressoren vorbeugen (Gutzmann et al., 2005, S. 159).

Im Anschluss an den Stressprozess findet eine Manifestation in Form von Gefühlen oder beobachtbarem Verhalten statt, wobei primäre Stressoren vor allem Emotionen, wie z.B. Überforderung, Angst, Aggressionen und Trauer auslösen und sekundäre Stressoren Gefühle

wie z.B. Ausweglosigkeit, Schuld- und Versagensgefühle oder Identitätskrisen verursachen können (Gutzmann et al., 2005, S. 159).

Die Abbildung 9 stellt das Stressprozessmodell modifiziert nach Pearlin et al. (1990) übersichtlich dar. Dabei wird das Zusammenwirken des Pflegekontextes hinsichtlich der unterschiedlichen Arten von Stressoren (objektiv und subjektiv) zu unterschiedlichen individuellen sozialen, personellen, körperlichen oder psychischen Belastungen führen und der vorhandenen Ressourcen deutlich.

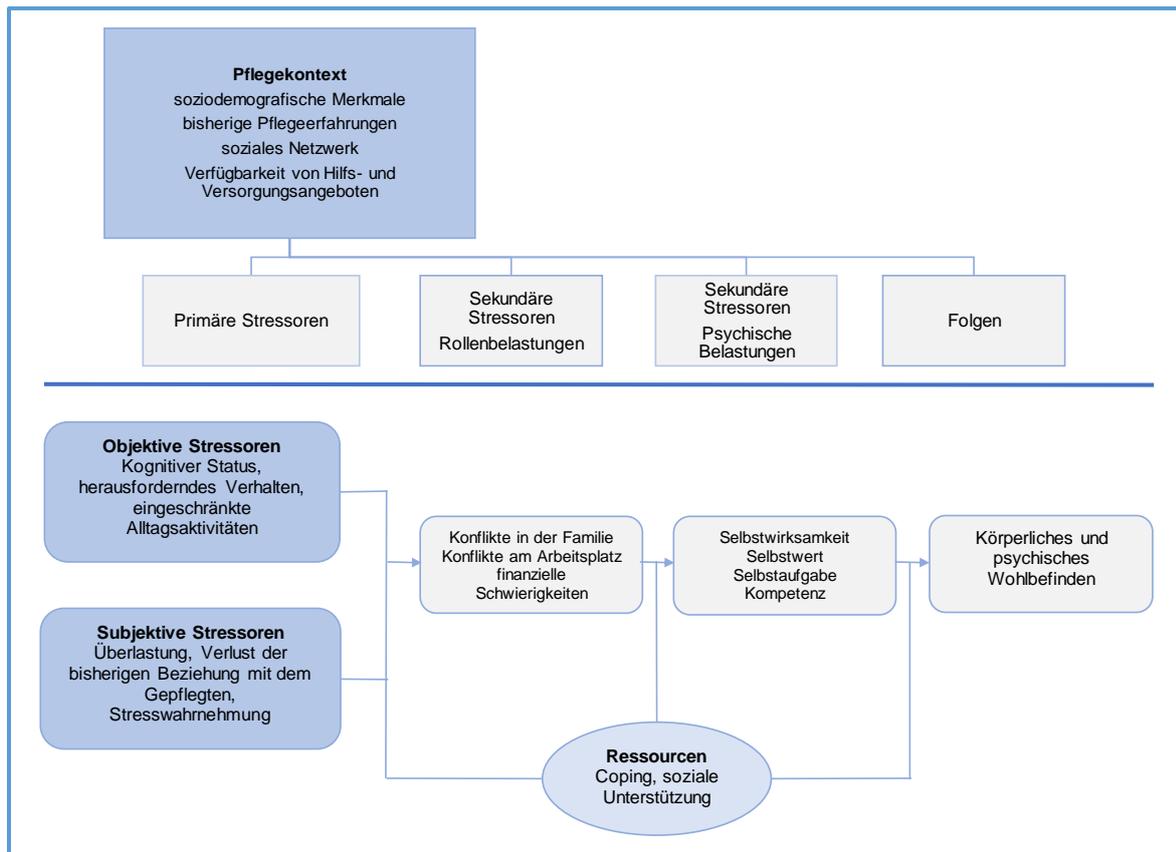


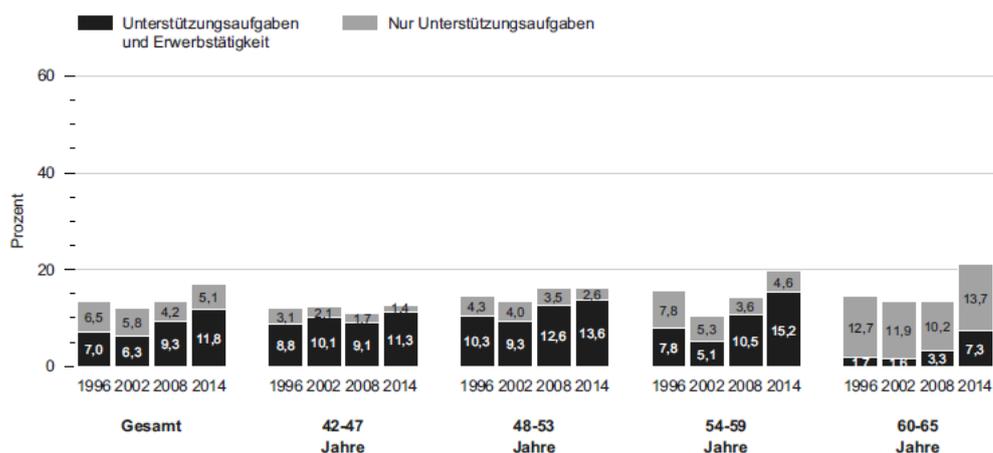
Abbildung 9: Stressprozessmodell (modifiziert nach Pearlin et al., 1990; zitiert nach Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 16).

Kasten 5: Zusammenfassung - Der Stressprozess bei erwerbstätigen pflegenden Angehörigen.

Zusammenfassend ist der Stressprozess kein einheitliches Ereignis, sondern entsprechend der individuellen Einschätzung und Voraussetzungen eines jeden Individuums zu betrachten. Pearlin et al. (1990, S. 591) präzisieren: „It is useful to think of caregiver stress not as an event or as a unitary phenomenon. It is, instead, a mix of circumstances, experiences, responses, and resources that vary considerably among caregivers and that, consequently, vary in their impact on caregivers' health and behavior. The mix is not stable, a change in one of its components can result in the change of others“.

1.6 Erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland

Wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben, geht die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit verschiedenen Herausforderungen und Belastungen einher, die aus dem ansteigenden Pflegebedarf in der Gesellschaft und gleichzeitig dem bestehenden Fachkräftemangel in der Versorgung resultieren. Weiterhin nimmt das Potenzial für die häusliche Pflege in den Familien aufgrund von zunehmender Kinderlosigkeit, Wohnortentfernung sowie Instabilität von Partnerschaften ab. Die Veränderungen in den familiären Strukturen und der Anstieg der Erwerbstätigkeit stellen eine Herausforderung für die Übernahme von informeller Pflege innerhalb von Familien dar (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 186 f.). Die Abbildung 10 visualisiert den Anteil der Personen im Alter zwischen 40 und 65 Jahren in Deutschland, die neben der Erwerbstätigkeit informelle Unterstützung leisten im Verlauf von 1996 bis 2014. Die informelle Unterstützung von pflegebedürftigen Personen ist von 7% auf 11,8% signifikant angestiegen. Gleichzeitig ist der Anteil der Personen, die ausschließlich Unterstützung leisten von 6,5% (1996) auf 5,1% (2014) leicht gesunken. Zudem verdeutlicht die Abbildung 10, dass vor allem bei Personen im mittleren Erwachsenenalter die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf am häufigsten vorkommt. In der Altersgruppe der 48 bis 53-Jährigen sind dies 13,6% und die Altersgruppe der 54 bis 59-Jährigen verzeichnet mit 15,2% den höchsten Anteil bei der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Dies kann auf einen vermehrt einsetzenden Unterstützungsbedarf bei den Eltern zu verzeichnen sein (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 196).



Quelle: DEAS 1996 (n = 3.132), 2002 (n = 1.834), 2008 (n = 3.480), 2014 (n = 3.526), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < .05$).

Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 für die gesamte Stichprobe, sowie für alle Altersgruppen.

Abbildung 10: Erwerbstätigkeit und Unterstützung von Personen zwischen 40 und 65 Jahren, gesamt und nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 & 2014 (in Prozent; entnommen aus Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 196).

Die Abbildung 11 visualisiert den Anteil der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen im Alter von 40 bis 65 Jahren in Abhängigkeit vom Geschlecht. Im Jahr 1996 war der Anteil von Frauen und Männern im erwerbsfähigen Alter, die neben der Erwerbstätigkeit einen Angehörigen pflegen relativ gleich (6,9% und 7,2%). Im Verlauf bis zum Jahr 2014 hat sich der Anteil bei den Frauen auf 13,9% und bei den Männern auf 9,6% erhöht. Die Anteile sind über den zeitlichen Verlauf bei beiden Geschlechtern signifikant angestiegen, bei den Frauen konnte eine Verdopplung von 6,9% (1996) auf 13,9% (2014) festgestellt werden.

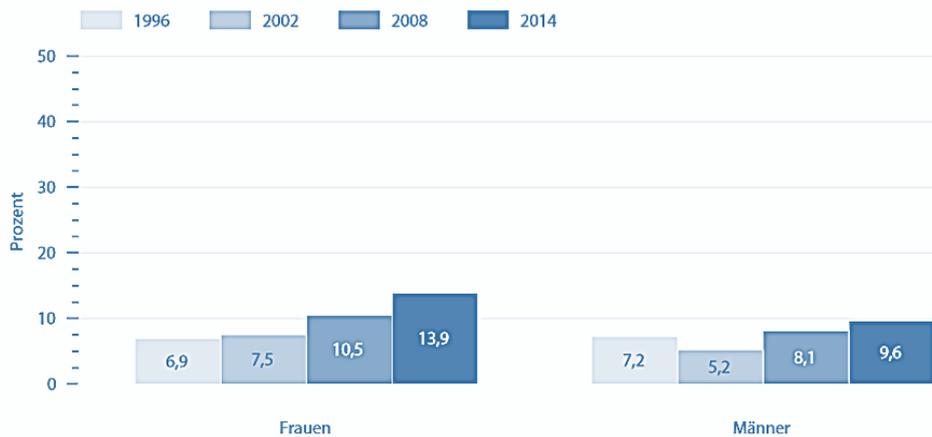


Abbildung 11: Erwerbstätigkeit und Unterstützung von Personen zwischen 40 und 65 Jahren, nach Geschlecht, in den Jahren 1996, 2002, 2008 & 2014 (entnommen aus Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 197).

Die Pflege von Angehörigen wird zunehmend von Frauen übernommen, sodass insbesondere Frauen vor der Herausforderung stehen, die Pflege mit dem Beruf zu vereinen (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 196; Zentrum für Qualität in der Pflege, 2016, S. 2). Wilz und Pfeiffer (2019, S. 6f.) verdeutlichen, dass 55% der pflegenden Angehörigen über 18 Jahren eine Erwerbstätigkeit ausführen, wobei davon 61% teilzeitbeschäftigt sind. Insgesamt haben ca. ein Drittel der Angehörigen ihre Arbeitszeit aufgrund der Pflege reduziert, wobei aber jede achte Hauptpflegeperson (12%) neben der Pflegetätigkeit mindestens ein Kind unter 14 Jahren betreut und erzieht (Schmidt & Schneekloth, 2011; Bestmann, Wüstholtz & Verheyen, 2014; zitiert nach Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 6).

Belastungen und Auswirkungen auf die Gesundheit und Erwerbstätigkeit. Die Herausforderung, die Berufstätigkeit mit der Pflege zu vereinbaren, betrifft immer mehr Menschen im mittleren Erwachsenenalter, darunter vor allem Frauen zwischen 40 und 65 Jahren (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 196). Die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf besteht aus zwei inhaltlich, zeitlich und räumlich unterschiedlich strukturierten Lebensbereichen und kann daher zu Belastungen führen. Der nachfolgende Abschnitt stellt die Belastungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit und Erwerbstätigkeit von

erwerbstätigen pflegenden Angehörigen dar. Außerdem wird beschrieben, dass die Übernahme von Angehörigenpflege auch eine Ressource darstellen kann.

Die Ergebnisse der EUROFAMCARE Studie für Deutschland zeigen, dass der Hauptgrund für die Übernahme von Angehörigenpflege eine emotionale Beziehung und Bindung zu dem pflegebedürftigen Angehörigen darstellt (Döhner et al. 2007; zitiert nach Wetzstein et al., 2015, S. 3). Wetzstein et al. (2015, S. 3) zufolge fühlt sich ein Drittel der pflegenden Angehörigen zur Übernahme der Pflege verpflichtet, wodurch vielfältige Belastungen entstehen können, wie z.B. das Gefühl von ständiger Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der zu pflegenden Person gegenüber. Weiterhin ist eine Pflegesituation häufig mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden. Viele der pflegenden Angehörigen weisen dabei keine pflegerische Vorerfahrung auf und müssen sich viel Wissen und Praxisfertigkeiten aneignen und gleichzeitig bürokratische Aufgaben bewältigen, die im Zusammenhang mit der Pflege auftreten. Dabei ist eine Vereinbarkeit zwischen der eigenen Erwerbstätigkeit, der Partnerschaft sowie der Betreuung von Kindern und eigener Freizeit häufig schwierig und kann sich auf die körperliche sowie psychische Gesundheit, das soziale Netzwerk und die Erwerbstätigkeit auswirken (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 70). Gutzmann et al. (2005, S. 155) beschreiben, dass eine permanente Beaufsichtigung der pflegebedürftigen Person die Lebensqualität des pflegenden Angehörigen sehr einschränken kann, da die intensive Betreuung mit Anforderungen und Zielen aus anderen Lebensbereichen schwer zu vereinbaren ist. Vor allem für berufstätige pflegende Angehörige resultieren daraus häufige Fehlzeiten, eine geringere Leistungsfähigkeit und mangelnde Flexibilität verbunden mit schlechteren Aufstiegschancen. Die Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Frauen ist dabei am meisten betroffen und muss aufgrund der Pflege die Berufstätigkeit aufgeben oder die Stunden reduzieren, wobei dann finanzielle Belastungen zur allgemein kostenintensiven Pflege hinzukommen können.

Wilz und Pfeiffer (2019, S. 6) stellen heraus, dass die Erwerbstätigkeit häufig als Belastung erlebt wird, wenn aufgrund der Pflegetätigkeit Termine verändert werden müssen, die Arbeitszeit reduziert wird und es zu unbezahlten Fehlzeiten kommt. Auch hier wurden die Frauen mit minderjährigen Kindern als mehr belastet beschrieben und weisen aufgrund der mehrfachen Stressoren vermehrt arbeitsbezogene Fehlzeiten auf, da sie eine generationsübergreifende Betreuung ausführen (Tuithof, ten Have, van Dorsselaer & de Graaf, 2015; zitiert nach Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 6). Diese Zielgruppe wird in der Literatur auch als „Sandwich-Generation“ bezeichnet, die häufig durch Schuldgefühle aufgrund der Doppelbelastungen, Zukunftssorgen und Angst vor Arbeitsplatzverlust gekennzeichnet ist. Häufig auftretende Belastungen bei pflegenden Angehörigen sind laut Wilz und Pfeiffer (2019, S.7ff.) eine eingeschränkte Wahrnehmung von sozialen Kontakten bis hin zur sozialen Isolation, wenig Zeit und organisatorische Barrieren sowie die Tabuisierung des Themas in der Gesellschaft, vor allem bei demenziellen Erkrankungen. Daraus resultieren laut der Autoren insbesondere belastende

Emotionen aufgrund der vielfältigen Herausforderungen und dem plötzlichen Eintreten einer Pflegebedürftigkeit. Hieraus können aufgrund der Konfrontation mit der Entwicklungsaufgabe des Alterns belastende Emotionen entstehen, wenn diese als bedrohlich wahrgenommen wird. Die Emotionen können sich negativ auf den Umgang mit der Pflegesituation auswirken und zu psychischen und körperlichen Beschwerden führen, womit die Qualität der Pflege sinkt. Hierbei sind effektive Strategien zur Bewältigung sowie eine Impulskontrolle und Emotionsregulation bedeutend. Laut Wilz und Pfeiffer (2019, S. 7ff.) äußern sich die Emotionen in Wut und Ärger durch Überforderung mit der Pflegesituation, woraus ein Teufelskreis aus Selbstvorwürfen, verstärktes Erleben von Belastungen, Erschöpfung, Depressivität und Angst entstehen kann. Weiterhin können Konflikte und eine mangelnde Kommunikation mit der Pflegeperson zu Frustration und aggressivem Verhalten auf beiden Seiten führen. Es treten häufig belastende Schuldgefühle auf, da pflegende Angehörige oft Angst haben, bei ihren pflegerischen Aufgaben zu versagen (Losada et al., 2010). Außerdem setzen sie sich dann ein zu hohes Pflegeideal, was sie langfristig nicht einhalten können.

Losada et al. (2010; zitiert nach Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.) stellten fest, dass 65% der pflegenden Töchter Schuldgefühle haben und demnach mehr Stress, depressive Symptome und Angst aufweisen sowie weniger Freizeitaktivitäten ausüben, weniger Hilfe bei der Unterstützung der Pflege annehmen und die eigenen Bedürfnisse vernachlässigen. Weitere negative Emotionen können in Form von Hilflosigkeit und Angst auftreten, da oft Sorge über den gesundheitlichen Zustand des zu Pflegenden besteht und die eigenen belastenden Emotionen zu impulsiven Handlungen und Zukunftssorgen hinsichtlich der Bewältigung der Pflege sowie den Verlust der zu pflegenden Person führen können (Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.). Daraus resultieren häufig Schlafstörungen, Depression oder Suchtverhaltensweisen. Emotionen, wie Ekel können bei Pflegeaufgaben, wie z.B. der Nahrungsaufnahme oder der Körperpflege entstehen. Das Verlusterleben und die Trauer hinsichtlich des Verlustes der partnerschaftlichen oder elterlichen Beziehung kann durch die Abnahme der Vitalität, Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen auftreten oder auf Seiten des Angehörigen durch den Verlust der eigenen freien Lebens- und Alltagsgestaltung. Hinzu kommt die Bewältigung im Falle eines Verlustes durch den Tod des Angehörigen. Die FORSA-Studie von 2014 ergab, dass 72% der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen die derzeitige mögliche Vereinbarkeit von Pflege und Beruf als eher schlecht oder sehr schlecht einstufen (Nowossadeck et al., 2016, S. 16). Bei Erwerbstätigen, die bereits eine eigene Pflegeerfahrung hatten, fällt die Einschätzung mit 82% noch schlechter aus und in einer Online-Befragung im Jahr 2014 von Arbeitnehmern gaben lediglich 17% an, dass ihr Arbeitgeber Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie anbietet (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2016, S. 73).

Die Belastungen, die mit der Angehörigenpflege und einer zusätzlichen Vereinbarkeit mit der Erwerbstätigkeit auftreten, wirken sich häufig auf den Gesundheitszustand aus. Von Hauptpflegepersonen, die im gleichen Haushalt leben wie der Pflegebedürftige, geben 48% an, eher stark belastet und 29% sehr stark belastet zu sein (Schmidt & Schneekloth, 2011; zitiert nach Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 11). Die Autoren präzisieren weiterhin, dass Frauen, die ein bis zwei Stunden täglich pflegen, signifikant mehr gesundheitliche Einschränkungen, einen schlechteren Gesundheitszustand und stärkere psychische Belastungen aufweisen sowie weniger körperlich aktiv sind und vermehrt rauchen, als Personen ohne Pflegeaufgaben. Die Pflegestudie der Techniker Krankenkasse ergab, dass 23% der pflegenden Angehörigen sich zeitweise so belastet fühlen, dass sie selbst ärztliche Hilfe benötigen (Bestmann, Wüstholtz & Verheyen, 2014, S. 15). Aus einer Metaanalyse mit 84 Studien von Pinquart und Sörensen (2003; zitiert nach Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 11f) geht hervor, dass die Belastung mit dem Alter und der Pflegestufe der zu pflegenden Person ansteigt. Pflegenden Angehörigen weisen im Vergleich zu nicht pflegenden Personen mehr stressbedingte und depressive Symptome auf, haben eine niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung, verfügen über ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere Immunkompetenz, wobei hier Frauen und pflegende Ehepartner am stärksten betroffen sind (Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 11f).

Das MetLife Mature Market Institut (2013, S. 14ff.) hat im Rahmen der MetLife Studie „*Working Caregivers and Employer Health Care Costs*“ den Gesundheitszustand von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen erfasst. Dabei konnte festgestellt werden, dass Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bei erwerbstätigen pflegenden Angehörigen häufiger auftreten, als bei nicht Pflegenden. In der Altersgruppe der 40 bis 49-jährigen Studienteilnehmer hatten 6% der männlichen erwerbstätigen Pflegenden Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, wohingegen bei den nicht pflegenden Erwerbstätigen lediglich 2% erkrankt waren. In der Gruppe der weiblichen Studienteilnehmer waren 3% erkrankt und bei den nicht pflegenden Erwerbstätigen 1%. Außerdem konnte verzeichnet werden, dass bei den pflegenden Angehörigen depressive Symptome häufiger auftreten. Dabei sind auch hier insbesondere erwerbstätige pflegende Frauen ab einem Alter von 50 Jahren von einem 20% höheren Depressionsrisiko betroffen, als nicht pflegende erwerbstätige Frauen (8%) (MetLife Mature Market Institut, 2013, S. 14). Die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf wirkt sich auf weitere Lebensbereiche aus, wobei vor allem die zeitliche Einteilung des Alltages eine bedeutende Rolle spielt (Schneider, Heinze & Hering, 2011, S. 21f). Pflegenden Angehörigen stehen häufig vor einem zeitlichen Konflikt, die Pflege und die Berufstätigkeit miteinander zu vereinbaren, dabei werden nach Schneider et al. (2011, S. 21f) folgende Strategien beschrieben: Mobilisierung von Zeit durch Inanspruchnahme privater, unentgeltlicher Netzwerke, Inanspruchnahme externer Dienstleistungen und/oder eine flexible Arbeitszeitgestaltung.

Wenn unerwartete und unvorhersehbare Ereignisse hinsichtlich der Pflegesituation auftreten, resultieren daraus häufig Fehlzeiten bei der Arbeit (Schneider et al., 2011, S. 20f.; Wetstein & Preuss, 2016, S. 11). Die Ergebnisse einer internationalen Studie zeigen, dass 10% der Männer, die pflegen und gleichzeitig arbeiten, und 18% der Frauen mehrere Fehltag im Jahr aufweisen (MetLife Mature Market Institut, 2013). Die Ergebnisse internationaler Studien besagen, dass durchschnittlich 10% der Arbeitnehmer mindestens sechs Arbeitstage im Jahr wegen ungelöster Konflikte aufgrund der Pflegesituation fehlen (vgl. MetLife Studie 1997; zitiert nach Schneider et al., 2011, S. 21f). Bei 85% der pflegenden Angehörigen kommen aufgrund der Pflegeaufgaben zu spät zur Arbeit oder müssen frühzeitig Feierabend machen, woraus Fehlzeiten von einer Stunde die Woche und 50 Stunden im Jahr resultieren, wobei 22% diese Fehlzeiten nicht wieder ausgleichen können (MetLife Mature Market Institut, 2013). Gründe für die Fehlzeiten sind zum einen Betreuungsaufgaben und die hohen physischen und psychischen Belastungen, woraus demzufolge krankheitsbedingte Fehlzeiten resultieren (Schneider et al., 2011, S. 21). Diesbezüglich kann bei pflegenden Angehörigen im Vergleich zu Arbeitnehmern ohne Pflegesituation ein signifikant höherer Anteil an Depressionen, Diabetes mellitus oder Bluthochdruck festgestellt werden (MetLife Mature Market Institut, 2013).

Bei Vereinbarkeitskonflikten mit der Pflege und der Erwerbstätigkeit und verpflichtender Anwesenheit am Arbeitsplatz kommt es häufig zu einer geringeren Leistungsfähigkeit sowie –qualität und Konzentrationsverlust, wodurch Arbeitsaufgaben wiederholt werden müssen oder Verzögerungen entstehen (Schneider et al., 2011, S. 23f.; Wetstein & Preuss, 2016, S. 11). Das hat häufig zur Folge, dass die Arbeitszeit reduziert wird oder die Berufstätigkeit aufgegeben werden muss. Aus unzureichenden Möglichkeiten einer flexiblen Arbeitszeitgestaltung, um Pflege und Erwerbstätigkeit zu vereinbaren, resultieren negative Folgen für die Unternehmen (Wetstein & Preuss, 2016, S. 12). So konnten Untersuchungen des Forschungszentrums für Familienbewusste Personalpolitik (FFP) zeigen, dass betriebliche Folgekosten einer Vereinbarkeitsproblematik deutschlandweit jährlich 18,94 Milliarden Euro betragen (Wetstein & Preuss, 2016, S. 12). Die jährlichen Folgekosten setzen sich zu 8,06 Milliarden Euro für Beschäftigte mit pflegebedürftigen Angehörigen und aus 10,88 Milliarden Euro für Beschäftigte mit hilfebedürftigen Angehörigen zusammen. Die durchschnittlichen Folgekosten belaufen sich pro pflegenden Mitarbeiter auf 14.154 Euro pro Jahr. Laut Schneider et al. (2011, S. 21f) ergaben sich im Jahr 2006 bei 60% der Pflegepersonen betriebliche Folgekosten aufgrund von Arbeitsausfällen wegen akuter Notfälle im Rahmen von drei oder mehr Fehltagen. Eine weitere Studie von Scharlach et al. (2003; zitiert nach Schneider et al., 2011, S. 21f.) belegt, dass 21% der pflegenden Angehörigen Fehltag und 18% Fehlstunden aufweisen. Innerhalb von zwei Wochen betragen die Fehlzeiten der Probanden durchschnittlich 20,71 Stunden. Durch die hohen Fehl- und Ausfallzeiten entsteht ein

vermindertes Leistungsvermögen oder eine kurzzeitige bzw. vollständige Fluktuation der Arbeitnehmer. Die Pflege eines Angehörigen kann dennoch auch als Ressource angesehen werden, wenn die Pflegeaufgaben unter verschiedenen Personen aufgeteilt werden. So sind bei einem Viertel der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen zwei Angehörige für die Pflege zuständig und bei einem weiteren Viertel drei oder mehr Personen (Schmidt & Schneekloth, 2011; zitiert nach Wetzstein et al., 2015, S. 3). Weiterhin kann das Ausüben eines Berufes den Umgang mit den pflegebezogenen Belastungen verbessern, da soziale Kontakte aufrechterhalten werden und ein Teil Autonomie in der eigenen Lebensgestaltung beibehalten werden kann (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 71). Die Ausübung eines Berufes kann für die pflegenden Angehörigen eine Art der Auszeit und Regeneration von der Pflege bedeuten, sodass die Personen soziale Unterstützung von Kollegen bekommen und sozial integriert werden, was zur Steigerung des Selbstwertgefühls und zur Verbesserung der psychischen Gesundheit beitragen kann (Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7).

Kasten 6: Zusammenfassung – Erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die Pflege eines Angehörigen häufig zeitintensiv ist und zu körperlichen und psychischen Belastungen führen kann. Vor allem Frauen im mittleren Erwachsenenalter weisen Belastungen durch die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auf. Die Pflege ist oft mit einem hohen Zeitaufwand, der Aneignung von Wissen und Praxisfertigkeiten und vielen bürokratischen Aufgaben verbunden, woraus Belastungen entstehen können. Diese äußern sich häufig als belastende Emotionen wie z.B. Wut und Ärger, Hilflosigkeit, Trauer und Angst. Durch Überforderung treten oft Zustände von Erschöpfung und Depressivität auf. Es entstehen Konflikte aufgrund einer mangelnden Kommunikation, die sich in Form von Frustration, aggressivem Verhalten und belastenden Schuldgefühlen äußern. Pflegende Angehörige nehmen soziale Kontakte häufig nur eingeschränkt wahr oder isolieren sich von ihrem sozialen Umfeld. Besonders die Vereinbarkeit mit der Erwerbstätigkeit wird von pflegenden Angehörigen als Belastung erlebt, wenn aufgrund der Pflegetätigkeit Termine verändert werden müssen, die Arbeitszeit reduziert wird und es zu unbezahlten Fehlzeiten kommt. Die Erwerbstätigkeit kann auch einen positiven Einfluss auf die pflegenden Angehörigen haben, wobei die Belastungen, die durch die Vereinbarkeit mit der Pflegetätigkeit entstehen, deutlich höher sind, als entlastende Effekte durch die Arbeit. Entlastend können dabei z.B. soziale Kontakte oder eine Auszeit von der Pflege sein. Eine nicht gelingende Vereinbarkeit von Pflege und Beruf kann sich außerdem negativ auf das Unternehmen auswirken, wie z.B. durch einen Anstieg von krankheitsbedingten Fehlzeiten, einer verminderten Leistungsfähigkeit der Beschäftigten und daraus resultierende betriebliche Folgekosten. Demnach steht das Gelingen der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auch im Interesse der Unternehmen.

1.7 Erwerbstätige pflegende Angehörige in Dänemark

Eine dänische Studie untersuchte die Herausforderungen bei einer Pflegesituation von 633 erwerbstätigen pflegenden Angehörigen zwischen 18 und 70 Jahren und fokussierte dabei die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen sowie das Ausmaß der Pflege, die ausgeführt wird (KMD, 2018, S. 5). Die Studie weist repräsentative Daten für die Bruttoverteilung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen in Dänemark auf. Hierbei wurden Personen ausgeschlossen, die nicht der Zielgruppe der erwerbstätigen Angehörigen entsprachen.

Mittels der Studie konnte exploriert werden, dass die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen zwischen 50 und 70 Jahre alt sind (44%), 35-49 Jahre sind 28% und weitere 28% sind jünger (18-34 Jahre). In Dänemark gibt es im Unterschied zu Deutschland laut den Daten der KMD (2018, S. 8) eine Gleichverteilung hinsichtlich des Geschlechts. So waren bei dieser Stichprobe von 633 pflegenden Angehörigen 52% weiblich und 48% männlich. In der Untersuchung fallen pflegende Angehörige unter den Begriff, das 1-2-mal in der Woche eine oder mehrere Personen in der Familie oder im Bekanntenkreis unterstützt werden. Dabei handelt es sich um die Unterstützung von kranken, schwachen, älteren oder behinderten Personen oder Personen, die körperliche und psychische Einschränkungen und somit einen Bedarf an Unterstützung aufweisen. Die Unterstützung reicht dabei von sozialen und zwischenmenschlichen Leistungen, wie z.B. das Erinnern oder das Beisammensein, praktischer Hilfe bei alltäglichen Aufgaben im Haushalt oder der persönlichen Pflege bei der Körperhygiene. Die Pflegeaufgaben können im Eigenheim, zu Hause bei der Pflegeperson selbst, in betreuten Wohneinrichtungen, im Pflegeheim oder im Krankenhaus ausgeführt werden. Die Studie der KMD (2018, S. 5) stellte fest, dass 22% der erwerbstätigen oder studierenden Dänen Angehörige sind und die Hälfte dieser (49%) zwei bis drei Stunden in der Woche einen Angehörigen unterstützen sowie 25% mehr als sieben Stunden in der Woche Zeit für die Angehörigenpflege aufbringen. Die Untersuchung zeigt, dass das Ausmaß der Pflege mit den auftretenden Belastungen im Arbeitsleben und der Karriere im Zusammenhang steht und die körperliche und psychische Gesundheit der Angehörigen negativ beeinflusst. Auch die Zeitspanne über die gepflegt wird, wirkt sich auf die finanzielle Situation der pflegenden Angehörigen aus. Besonders belastet sind dabei die Angehörigen, die zwischen 11 und 25 Stunden pro Woche pflegen. Über eine noch höhere Zeitspanne verbessert sich der Gesundheitszustand wieder, was darauf zurückzuführen sein kann, dass die Pflege dann eine Tagesaufgabe ist und die Lebenssituation entsprechend angepasst wurde.

Der überwiegende Anteil der befragten erwerbstätigen pflegenden Angehörigen der Untersuchung der KMD (2018, S. 18) stimmte vollständig oder teilweise zu, dass es für sie eine Freude ist zu pflegen, dennoch gaben 32% an, dass es ebenfalls belastend ist.

Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit durch die Pflege konnten bei jedem fünften (21%) festgestellt werden und jeder vierte gab an, dass die psychische Gesundheit unter der Pflegesituation leidet. Dabei bedeutsam war die Anzahl der Stunden, die pro Woche für die Pflege aufgebracht werden, wobei eine Tendenz exploriert werden konnte: Je größer das wöchentliche Pflegeausmaß ist, desto mehr gesundheitliche Einschränkungen treten auf, besonders, wenn das Pflegeausmaß mehr als 11 Stunden die Woche beträgt. Die Abbildung 12 visualisiert diese Ergebnisse.

Körperliche und psychische Belastungen der pflegenden Angehörigen

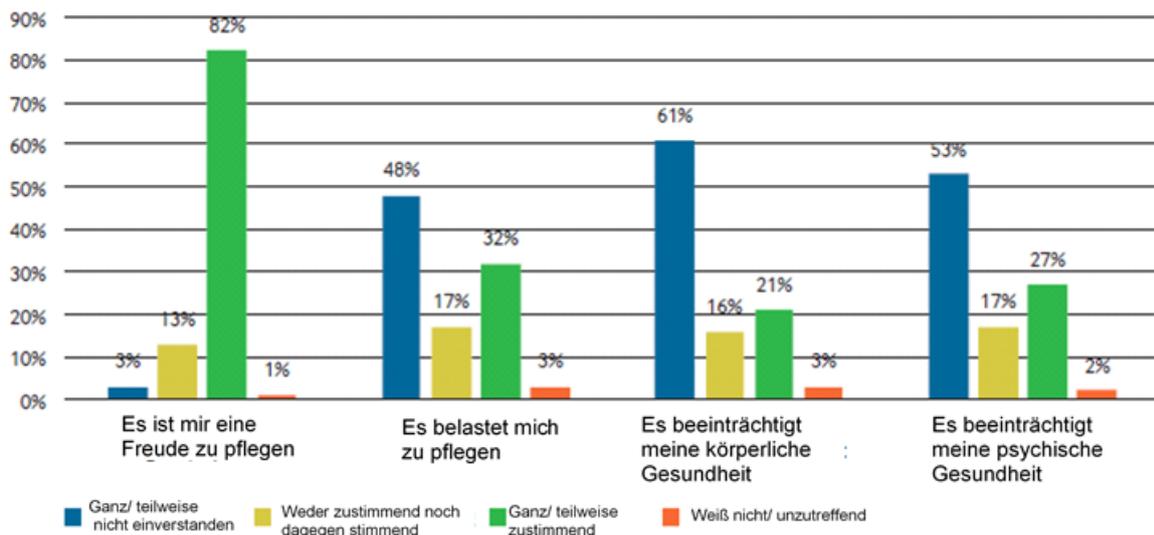


Abbildung 12: Körperliche und psychische Belastungen der pflegenden Angehörigen (entnommen aus KMD, 2018, S. 18).

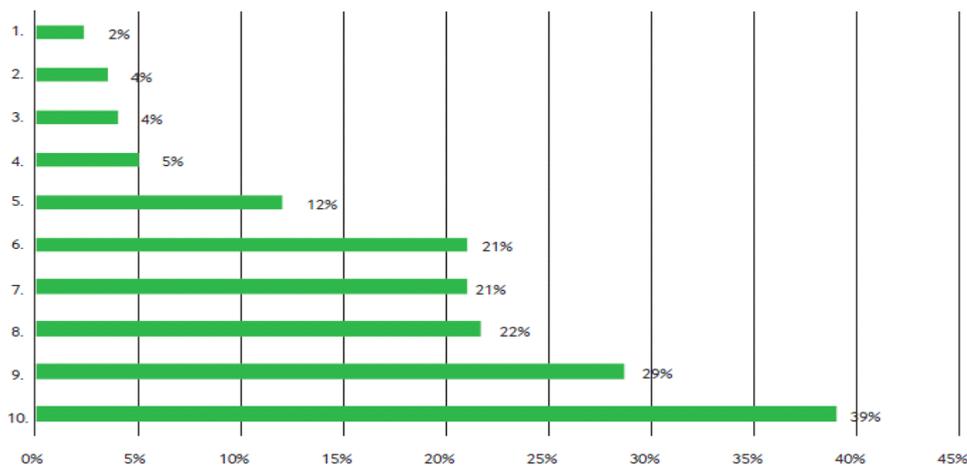
Die Untersuchung ergab außerdem, dass pflegende Angehörige, die 11 bis 25 Stunden pro Woche pflegen, am meisten körperlich und psychisch belastet sind. Besonders die psychische Gesundheit leidet darunter, je mehr Stunden pro Woche gepflegt werden (61%). Eine Abnahme der Belastungen konnte bei einem Pflegeausmaß von über 25 Stunden die Woche festgestellt werden, wobei hier davon ausgegangen werden kann, dass die Lebens- sowie Arbeitssituation an die Pflegerolle angepasst wurde und dementsprechend gesetzliche Maßnahmen, wie z.B. Teilzeitarbeit oder Pflegeurlaub in Anspruch genommen wurden. Hier lassen sich außerdem die pflegenden Angehörigen wiederfinden, die von der Kommune für die häusliche Pflege angestellt wurden (s. 1.8.2.2; KMD, 2018, S. 20). Die körperlichen und psychischen Belastungen wirken sich laut der Untersuchung der KMD (2018, S. 5) negativ auf die Gesundheit, das Arbeitsleben und die Ökonomie aus. Dabei konnte herausgefunden werden, dass jeder fünfte pflegende Angehörige körperliche Belastungen und jeder vierte psychische Belastungen durch die Pflege eines Angehörigen aufweist. Ein Drittel der pflegenden Angehörigen, die über 11 Stunden pro Woche pflegen, haben körperliche

Belastungen und überlegen ihre Erwerbstätigkeit aufzugeben, da diese Personen selbst risikobehaftet sind, langfristig zu erkranken. Einige pflegende Angehörige sind so stark psychisch belastet, dass sie über einen bestimmten Zeitraum ihre Erwerbstätigkeit nicht mehr ausüben können und sich krankmelden müssen, wobei es zu finanziellen Schwierigkeiten und einem schlechten Gewissen in Bezug auf das Arbeitsverhältnis kommen kann. Sozioökonomische Probleme können außerdem dazu führen, dass die Angehörigenrolle nicht wie gewünscht ausgeführt werden kann, woraus weitere zeitliche und psychische Belastungen resultieren können (Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 28). Viele der pflegenden Angehörigen leiden durch die Übernahme der Pflege bereits an gesundheitsschädlichen Folgen. Pflegende Angehörige, die sich zur Pflege aufgrund von unzureichender externer Unterstützung verpflichtet fühlen, übernehmen diese oft aus Pflichtbewusstsein dem Pflegebedürftigen gegenüber und nicht aus Freiwilligkeit (KMD, 2018, S. 5). Darunter fallen 57%, die sich zur Unterstützung verpflichtet fühlen. Es geben 35% an, dass sie Urlaubstage für die Bewältigung von Pflegeaufgaben nehmen, wobei 11% angaben, dass sie 1 ½ Wochen ihres Urlaubes für die Pflege nutzen und 9% mussten sich aufgrund der zu erfüllenden Pflegeaufgaben bei ihrem Arbeitgeber krankmelden. Krankentage für Angehörigenpflege kosten den Arbeitgebern in Dänemark ca. 314 Millionen Kronen im Jahr. Es meldeten sich 16% der pflegenden Angehörigen wegen eigenen körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen aufgrund der Ausführung von pflegerischen Tätigkeiten krank. Dabei überlegen 14%, den Arbeitsmarkt frühzeitig zu verlassen, und 3% haben diese Entscheidung bereits getroffen und übernehmen die Pflege in Vollzeit. Somit beträgt das Risiko, dass erwerbstätige pflegende Angehörige ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege aufgeben 17%. Weitere 6% haben in eine Teilzeitarbeit gewechselt, um die Pflegeaufgaben ausführen zu können.

Weiterhin wurde in der Untersuchung der KMD (2018, S. 5) erhoben, wie die Pflegeaufgaben das Arbeitsleben oder die Ausbildung beeinflussen. Dabei konnte festgestellt werden, dass 20% der pflegenden Angehörigen teilweise zustimmten, dass die Pflege sich auf den beruflichen Ehrgeiz, das Engagement und ihr Einkommen negativ auswirkt. Voll oder teilweise stimmten die pflegenden Angehörigen zu 29% zu, dass die Pflege es erschwert, die eigenen beruflichen Erwartungen zu erfüllen, 27% haben Schwierigkeiten sich bei der Arbeit auf ihre Aufgaben zu konzentrieren, und 10% haben finanzielle Schwierigkeiten. Bedeutsam für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf sind Möglichkeiten zur Flexibilität am Arbeitsplatz. Die Studie der KMD (2018, S. 6) hat die pflegenden Angehörigen nach ihren Möglichkeiten zur Flexibilität am Arbeitsplatz befragt, die in der folgenden Abbildung 13 dargestellt werden. Es gaben 39% der befragten Dänen an, dass sie keine Möglichkeiten haben, ihren Arbeitstag flexibel zu gestalten, darunter fällt z.B. die Begleitung bei Arztbesuchen oder das Anrufen oder Kontaktieren von Behörden während der Arbeitszeit. Es gaben 29% an, dass sie selbst ihre Zeit einteilen können, 12% haben die Möglichkeit, frei zu

bekommen, um z.B. Arztbesuche wahrzunehmen und werden weiterhin bezahlt und 21% können sich freinehmen und werden nicht bezahlt. Zusammenfassend haben viele pflegende Angehörige (39%) keine Möglichkeiten für eine flexible Arbeitszeitgestaltung und besonders wenige (2-5%) haben gute Möglichkeiten flexibel zu arbeiten, z.B. sodass sie Urlaub bekommen oder ihre Arbeitszeit reduzieren können (KMD, 2018, S. 29f).

Möglichkeiten für Flexibilität bei der Arbeit von pflegenden Angehörigen



1. Ich habe die Möglichkeit für eine bestimmte Zeit Urlaub mit Lohnfortzahlung zu beantragen.
2. Ich habe die Möglichkeit die Arbeitszeit mit Lohnfortzahlung für eine bestimmte Zeit zu reduzieren.
3. Ich habe die Möglichkeit Urlaub ohne Lohnfortzahlung zu beantragen.
4. Ich habe die Möglichkeit die Arbeitszeit ohne Lohnfortzahlung zu reduzieren.
5. Ich habe die Möglichkeit z.B. an einem Arztbesuch während der Arbeitszeit (bezahlt) teilzunehmen.
6. Ich habe die Möglichkeit z.B. an einem Arztbesuch während der Arbeitszeit (unbezahlt) teilzunehmen.
7. Ich habe die Möglichkeit während der Arbeitszeit im Namen der Person, die ich pflege, einen Anruf zu tätigen/ eine E-Mail zu versenden.
8. Ich muss verlorene Arbeitsstunden zu gegebener Zeit wieder aufholen.
9. Ich kann meinen Arbeitstag selbst planen und kann tagsüber Arztbesuche in Anspruch nehmen.
10. Nichts des oben genannten.

Abbildung 13: Möglichkeiten für Flexibilität am Arbeitsplatz von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen (modifiziert nach KMD, 2018, S. 6).

Die überwiegende Anzahl der pflegenden Angehörigen möchte dennoch eine aktive Rolle im Krankheitsverlauf der nahestehenden Person spielen, wobei es individuell abhängig von den Ressourcen ist, die für die Pflege aufgebracht werden können (Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 26). Hierbei ist es bedeutsam, dass die pflegenden Angehörigen im Gesundheitssystem respektiert werden und dass sie aktiv in den Behandlungsprozess hinsichtlich ihres Wissens eingebunden werden. Teilweise fühlen sich die Angehörigen verpflichtet und dadurch belastet, dass sie sich um die pflegebedürftige Person kümmern müssen, da es in der entsprechenden medizinischen Einrichtung Schwierigkeiten gibt (Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 26).

Eine Untersuchung der Danske Patienter und Trygfonden (2016, S. 5) führte qualitative Interviews mittels Fokusgruppen mit pflegenden Angehörigen durch und konnte feststellen, dass die Angehörigen häufig viele Aufgaben, Rollen und Funktionen im Krankheitsverlauf der zu pflegenden Person übernehmen. Sie agieren dabei als Sprecher für den Patienten und überwachen und koordinieren den Behandlungsprozess im professionellen Gesundheitssystem. Barrieren und Herausforderungen bestehen in der Verantwortungsübernahme eines für den Patienten guten Behandlungsverlaufes. Dabei fehlt teilweise die Anerkennung des Systems, dass die Angehörigen als eine Ressource für die pflegebedürftige Person angesehen werden. Die Angehörigen weisen einen Bedarf auf, entsprechend in den Behandlungsprozess unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen eingebunden zu werden und somit am Leben der pflegebedürftigen Person teilhaben zu können (Danske Patienter & Trygfonden, 2016, S. 5). Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung ergaben, dass es einen Unterschied zur Folge hat, ob der Angehörige am Behandlungsprozess der zu pflegenden Person teilhaben kann und eine unterstützende und vertrauensvolle Rolle einnimmt, da sie zwischen dem Gesundheitspersonal und der erkrankten Person vermitteln und Fragen stellen können sowie einen Überblick über den Behandlungsprozess haben (Danske Patienter & Trygfonden, 2016, S. 16). Grundlegend zeigte die Untersuchung, dass die pflegenden Angehörigen eine Hilfe und bedeutsame Unterstützung für die erkrankte Person darstellen, da sie den Patienten gut kennen und aufmerksam den Behandlungsprozess und somit das Gesundheitspersonal unterstützen können. Es muss unter allen Beteiligten entsprechend vereinbart werden, inwieweit die Angehörigen teilhaben können und wollen (Danske Patienter & Trygfonden, 2016, S. 16).

Pflegende Angehörige, die aufgrund der Pflegesituation belastet sind, können häufig nicht die entsprechenden Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige in Anspruch nehmen, sind aufgrund der Situation mit einer pflegebedürftigen Person körperlich, psychisch, sozial, kommunikativ oder existentiell belastet, sodass es die Pflege sowie die eigene Gesundheit beeinträchtigen kann (Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 27). Dabei ist es individuell unterschiedlich, in welchen der genannten Bereiche die Angehörigen Belastungen aufweisen, wobei dies ein oder mehrere Bereiche betreffen kann. Der Kasten 7 stellt die typischen Bereiche dar, in denen die pflegenden Angehörigen vermehrte Unterstützung und Teilhabe benötigen. Die Pflege eines nahen Angehörigen kann vor allem zu Beginn einer Pflegesituation, die das soziale und das familiäre Leben sehr beeinflusst sowohl physisch als auch psychisch als belastend wahrgenommen werden (Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 28). Angehörige von Menschen mit einer schweren Erkrankung sind häufig bei Erstauftreten oder der Diagnose belastet, fühlen sich einsam, machtlos und isoliert. Körperlich äußert sich dieses häufig als Schlafstörungen oder reduziertem Appetit. Zusätzlich zu Aufgaben im Haushalt, persönlicher oder krankheitsentsprechender Pflege des Angehörigen müssen sich die

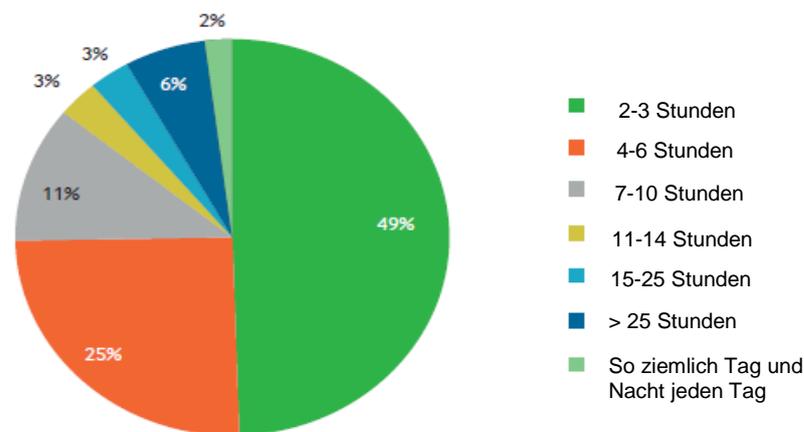
pflegenden Angehörigen oft mit öffentlichen und privaten Einrichtungen sowie Aneignung von Wissen zu bestimmten Bereichen auseinandersetzen, worunter z.B. finanzielle Angelegenheiten oder Krankmeldungen und Anträge fallen (Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 28). Wenn ein Angehöriger zusätzlich zur Pflegesituation eine Berufstätigkeit ausübt, kann eine Vereinbarkeit schwierig sein, wobei es zu Fehlzeiten bei der Arbeit aufgrund von Krankenhausaufenthalten des kranken Angehörigen kommen kann und dann entschieden werden muss, welche Freistellungsmöglichkeiten in Anspruch genommen werden können (Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 28).

Kasten 7: Bedarf an Unterstützung und Teilhabe von pflegenden Angehörigen im Krankheitsverlauf (entnommen aus Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 27).

- Psychische Reaktionen
- Soziale Beziehungen
- Körperliche Funktionsfähigkeiten
- Informationen und Kommunikation
- Ethnischer Minoritätshintergrund
- Existentielle/ geistige Umstände
- Soziale Netzwerke
- Kommunikation mit dem Behandlungssystem
- Körperliche Rahmenbedingungen

Vor allem pflegende Angehörige, die weitere Familienmitglieder haben, die ebenfalls einen besonderen Bedarf an Fürsorge aufweisen, wie z.B. Kinder oder andere Familienmitglieder mit Erkrankungen, weisen oft Rollenkonflikte (vgl. Kap. 1.5) zwischen der Angehörigenrolle und der Fürsorge für andere auf, was wiederum zeitliche und emotionale Ressourcen beansprucht (Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 28). Der Missbrauch von Rauschmitteln bei pflegenden Angehörigen kann sich negativ auf die Interaktionen mit dem professionellen System, aber auch auf die zu pflegende Person sowie die Familie auswirken. Die vielseitigen psychischen und sozialen Belastungen, die pflegende Angehörige aufweisen, sollten von dem professionellen Gesundheitssystem identifiziert werden und dementsprechend der individuelle Bedarf, z.B. in Form einer sozialen Beratungsleistung in Krankenhaus oder Kommune unterstützt werden (Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 28). Bei pflegenden Angehörigen, die selbst eine körperliche Erkrankung aufweisen, kann die Übernahme der Pflege mit mehr Belastungen einhergehen, da sie zusätzlich ihre eigene Erkrankung bewältigen müssen (Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 29). Der größte Anteil (49%) der pflegenden Angehörigen führt Unterstützungsleistungen 2-3-mal pro Woche aus, die Mehrheit (74%) unterstützt 6 Stunden pro Woche und 11% leisten 7-10 Stunden pro Woche Unterstützung (KMD, 2018, S. 9).

Die nachfolgende Abbildung 14 visualisiert die Anzahl der Stunden, die für die Pflegeaufgaben durchschnittlich aufgebracht werden.



Wie viel Zeit in der Woche bringst Du für die Pflege auf?

Abbildung 14: Anzahl der Stunden, die pro Woche für die Pflege eines Angehörigen aufgebracht wird (modifiziert nach KMD, 2018, S. 9).

Es werden überwiegend die Eltern, die Kinder, die Schwiegereltern oder die Schwiegerkinder mit 51% gepflegt, wobei ebenfalls eine große Gruppe gepflegt wird, wo keine familiäre Beziehung besteht (23%), wie z.B. Freunde, Bekannte oder Nachbarn (KMD, 2018, S.11). Lediglich 8% der Pflegebedürftigen sind Ehepartner oder Lebensgefährten, wobei hier eine Tendenz besteht, dass für die Pflege eines Ehepartners mehr Stunden pro Woche aufgebracht werden als bei den anderen Gruppen (KMD, 2018, S. 11). Die Pflegeaufgaben der Angehörigen unterteilen sich vor allem in die Unterstützung und Motivation der Pflegebedürftigen, aber ebenso in Haushaltsaufgaben, die Begleitung bei Arztbesuchen oder den Kontakt mit Behörden und der Kommune, weniger ausgeführt werden schwerere Pflegeaufgaben, wie z.B. die Körperhygiene oder die Hilfe bei der Einnahme von Medikamenten (KMD, 2018, S. 13). Hierbei konnte eine Tendenz festgestellt werden, dass die pflegenden Angehörigen, die wenige Stunden pflegen, selten schwere Pflegeaufgaben ausführen im Gegensatz zu den Personen, die viele Stunden pflegen. Weiterhin werden Tätigkeiten im Haushalt, Mobilitätstätigkeiten sowie Behördenaufgaben eher von Angehörigen, die ältere Personen (über 80 Jahre) unterstützen, ausgeführt. Die nachfolgende Abbildung 15 stellt die Pflegeaufgaben und die Anzahl der Stunden, die von den Angehörigen für die Pflege pro Woche aufgebracht werden übersichtlich dar.

Pflegeaufgaben im Vergleich dazu, wie viel gepflegt wird

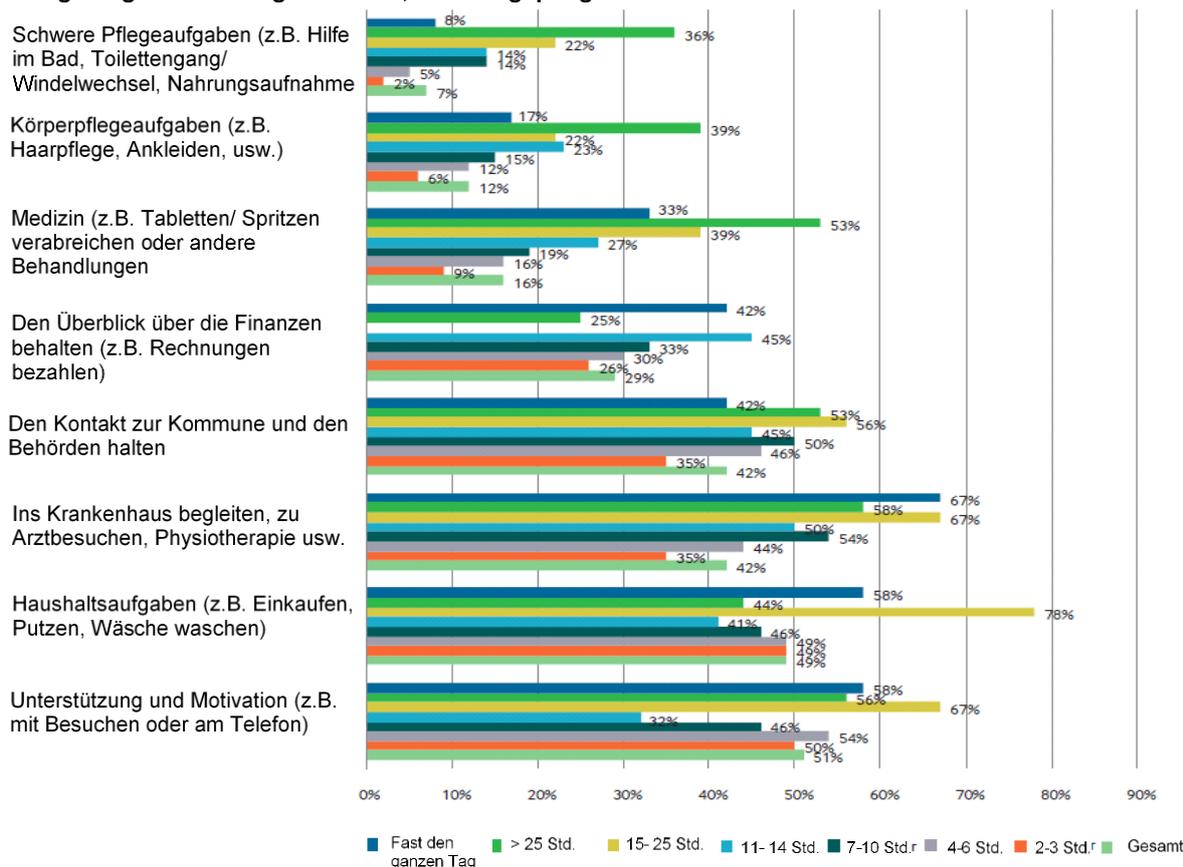


Abbildung 15: Pflegeaufgaben nach Anzahl der Stunden, die von den Angehörigen für die Pflege pro Woche aufgebracht werden (modifiziert nach KMD, 2018, S. 14).

Aus den erhobenen Belastungen, die sich negativ auf die Gesundheit von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen auswirken, konnten mittels der Untersuchung der KMD (2018, S. 31) folgende Lösungsansätze festgestellt werden. Die pflegenden Angehörigen gaben zu 62% an, dass eine Vereinbarung von Terminen für Angelegenheiten bei Behörden online hilfreich wäre, 58% gaben an, dass es ihnen helfen würde, die E-Mails des Pflegebedürftigen zu verwalten, 53% waren der Meinung, dass das Bestellen und Liefern von Medikamenten hilfreich wäre, 54% wünschten sich einen Zugang zur Krankenakte ihres Angehörigen und 40% gaben an, dass es ihren Alltag erleichtern kann, wenn sie über Skype an einem Arztbesuch teilnehmen könnten. Die Untersuchung zeigte weiterhin, dass viele pflegende Angehörige ein mangelndes Wissen über die verschiedenen Möglichkeiten aufweisen, die im Dienstleistungsgesetz über die Entlastung aufgeführt sind (KMD, 2018, S. 34). Es gaben 42% an, dass sie die gesetzlichen Möglichkeiten nicht kennen, dennoch kennen 44% der pflegenden Angehörigen, die eine pflegebedürftige Person über 80 Jahren unterstützen, die Möglichkeiten zur *Hilfe im Eigenheim zur persönlichen Pflege oder praktischen Hilfe des Dienstleistungsgesetzes §83*.

Kasten 8: Zusammenfassung - Erwerbstätige pflegende Angehörige in Dänemark.

Insgesamt ist festzuhalten, dass das Ausmaß der Pflege eines Angehörigen mit auftretenden Belastungen im Arbeitsleben und der Karriere im Zusammenhang steht und die körperliche und psychische Gesundheit der Angehörigen negativ beeinflusst. Die körperlichen und psychischen Belastungen haben außerdem negative Auswirkungen auf das Arbeitsleben und die Ökonomie. Pflegende Angehörige können häufig ihre Erwerbstätigkeit über einen bestimmten Zeitraum nicht mehr ausüben und müssen sich krankmelden. Dabei kann es zu finanziellen Schwierigkeiten und einem schlechten Gewissen in Bezug auf das Arbeitsverhältnis kommen. Sozioökonomische Probleme können dazu führen, dass die Angehörigenrolle nicht wie gewünscht ausgeführt werden kann, woraus weitere zeitliche und psychische Belastungen resultieren können. Viele pflegende Angehörige haben keine Möglichkeiten für eine flexible Arbeitszeitgestaltung und nur besonders wenige haben gute Möglichkeiten flexibel zu arbeiten. Pflegende Angehörige können eine Hilfe und bedeutsame Unterstützung für die erkrankte Person darstellen und sollten daher aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen werden.

1.8 Verhältnispräventive Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Durch den gesellschaftlichen sowie demografischen Wandel, der Zunahme der Pflegebedürftigkeit und damit einhergehenden ansteigenden gesundheitlichen Versorgung der älteren Bevölkerung durch pflegende Angehörige in der Häuslichkeit sind ebenfalls Auswirkungen auf die Unternehmen zu verzeichnen. Die Angehörigenpflege ist häufig mit der Erwerbstätigkeit zu vereinen, wobei ein Bedarf an einer familienfreundlichen Personalpolitik in den Unternehmen besteht, um die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf entsprechend zu unterstützen und den Arbeitnehmern flexible Möglichkeiten zu bieten. Die Einführung von flexiblen Arbeitszeitmodellen hat vielfältige Vorteile für Unternehmen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 7, 2018, S. 1ff.), welche im Folgenden genauer dargestellt werden. Die Darstellung erfolgt gemeinsam für Deutschland und Dänemark. Die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar und wird durch gesetzliche Maßnahmen politisch unterstützt. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden ebenfalls für Deutschland und Dänemark in diesem Kapitel dargestellt.

1.8.1 Flexible und familienfreundliche Arbeitszeiten

Durch den demografischen Wandel gehen in Deutschland pro Jahr zwischen 250.000 und 300.000 potentielle Erwerbspersonen verloren und die jährlichen Folgekosten für erwerbstätige pflegende Angehörige betragen 8,06 Milliarden Euro in Deutschland (Wetstein & Preuss, 2016, S. 12) und in Dänemark betragen die Kosten für Krankentage aufgrund von Angehörigenpflege ca. 314 Millionen Kronen jährlich (KMD, 2018, S. 5). Die Unternehmen können dem entgegenwirken, indem sie ihre Arbeitnehmer durch flexible und familienfreundliche Arbeitszeiten sowie der Möglichkeit einer individuellen Zeitautonomie unterstützen, sodass die qualifizierten Fachkräfte bei Auftreten einer Pflegesituation dem Arbeitsmarkt erhalten bleiben können (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018, S. 14ff.). In Deutschland sowie in Dänemark besteht ein wissenschaftlicher Konsens darüber, dass die Effektivität, Produktivität und Motivation der Arbeit bei Arbeitnehmern durch flexible Arbeitszeitmodelle gefördert werden und gleichzeitig Fehlzeiten reduziert werden können (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 8; Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018; KMD, 2018). Untersuchungen ergaben, dass Mitarbeiter, die eine verkürzte Tages- oder Wochenarbeitszeit haben, effizienter und strukturierter arbeiten, um die Arbeitsaufgaben in der zur Verfügung stehenden Zeit zu erledigen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018, S. 14ff.). Weiterhin können Unternehmen durch familienfreundliche Arbeitszeitmodelle die Attraktivität des Unternehmens erhöhen, da beispielsweise Studien des Marktforschungsinstituts GfK zeigen, dass Familienfreundlichkeit von Arbeitnehmern als genauso wichtig eingestuft wird, wie das Gehalt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 6f, 2018, S. 14ff.). Es lässt sich zusammenfassen, dass familienfreundliche und flexible Arbeitszeitmodelle die Zufriedenheit der Mitarbeiter steigern, Fachkräftemangel vorbeugen sowie die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens stärken kann und für qualifizierte Bewerber interessant ist und Vorteile sowohl für den Arbeitnehmer als auch für den Arbeitgeber darstellen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 6f.).

Empfehlungen zur Umsetzung von familienfreundlichen Strukturen können aus den Ergebnissen von Untersuchungen des Institutes der deutschen Wirtschaft Köln (IW) im Auftrag des Bundesfamilienministeriums seit dem Jahr 2003 abgeleitet werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 7f.). Die Einführung von familienfreundlichen Strukturen in Unternehmen ist wirksam, wenn im Rahmen der personalpolitischen Leitlinien eine entsprechende Unternehmenskultur im betrieblichen Alltag gelebt wird und dabei vier zentrale Elemente berücksichtigt werden (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 19; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 7f.). Darunter fallen die Passgenauigkeit der Maßnahmen, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Mitarbeiter orientieren sollten, die Transparenz, die

Kommunikation und die Kooperation, was maßgeblich durch die Rolle und das Verhalten der Führungskräfte beeinflusst wird. Ferner werden die Verbindlichkeit und Regeln formuliert, sodass eine Verankerung im Werte- und Steuersystems des Unternehmens sichergestellt ist. Durch Möglichkeiten der Arbeitszeitreduzierung können Unternehmen ihre Mitarbeiter unterstützen, die Angehörigenpflege und die Erwerbstätigkeit besser miteinander zu vereinen. Dies kann beispielsweise durch Telearbeit, mobiles Arbeiten im Sinne der Digitalisierung von Arbeitsprozessen sowie Möglichkeiten von zu Hause zu arbeiten umgesetzt werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 10ff.). Es existiert eine Vielzahl an flexiblen und familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen, sodass jedes Unternehmen die Möglichkeit hat, dieses den Bedürfnissen der Mitarbeiter entsprechend anzupassen. Nachfolgend werden die klassischen Arbeitszeitmodelle, die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016, S. 11f) konkretisiert dargestellt:

Berücksichtigung von Familienzeiten. Die Berücksichtigung von familiären Verpflichtungen innerhalb des betrieblichen Ablaufes stellt z.B. die Berücksichtigung von Eltern mit schulpflichtigen Kindern bei der Urlaubsplanung dar oder dass Sitzungen nicht nach 16 Uhr angesetzt und Pausenregelungen getroffen werden, die die familiären Bedürfnisse berücksichtigen.

Gleitzeit in Verbindung mit Jahresarbeitszeit. Gleitzeitregelungen ermöglichen eine flexible Zeitgestaltung, sodass familiäre Verpflichtungen wahrgenommen werden können und somit Zeitdruck und Stress reduzieren kann. Die Kombination von Gleitzeit und Arbeitszeitkonten stellt sich als effektiv heraus, da so Arbeitszeit angespart und die Zeit entsprechend der Bedürfnisse flexibel in Anspruch genommen werden kann.

Teilzeitmodelle. Die klassische Teilzeit entspringt der Reduktion der Arbeitszeit um 50%, wobei häufig Einkommenseinbußen und geringere Aufstiegschancen bestehen. Für erwerbstätige pflegende Angehörige eignen sich Teilzeitmodelle, die einen Umfang von 70 bis 80% der Arbeitszeit umfassen, da so qualifizierte Mitarbeiter auf ihren Positionen gehalten werden können und den beruflichen Aufstieg verbessern. Außerdem bietet dies Vorteile für die Unternehmen, da die Arbeitszeit des qualifizierten Personals weniger drastisch reduziert wird, als bei der klassischen Teilzeitregelung.

Flexible Arbeitszeit und flexibler Arbeitsort. Die flexiblen Arbeitszeiten können durch flexible Arbeitsorte ergänzt werden, wenn eine Anwesenheit des Mitarbeiters am Arbeitsplatz nicht zwingend notwendig ist. Hierbei kann der Laptop oder das Mobiltelefon unterstützend eingesetzt werden.

Langzeitkonten. Arbeitsstunden können über einen langen Zeitraum angespart werden. In Phasen mit hoher Arbeitsintensität kann das Stundenkonto aufgefüllt werden und bei einer hohen familiären Belastung, z.B. bei Auftreten einer Pflegesituation, können die angesparten Stunden abgebaut werden. Das ist lediglich in Unternehmen möglich, wo eine langfristige Planung gewährleistet ist.

In Dänemark werden die folgenden Modelle für eine flexible Gestaltung der Arbeitszeit unterschieden (Galán, 2018):

Flexibilität den Bedürfnissen des Unternehmens entsprechend. Hierbei handelt es sich vor allem um Schichtarbeit. Die Schichten werden je nach Bedarf an Personal und Arbeitsaufgaben zu verschiedenen Tageszeiten eingeteilt. Die Forschung zeigt, dass die Möglichkeiten und positiven Auswirkungen für die Mitarbeiter durch dieses Modell begrenzt sind.

Gleitzeit. Bei Gleitzeitregelungen können die Mitarbeiter ihre Arbeitszeit von Tag zu Tag in einem festgelegten zeitlichen Rahmen auswählen, z.B. müssen alle Mitarbeiter von 9 bis 15 Uhr anwesend sein. Häufig besteht auch die Möglichkeit, von zu Hause aus zu arbeiten.

Priorisierte Arbeitszeit/ gewünschte Arbeitszeit. Ein Modell, bei dem Schichtarbeiter ihre eigene Arbeitszeit beeinflussen können, indem sie ihre Arbeitszeitwünsche in ein IT-System eingeben. Der Vorgesetzte verteilt die Arbeitszeiten unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiter.

Eigene Wahl der Stundenanzahl. Die Mitarbeiter können in Absprache mit ihrem Vorgesetzten regelmäßig die Anzahl der zu arbeitenden Stunden anpassen. Weiterhin können Wünsche für tägliche Besprechungen angegeben und das Modell mit der Gleitzeit kombiniert werden.

1.8.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland

Durch gesetzliche Regelungen soll die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf verbessert werden und pflegende Angehörige unterstützen. Seit dem Jahr 1991 ist die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung von pflegebedürftigen Personen Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung. Zuvor wurden die Kosten für ambulante oder stationäre Pflegedienstleistungen von den Familien selbst getragen (Simon, 2017, S. 261). Seit dem 1. Januar 1995 gibt es die fünfte Säule der Sozialversicherung, die gesetzliche Pflegeversicherung im elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 182). Die soziale Pflegeversicherung gewährt im Fall einer Pflegebedürftigkeit nach §14 SGB XI Dienst-, Sach- und Geldleistungen für die Grundpflege und die

hauswirtschaftliche Versorgung, sodass soweit wie möglich ein selbstbestimmtes Leben aufrechterhalten werden kann (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 182). Hierbei handelt es sich sowohl um die Inanspruchnahme von Dienstleistungen professioneller Fachkräfte (Pflegesachleistungen) als auch um den Bezug von Pflegegeld, das an die pflegenden Angehörigen zur finanziellen Unterstützung weitergegeben werden kann. Die Leistungen, die im Rahmen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können, richten sich nach dem jeweiligen Pflegegrad der pflegebedürftigen Person und sind als Geldbetrag gesetzlich festgelegt. Bei häuslicher Pflege können die Leistungen als Kombinationsleistungen aus Pflegegeld und Pflegesachleistungen nach §38 SGB XI erfolgen (Simon, 2017, S. 269f.). Das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) sichert pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen seit dem 1. Januar 2015 Unterstützungsleistungen zu, wobei eine Optimierung hinsichtlich des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) und der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie der Einteilung in fünf Pflegegrade am 1. Januar 2017 erfolgte (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 177). Die Pflegestärkungsgesetze werden nachfolgend beschrieben.

1.8.2.1 Pflegestärkungsgesetze (PSG)

Die Pflegestärkungsgesetze unterstützen durch gesetzliche Regelungen pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen. Mit dem Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) wurden die Leistungsbeiträge der Pflegeversicherungen erhöht, Kurzzeit- und Verhinderungspflege wurden optimiert und die Inanspruchnahme von niedrighwelligen Betreuungsleistungen der ambulanten Pflegedienste ausgeweitet und Zuzahlungen für pflegegerechte Umbaumaßnahmen in der Häuslichkeit erhöht, sodass ein Verbleib der zu pflegenden Personen in der Häuslichkeit gefördert wurde (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 177). Im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) wurde das Pflegesystem weiter optimiert, es wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff nach §14 Abs. 1 SGB XI eingeführt, der beinhaltet, dass jede pflegebedürftige Person einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhält (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 178). Es wurden nun im Gegensatz zum vorher geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffes auch die kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen von Personen mit Pflegebedarf berücksichtigt. Vorher wurden ausschließlich die Alltagsfähigkeiten hinsichtlich der Mobilität, Ernährung und Körperpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung berücksichtigt (Deutscher Caritasverband, 2019, S. 9). Hierbei wurde in drei Pflegestufen eingeteilt, welche durch fünf Pflegegrade ersetzt wurden, sodass die Art und der Umfang der Leistungen für die zu pflegende Person auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten ausgerichtet werden kann, unabhängig davon welche körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen

bestehen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 170). Die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt durch das neue Begutachtungsassessment (NBA) nach §15 Abs. 1 SGB XI (Deutscher Caritasverband, 2019, S. 9). Hierbei wird die individuelle Pflege- und Lebenssituation erfasst, sodass die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen aufrechterhalten und langfristig gestärkt werden können (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 178). Für die Einordnung in einen Pflegegrad benötigt es eine Einteilung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit oder den Fähigkeiten nach §14 Abs. 2 in sechs Bereichen (Deutscher Caritasverband, 2019, S. 9):

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhalten und psychische Problemlage
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

In der Tabelle 4 wird die Einteilung in die Pflegegrade nach §15 Absatz 3 SGB XI übersichtlich dargestellt:

Tabelle 4: Pflegegrade und die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten (modifiziert nach Barmer Pflegekasse, 2019, S. 7).

Gesamtwert der gewichteten Punkte aus allen Modulen (Gesamtpunkte)	Pflegegrad (PG)	Leistung seit 2017 pro Monat	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Ab 12,5 bis unter 27	PG 1		Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Ab 27 bis unter 47,5	PG 2	316 Euro	Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Ab 47,5 bis unter 70	PG 3	545 Euro	Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Ab 70 bis unter 90	PG 4	728 Euro	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Ab 90 bis unter 100	PG 5	901 Euro	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Die Pflegegrade 1 und 5 weisen einen gesonderten Stellenwert auf, d.h. wenn die erforderliche Gesamtpunktzahl nicht erreicht wird, können pflegebedürftige Personen mit spezifischem oder hohem Pflegebedarf und mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung, dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden. Um die Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und eine schwere Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, werden Personen mit geringem

Pflegebedarf dem Pflegegrad 1 zugeordnet und es können Leistungen, die eine selbstständige Versorgung im häuslichen Umfeld möglichst lange sicherstellen in Anspruch nehmen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, 170f.). Das dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) beinhaltet Ziele auf Kommunal-, Bundes- und Landesebene zur Unterstützung der Umsetzung von Empfehlungen zwischen Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 179ff.).

1.8.2.2 Arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen

Es wurden arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen festgelegt, um erwerbstätigen pflegenden Angehörigen die Möglichkeit zu geben, pflegebedürftige nahe Angehörige in der Häuslichkeit zu versorgen und dies mit der Berufstätigkeit zu vereinen. Diese gelten seit dem Jahr 2015 im Rahmen des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) und des Familienpflegezeitgesetzes (FPfZG) (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 3). Die gesetzlichen Regelungen gelten für Arbeitnehmer, zur Berufsausbildung Beschäftigte und für Personen, die als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind. Für Bundesbeamte und selbstständige Personen gelten die arbeitsrechtlichen Regelungen nicht (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 17). Bundesbeamte haben nach §21 Anspruch auf eine Sonderurlaubsverordnung. Bei einer Pflegebedürftigkeit und Versorgung in der Häuslichkeit kann eine gesetzliche Freistellung nach dem Pflegezeit- oder Familienpflegezeitgesetz erfolgen. Pflege in der Häuslichkeit bedeutet, dass die Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Wohnung des Pflegebedürftigen oder des Angehörigen, jedoch nicht in einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgt (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 18).

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung. Im Fall einer akut auftretenden Pflegesituation können Beschäftigte nach §2 des Pflegezeitgesetzes bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit freigestellt werden, um die Pflege zunächst selbst zu übernehmen, die bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung sicher zu stellen. Die kurzzeitige Arbeitsverhinderung und die voraussichtliche Dauer müssen dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden, es besteht jedoch keine Ankündigungsfrist und ist nicht von der Anzahl der Beschäftigten eines Unternehmens abhängig (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 14). Zusätzlich gilt seit dem Jahr 2015, dass erwerbstätige pflegende Angehörige, die kurzzeitig eine Pflegesituation organisieren müssen und keinen vergleichbaren Anspruch auf eine Entgeltfortzahlung haben, einen rechtlichen Anspruch auf ein Pflegeunterstützungsgeld nach §2 des Pflegezeitgesetzes und §44a des SGB IX haben

(Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 7). Das Pflegeunterstützungsgeld kann bei der Pflegekasse oder der privaten Pflegeversicherung beantragt werden.

Pflegezeitgesetz. Erwerbstätige pflegende Angehörige haben im Rahmen des Pflegezeitgesetzes die Möglichkeit auf Pflegezeit, wenn sie die Pflege eines nahen Angehörigen in der Häuslichkeit übernehmen. Die Pflegezeit unterscheidet sich von der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung hinsichtlich der Dauer einer vollständigen oder teilweisen Freistellung von der Berufstätigkeit und ist im §3 des Pflegezeitgesetzes verankert. Der Anspruch auf Pflegezeit gilt für Unternehmen mit mehr als 15 Mitarbeitern und beinhaltet eine Freistellung für maximal sechs Monate unabhängig vom Pflegegrad (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 110). Pflegende Angehörige können teilweise oder vollständig für die Pflege eines Angehörigen von der Arbeit freigestellt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit von der Pflegekasse oder dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nachgewiesen wurde (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 26). Der Arbeitgeber muss mindestens 10 Tage vor dem Beginn der Pflegezeit schriftlich darüber informiert werden und bei einer teilweisen Freistellung muss entsprechend eine schriftliche Vereinbarung über die Reduktion der Arbeitszeit zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer getroffen werden, wobei der Arbeitgeber sich an den Wünschen und Bedürfnissen des Arbeitnehmers zu orientieren hat (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 111). Bei einer vollständigen Freistellung gemäß dem Pflegezeitgesetz erfolgt keine Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber.

Familienpflegezeitgesetz. Wenn eine Pflegezeit mit der maximalen Dauer von sechs Monaten nicht ausreichend ist, besteht die Möglichkeit, dass erwerbstätige pflegende Angehörige die Familienpflegezeit in Anspruch nehmen können, wobei bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Stunden pro Woche der Zeitraum der Angehörigenpflege unabhängig vom Pflegegrad auf 24 Monate verlängert werden kann (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 144ff.). Ein Anspruch auf Familienpflegezeit gilt für Unternehmen mit mehr als 25 Mitarbeitern, wobei Auszubildende nicht mitgezählt werden. Die Familienpflegezeit muss innerhalb von acht Wochen insbesondere Zeitraum und Umfang der Freistellung beim Arbeitgeber beantragt werden und schriftlich zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer festgehalten werden.

Kündigungsschutz. Ein Kündigungsschutz besteht sowohl während der Pflegezeit als auch während der Familienpflegezeit von der Ankündigung bis höchstens zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn bis zur Beendigung der Pflegezeit oder Familienpflegezeit. Eine Kündigung ist jedoch nur in besonderen Ausnahmefällen möglich und wird von den zuständigen Landesbehörden für Arbeitsschutz entschieden (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 112).

Zinsloses Darlehen. Erwerbstätige pflegende Angehörige können während der Inanspruchnahme der Pflegezeit oder Familienpflegezeit für eine Absicherung des Lebensunterhalts ein zinsloses Darlehen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) erhalten (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 117). Bei kleinen Unternehmen, die die Mindestanzahl der Beschäftigten nicht erfüllen, kann eine freiwillige Vereinbarung entsprechend dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz getroffen werden (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 15). Weiterhin können alle Freistellungsleistungen des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes miteinander kombiniert werden, wenn diese ohne Unterbrechung aneinander anschließen. Voraussetzung ist jedoch, dass diese nahtlos aneinander anschließen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 112). Die Gesamtdauer kann höchstens 24 Monate betragen und die Ankündigungsfristen sowie die unterschiedlichen Bedingungen zur Inanspruchnahme sind zu berücksichtigen. Die nachfolgende Abbildung 16: Überblick über die Rechtsansprüche nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz (entnommen aus Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 6). Die Abbildung 16 stellt die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes übersichtlich dar.

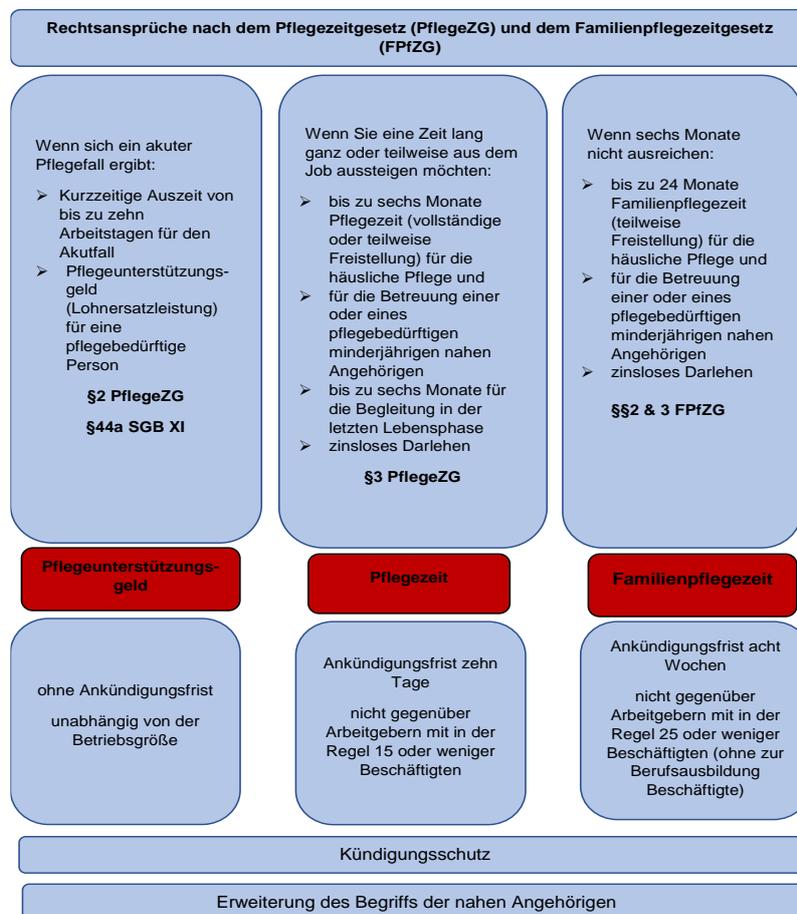


Abbildung 16: Überblick über die Rechtsansprüche nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz (entnommen aus Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 6).

1.8.2.3 Soziale Absicherung von Pflegepersonen

Pflegende Angehörige haben seit der Einführung des Pflegestärkungsgesetzes Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 105ff.) Demnach lautet es: *„Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt, hat als Pflegeperson Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung“* (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 105). Die soziale Sicherung umfasst Ansprüche auf Rentenversicherung, Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung sowie Kranken- und Pflegeversicherung.

Anspruch auf Rentenversicherung. Es bestehen Rentenversicherungsansprüche, wenn die Pflegeperson in Regelmäßigkeit nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich bei einem Unternehmen beschäftigt ist, noch keine Vollrente bezieht und die Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung noch nicht erreicht ist (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 19; Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 106). Die Ansprüche werden durch die Pflegeversicherung gedeckt und der Beitrag richtet sich nach dem Pflegegrad der pflegebedürftigen Person und der bezogenen Leistungsart (Pflegegeld, Kombinationsleistungen, ambulante Pflegesachleistungen). Bei Inanspruchnahme der Familienpflegezeit entrichtet der Arbeitgeber die Beiträge zur Rentenversicherung entsprechend der reduzierten Arbeitszeit.

Anspruch auf Unfallversicherung. Die gesetzliche Unfallversicherung ist für Pflegepersonen beitragsfrei und umfasst alle Tätigkeiten, die im Rahmen der Pflegeversicherung als pflegerische Maßnahmen gelten. Es besteht außerdem ein Versicherungsschutz bei der Führung des Haushaltes und dem Hin- und Rückweg zur Ausführung der pflegerischen Versorgung, wenn die Pflegeperson nicht im gleichen Haushalt lebt, wie die zu pflegende Person (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 20; Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 106).

Anspruch auf Arbeitslosenversicherung. Bei Übernahme von Angehörigenpflege wird die Arbeitslosenversicherung seit dem 1. Januar 2017 von der Pflegeversicherung für die gesamte Dauer der Pflege übernommen, wenn die Pflegeperson aus dem Beruf aussteigt. Wenn ein Einstieg in ein Beschäftigungsverhältnis nach der Pflegetätigkeit nicht nahtlos möglich ist, besteht für Pflegepersonen der Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen zur aktiven Arbeitsförderung (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 20; Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 108).

Anspruch auf Kranken- und Pflegeversicherung. Bei Inanspruchnahme der Pflegezeit besteht in der Regel eine Familienversicherung, sodass der Versicherungsschutz erhalten bleibt. Bei Inanspruchnahme der Familienpflegezeit werden die Sozialversicherungsbeiträge

anteilig entsprechend des reduzierten Beschäftigungsverhältnisses weitergezahlt. Wenn dies nicht zutrifft, ist die Pflegeperson verpflichtet, sich freiwillig zu versichern und zahlt den Mindestbeitrag. Eine private Versicherung bleibt während einer Pflegesituation grundsätzlich bestehen und es werden sowohl für die gesetzlich und privat Versicherten die Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages von der Pflegeversicherung erstattet (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 112f.).

Kasten 9: Zusammenfassung - Gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland.

Es lässt sich zusammenfassen, dass familienfreundliche und flexible Arbeitszeitmodelle die Zufriedenheit der Mitarbeiter steigern, einem Fachkräftemangel vorbeugen sowie die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens stärken können und für qualifizierte Bewerber interessant ist sowie Vorteile für den Arbeitnehmer und den Arbeitgeber darstellen. Durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflegestärkungsgesetze (PSG I u. II) hinsichtlich der Inanspruchnahme einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung, einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit sowie einem Kündigungsschutz während einer Inanspruchnahme dieser gesetzlichen Maßnahmen und der Möglichkeit zur Aufnahme eines zinslosen Darlehens kann die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf unterstützt werden. Außerdem sind pflegende Angehörige sozial abgesichert durch den Anspruch auf Rentenversicherung, Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung und Kranken- und Pflegeversicherung.

1.8.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen in Dänemark

Das dänische Gesundheitsgesetz beinhaltet keine gesetzlichen Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige, lediglich vielfältige Empfehlungen an das Gesundheitswesen, wie mit pflegenden Angehörigen umgegangen und interagiert werden kann (Danske Patienter, 2020). Im dänischen Dienstleistungsgesetz, welches den sozialen und kommunalen Bereich umfasst, finden sich einige rechtliche Bestimmungen für pflegende Angehörige, die im weiteren Verlauf detaillierter dargestellt werden. Das dänische Gesundheitsgesetz umfasst keine generellen Richtlinien zur Teilhabe oder Unterstützung von Patienten und ihren Angehörigen. Die Patienten müssen dem Gesundheitspersonal aufgrund der geltenden Schweigepflicht eine Einverständniserklärung darüber abgeben, dass die Angehörigen am Behandlungsprozess teilhaben dürfen (Danske Patienter, 2020). Dabei gibt es einige Ausnahmen, z.B., wenn der Patient selbst keine Verantwortung übernehmen kann, dann muss die Weitergabe von Informationen die Notwendigkeit der Vertraulichkeit übersteigen, bevor die Angehörigen einbezogen werden können. Wenn eine dauerhafte Rechtsunfähigkeit besteht, ist es verpflichtend, die nahen Angehörigen in dem Umfang zu informieren, sodass eine bedingte Zustimmung der Behandlung erfolgen kann. Daher existieren lediglich nationale politische

Bestimmungen, die die Rechte von Angehörigen in Bezug auf die Vertraulichkeit und Selbstbestimmung des Patienten umfassen (Danske Patienter, 2020). Es bestehen keine gesetzlichen oder national gültigen Bestimmungen, außer es handelt sich um Patienten mit Rechtsunfähigkeit. Dennoch gibt es einige regionale Maßnahmen, kommunale Angebote und nationale Empfehlungen für das Gesundheitswesen im Umgang mit pflegenden Angehörigen von schwer erkrankten Menschen (vgl. Kap. 1.9.1). Im Vergleich zu Norwegen und Schweden gibt es in diesen beiden skandinavischen Ländern gesetzliche Bestimmungen im Gesundheitsgesetz für pflegende Angehörige, wobei Norwegen diesbezüglich am besten aufgestellt ist (Danske Patienter, 2020). In Dänemark wird die Unterstützung von pflegenden Angehörigen primär mittels nationaler Empfehlungen (vgl. Kap. 1.9.1) und auf lokaler Ebene hinsichtlich unterschiedlicher kommunaler Vereinbarungen geregelt.

1.8.3.1 Dienstleistungsgesetz

Das dänische Dienstleistungsgesetz beinhaltet im Gegensatz zum Gesundheitsgesetz einige Paragraphen für schwer erkrankte Personen und ihre Angehörigen, die nachfolgend dargestellt werden. Die allgemeinen Regelungen umfassen die Paragraphen §81-84, die arbeitsrechtlichen Bestimmungen die Paragraphen §118 und §119 und die soziale Absicherung von Pflegepersonen der §120 des Dienstleistungsgesetzes.

§81 Servicelov (2020). Das Ziel der Unterstützung durch dieses Gesetz ist es, bei erwachsenen Personen mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen oder mit besonderen sozialen Problemen die Erhaltung einer ganzheitlichen und gesundheitsorientierten Behandlung sicherzustellen, die den individuellen Bedürfnissen entspricht. Die Unterstützungsleistungen müssen mit dem Ziel erfolgen, die eigenen Möglichkeiten und die Verantwortung des Einzelnen zu stärken sowie die eigenen Potenziale so weit wie möglich zu entwickeln und zu nutzen. Außerdem soll sichergestellt werden, dass die Person das derzeitige Funktionsniveau aufrechterhalten kann, und dass Ausgleich, Fürsorge und Pflege geleistet werden. Daher müssen die Maßnahmen:

1. verhindern, dass sich die Probleme des Einzelnen verschlimmern;
2. die Fähigkeiten des Einzelnen unterstützen, die eigenen Ressourcen aufrechtzuerhalten oder ein höheres Maß an Selbstständigkeit zu fördern sowie die sozialen und persönlichen Fertigkeiten zu verbessern;
3. die Lebensqualität des Einzelnen durch Kontakt, Teilhabeangebote, Aktivitäten, Behandlungen, Fürsorge und Pflege verbessern;

4. die Eingliederung in die Gesellschaft fördern, insbesondere der Verbesserung der Möglichkeiten des Einzelnen zur Teilnahme an Ausbildung, Erwerbstätigkeit und am sozialen Leben;
5. eine ganzheitliche Unterstützung durch Angebote, die auf die besonderen Bedürfnisse des Einzelnen in seinem eigenen Wohnraum ausgerichtet sind, einschließlich Wohnangeboten nach dem Gesetz über allgemeinen Wohnraum usw. oder einem Wohnangebot diesem Gesetz entsprechend.

§ 82 (Servicelov, 2020). Die kommunale Gesetzgebung leistet gemäß dem Ziel dem §81 zufolge, Unterstützung für Personen mit erheblichen psychischen Beeinträchtigungen, die sich nicht um ihre eigenen Bedürfnisse kümmern können, unabhängig davon ob eine Zustimmung des Einzelnen vorliegt. Die Unterstützung kann jedoch nicht durch körperlichen Zwang erfolgen. Die kommunale Gesetzgebung muss sicherstellen, ob es nahe Angehörige oder andere Personen gibt, die an der Versorgung der Person mit einer erheblichen psychischen Beeinträchtigung beteiligt sein können sowie die Familie auffordern, einen gesetzlichen Vormund nach dem Vormundschaftsgesetz zu ernennen (Absatz 2).

§83 (Servicelov, 2020). Die kommunale Gesetzgebung muss anbieten:

1. Persönliche Hilfe und Pflege
2. Hilfe oder Unterstützung bei notwendigen praktischen Aufgaben im Haushalt und
3. Nahrungsmittelversorgung

Die **Absätze 2 bis 8** umfassen detaillierte Informationen zu den aufgeführten Angeboten. Absatz 2 beschreibt die Personengruppen, für die die Angebote gelten, Absatz 3 die Beurteilung der kommunalen Gesetzgebung hinsichtlich des Unterstützungsbedarfs, Absatz 4 beinhaltet die Aufrechterhaltung oder Förderung von Fähigkeiten oder Reduktion von Beeinträchtigungen bei Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote. Der Absatz 5 beinhaltet die Festlegung von individuellen Zielen für die Hilfeleistungen des einzelnen Empfängers, Absatz 6 die Beurteilung in Verbindung mit dem Abschluss einer Rehabilitationsmaßnahme, Absatz 7, dass die Angebote nicht als generelle Angebote nach §79 erfolgen dürfen und Absatz 8 die Regelung hinsichtlich Wohnen, Pflege und Fürsorge (Pflege- testament) bei einer Person mit einer Demenzdiagnose.

§84 (Servicelov, 2020). Die kommunale Gesetzgebung muss Erleichterungen oder Entlastungsangebote für Ehepartner, Eltern oder andere nahe Angehörige anbieten, die eine Person mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen pflegen. Außerdem kann die Kommune Personen, die für einen bestimmten Zeitraum ein besonderes Bedürfnis für Pflege und Fürsorge haben, eine vorübergehende Unterkunft anbieten (Absatz 2).

1.8.3.2 Arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen

Die arbeitsrechtlichen Grundlagen für pflegende Angehörige mit einer Erwerbstätigkeit sind in den Paragrafen §118 und §119 des Dienstleistungsgesetzes aufgeführt und lauten:

§ 118 (Servicelov, 2020). Eine erwerbstätige Person, die nahe Angehörige mit erheblichen und dauerhaften körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen oder schweren chronischen oder langfristigen, einschließlich unheilbarer Störungen in der Häuslichkeit pflegen möchte, sollte von der Kommune eingestellt werden, wenn

1. die Alternative zur häuslichen Pflege die ambulante Pflege ist oder die Notwendigkeit einer Vollzeitpflegetätigkeit besteht
2. zwischen den Parteien eine Vereinbarung über den Aufbau des Pflegeverhältnisses besteht und
3. die kommunale Gesetzgebung der Meinung ist, dass es keine entscheidenden Überlegungen gibt, die dagegensprechen, dass die betreffende Person die Pflege übernimmt.

Gemäß **Absatz 2** muss die Person bei der Kommune für die Pflegetätigkeit beschäftigt werden, in der die zu pflegende Person wohnt. Das Gehalt beträgt 16.556 Kronen im Monat. Die Rentenbeiträge werden mit insgesamt 12% gezahlt, davon werden 4% vom Lohn einbehalten, wobei der Arbeitgeber 8% des Gehalts zahlt. Der **Absatz 3** besagt, dass die Person für bis zu 6 Monate von der Kommune eingestellt werden kann, um den nahen Angehörigen zu pflegen. Die Pflegezeit kann unter besonderen Umständen um bis zu 3 Monate verlängert werden und in Perioden von ganzen Monaten unterteilt werden. In Absprache mit dem Arbeitgeber, der den Pflegeurlaub für die Pflege eines nahen Angehörigen genehmigt hat, kann die Pflege in kürzere Zeiträume unterteilt werden. Die Pflegetätigkeit kann unter mehreren Personen aufgeteilt werden, wenn alle die Beschäftigungsbedingungen nach Absatz 1 erfüllen. Die **Absatz 4** enthält Regelungen zur Vergütung bei mehr als einer Pflegeperson, der **Absatz 5** beinhaltet die Leistung einer Pflegeordnung für einen kontinuierlichen Krankheitsverlauf oder eine Behinderung und der **Absatz 6** den Abschluss und die Regelungen des Arbeitsvertrages zwischen der Pflegeperson und der kommunalen Gesetzgebung.

§ 119 – Übernahme der Pflege von sterbenden Angehörigen (Servicelov, 2020). Personen, die einen Angehörigen pflegen, der den Wunsch hat in der Häuslichkeit zu sterben, haben auf Antrag Anspruch auf Erstattung der Pflegevergütung gemäß §120. Das ist eine Bedingung dafür, dass die Pflegevergütung geleistet wird, dass der Zustand der erkrankten Person nach einer ärztlichen Beurteilung aussichtslos ist und keinen anderen Krankenhausaufenthalt oder Aufenthalt in einem Pflegeheim, Pflegeeinrichtung oder ähnlichem erfordert.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass die erkrankte Person mit der Übernahme der Pflege einverstanden ist. Gemäß **Absatz 2** hat ein Arbeitgeber, der einem Arbeitnehmer während der Abwesenheit von der Arbeit im Zusammenhang mit der Pflege einer nahestehenden Person gemäß Absatz 1 einen Lohn zahlt, Anspruch auf den Betrag, auf den der Arbeitnehmer ansonsten gemäß §120 Absatz 1 Anspruch auf Pflegegeld gehabt hätte, sodass der Arbeitnehmer kein verlorenes Arbeitseinkommen hat.

1.8.3.3 Soziale Absicherung von Pflegepersonen

Die soziale Absicherung von Pflegepersonen ist im Dienstleistungsgesetz **Paragraf §120** aufgeführt und beinhaltet: Das Pflegegeld nach §119 entspricht dem 1,5-fachen des Arbeitslosengeldes, auf das der Empfänger im Falle einer eigenen Erkrankung nach dem Krankengeldgesetz infolge Absatz 2 Anspruch hätte. Selbstständige, die nicht freiwillig versichert sind oder ab dem dritten Tag der Abwesenheit Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung haben, können gemäß der freiwilligen Versicherung ab dem ersten Tag der Abwesenheit eine Pflegebeihilfe erhalten. Das Pflegegeld darf das bisherige Einkommen infolge §47 des Krankengeldgesetzes nicht übersteigen. Gemäß **Absatz 2** erhalten Personen, die nach Absatz 1 keinen Anspruch auf Pflegegeld haben, monatlich 11.609 Kronen Pflegevergütung. Personen, die nach Absatz 1 Anspruch auf Pflegegeld haben, können sich stattdessen dafür entscheiden, eine Pflegevergütung zu erhalten, wie im ersten Absatz angegeben. Wenn mehrere Personen sich die Pfllegetätigkeit teilen, wird der Betrag entsprechend auf den Anteil der Person an der Pfllegetätigkeit reduziert. Die **Absätze 3** und **4** beinhalten weitere Regelungen zum Betrag des Pflegegeldes und zur Pflegevergütung.

§121 (Servicelov, 2020). Das Recht auf Pflegegeld erlischt mit dem Ende des Pflegeverhältnisses. Nach dem Tod der zu pflegenden Person bleibt das Recht auf Pflegegeld bis zu 14 Tage bestehen. Eine kurzzeitige Aufnahme der zu pflegenden Person in ein Krankenhaus oder ähnliche Einrichtung führt an sich nicht zum Verlust des Pflegegeldes. Nach **Absatz 2** kann die kommunale Gesetzgebung in Ausnahmefällen über die Beendigung des Anspruchs auf Pflegegeld entscheiden, wenn die häusliche Pflege weiterhin als nicht angemessen angesehen werden kann.

Kasten 10: Zusammenfassung - Gesetzliche Rahmenbedingungen in Dänemark.

Auch für Dänemark lässt sich insgesamt festzuhalten, dass familienfreundliche und flexible Arbeitszeitmodelle die Zufriedenheit und Gesundheit der Mitarbeiter steigern, einem Fachkräftemangel vorbeugen und die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens stärken können. Durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen des dänischen Dienstleistungsgesetzes können pflegende Angehörige unterstützt werden. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen unterscheiden sich grundlegend zu den deutschen Maßnahmen in Form der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach der terminalen Phase (Pflege von sterbenden Personen) oder nicht terminalen Phase. Demnach kann bei der Pflege von sterbenden Personen auch in Teilzeit einer Erwerbstätigkeit nachgegangen werden. Pflegende Angehörige können für die Übernahme der Pflege von der Kommune angestellt werden und erhalten eine entsprechende Vergütung.

1.8.4 Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf während der Corona-Pandemie

In diesem Kapitel wird auf die besondere Situation der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf während der Corona-Pandemie und den daraus resultierenden Veränderungen in Deutschland und in Dänemark eingegangen, da die vorliegende Dissertation zum Teil während der Corona-Pandemie erstellt wurde.

Auf der Internetseite des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020) wurde darauf verwiesen, dass eine Akuthilfe für pflegende Angehörige beschlossen wurde, da pflegende Angehörige, die die Pflege in der Häuslichkeit übernehmen, durch die Corona-Pandemie zusätzlich belastet sind und die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf noch schwieriger zu absolvieren ist und ein Bedarf an flexiblen Unterstützungsangeboten besteht. Dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020) zufolge pflegen demnach 2,5 Millionen erwerbstätige Personen einen Angehörigen in der Häuslichkeit. Die Akuthilfe wurde ab dem 14. Mai 2020 bis 31. Dezember 2020 vereinfacht. Der Kasten 11 fasst die Maßnahmen für eine verbesserte Unterstützung von pflegenden Angehörigen während der Corona-Pandemie zusammen. Besonderheiten gibt es bei den Regelungen zur kurzzeitigen Arbeitsverhinderung und zum Pflegeunterstützungsgeld, welche nun bis zu 20 Tage in Anspruch genommen werden können. Außerdem wurden Pflegezeit und Familienpflegezeit hinsichtlich der Freistellung, Ankündigungsfrist sowie Mindestarbeitszeit vereinfacht. Die Rückzahlung des zinslosen Darlehens wurde außerdem flexibilisiert, sodass einkommensreduzierte Monate unberücksichtigt bleiben.

Kasten 11: Verbesserte Unterstützung bei akuten Pflegesituationen (modifiziert nach Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020).

- Im Falle einer corona-bedingten Angehörigenpflege oder Neuorganisation der Pflege können statt 10 bis zu **20 Arbeitstage** freigestellt werden
- Das **Pflegeunterstützungsgeld** kann ebenfalls bis zu 20 Arbeitstage in Anspruch genommen werden, wenn die Pflege in der Häuslichkeit erfolgt
- Die **Pflegezeit und Familienpflegezeit** werden flexibilisiert
 - Einfachere Freistellung von sechs Monaten (Pflegezeit) bzw. 24 Monaten (Familienpflegezeit) oder nach einer Unterbrechung wieder Aufnahme der Berufstätigkeit (vollständig oder Teilzeit)
 - **Ankündigungsfrist** gegenüber dem Arbeitgeber beträgt bei der Familienpflegezeit vorübergehend zehn Tage (statt acht Wochen), Ankündigung in Textform genügt.
 - **Mindestarbeitszeit** der Familienpflegezeit von 15 Wochenstunden kann vorübergehend unterschritten werden.
 - Der unmittelbare Anschluss zwischen Pflegezeit und Familienpflegezeit befristet entfällt.
- Berücksichtigung von Einkommenseinbußen bei der finanziellen **Förderung durch zinslose Darlehen**
 - Darlehen nach dem Familienpflegezeitgesetz wird den aktuellen Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt angepasst. Monate mit pandemiebedingten Einkommensausfällen können bei der Ermittlung der Darlehenshöhe auf Antrag unberücksichtigt bleiben. Die Rückzahlung der Darlehen wird im Verwaltungsverfahren erleichtert.

Dänemark. In Dänemark haben die Kommunen und Krankenhäuser ihre Richtlinien für pflegende Angehörige aufgrund der Corona-Pandemie verändert, wobei einige Regelungen für das ganze Land gelten und einige lokal und regional in den Kommunen geregelt sind (Bedre Psykiatri - landsforening for pårørende, 2020). Demnach gelten die Regelungen des Dienstleistungsgesetzes nicht wie normal, was bedeutet, dass die Kommunen während der Pandemie für Personen mit einer psychischen Erkrankung oder anderen Bürgern nicht die soziale Hilfe erbringen müssen, die sie ansonsten erhalten oder das Recht darauf haben. Dies wurde in einer Bekanntmachung des Sozial- und Innenministeriums am 17. März für alle Kommunen geltend gemacht. Die Kommunen müssen den Bedarf des einzelnen Bürgers individuell beurteilen, wenn Änderungen für die Leistungsansprüche vorgenommen werden (Sundhedsstyrelsen, 2020). Es darf nicht beschlossen werden, dass alle Unterstützungsleistungen zurückgefahren werden oder telefonisch stattfinden, sondern es muss eine konkrete und individuelle Beurteilung des Bedarfes für Hilfe, Pflege und Unterstützung erfolgen. So ist jede Kommune selbst dafür verantwortlich, was im Rahmen der gesetzlichen Maßnahmen geleistet werden kann und was nicht. Während der Corona-Pandemie besteht allerdings keine Garantie für eine schnelle Untersuchung und Behandlung, die ansonsten im

Rahmen von 30 Tagen besteht (Bedre Psykiatri - landsforening for pårørende, 2020). Für pflegende Angehörige von demenzkranken Personen wurde ein Budget eingerichtet, das die pflegenden Angehörigen entlasten soll (Sundhedsstyrelsen, 2020). Demzufolge können Freiwilligenverbände und Organisationen Zuschüsse für Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige von Menschen mit einer Demenzerkrankung beantragen. Dabei kann es sich um Entlastungsangebote oder verschiedene Technologien und digitale Lösungen handeln, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten. Alle Aktivitäten müssen dabei im Rahmen der aktuellen Richtlinien für Gesundheitsberufe durchgeführt werden, um Infektionen bei Menschen mit COVID-19 zu verhindern. Insgesamt kann durch verhältnispräventive Maßnahmen in Form einer pflegesensiblen Unternehmenskultur mit ausreichend Flexibilität in der Gestaltung der Arbeitszeit und des Arbeitsortes sowie durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in beiden Ländern unterstützt werden.

1.9 Kontextorientierte Verhaltensprävention zur Gesundheitsförderung bei erwerbstätigen pflegenden Angehörigen

Um die Vereinbarkeit von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen zu fördern, bestehen einige Unterstützungsangebote im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung, die im nachfolgenden Abschnitt kurz dargestellt werden. Hierbei wird zum einen auf bestehende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung eingegangen und zwei Good-Practice Beispiele von deutschen Unternehmen vorgestellt. Anschließend werden ausgewählte gesundheitsförderliche Maßnahmen aus Dänemark vorgestellt. Weiterhin werden die Ergebnisse zweier Masterarbeiten zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf dargestellt, welche die Grundlage für das Promotionsvorhaben bilden.

1.9.1 Bestehende Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige

Im Folgenden wird eine exemplarische Auswahl von bestehenden Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige in Deutschland dargestellt. Es handelt sich dabei um regionale Angebote und digitale Angebote. Für Dänemark werden die nationalen Empfehlungen zur Gesundheitsförderung hinsichtlich der Teilhabe von pflegenden Angehörigen aufgezeigt und dementsprechend ausgewählte kommunale bzw. nationale Beispiele für bestehende gesundheitsförderliche Maßnahmen vorgestellt.

Familiale Pflege. Das St. Franziskus Krankenhaus in Flensburg bietet so genannte Pflegekurse für pflegende Angehörige an, wenn die pflegebedürftigen Patienten nach einem stationären Aufenthalt entlassen werden (Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital, 2020). Die Pflegekurse sollen die pflegenden Angehörigen beim Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit unterstützen und Unsicherheiten im Umgang mit der pflegebedürftigen Person reduzieren. Bereits während des Aufenthaltes im Krankenhaus können Beratungen und Pflegekurse im Gruppensetting sowie individuelle Pflegetrainings in Anspruch genommen werden. Die Angebote sind kostenlos, da es sich um ein Modellprojekt namens „*familiale Pflege*“ handelt, welches von der Universität Bielefeld und der AOK NORDWEST initiiert wurde. Die einzige Voraussetzung zur Teilnahme ist ein zu erwartender Pflegegrad (Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital, 2020). Die Gruppenangebote finden innerhalb von drei Wochen im Umfang von vier Stunden statt und es wird Basiswissen zum Umgang mit einer Pflegesituation (z.B. Körperpflege, Mobilisation, Lagerung, Ausscheidungen, Einsatz von Hilfsmitteln, Sturz- und Dekubitus-Prophylaxen) vermittelt (Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital, 2020). Außerdem wird gesondert auf den Umgang mit demenziell erkrankten Personen eingegangen. Es wird auf die individuellen Bedürfnisse der Kursteilnehmer geachtet und zusätzlich Pflegetrainings in der häuslichen Umgebung angeboten. Weiterhin finden regelmäßig Gesprächskreise statt, um pflegenden Angehörigen einen gegenseitigen Austausch zu ermöglichen.

Konzept der AMEOS Rehabilitationsklinik Ratzeburg. Die AMEOS Rehabilitationsklinik für pflegende Angehörige in Ratzeburg hat im Jahr 2012 ein interdisziplinäres psychosomatisches Rehabilitationsprogramm für pflegende Angehörige entwickelt, welches im nachfolgenden Abschnitt kurz skizziert wird (Deck, Bussmann, Simons, Al-Hashimy & Stark, 2019, S. 113f.). Der Fokus des Konzeptes liegt auf der psychosomatischen Behandlung von Angehörigen, die eine demenzkranke Person pflegen. Der an Demenz Erkrankte kann während der Rehabilitation auf Wunsch mit aufgenommen und versorgt werden. So werden die Rehabilitationsmaßnahmen der Angehörigen eher in Anspruch genommen. Die Klinik ist ausgerichtet auf unterschiedliche Erkrankungsverläufe, so können leichtgradig demente Personen (Pflegegrad 2) und Patienten mit Pflegegrad 3 aufgenommen werden, die in einem eigenen Bereich untergebracht werden. Die entstehenden Kosten für eine Kurzzeit- oder Verhinderungspflege werden anteilig von der Pflegekasse übernommen. Ziel des Rehabilitationskonzeptes ist, durch Therapie, Schulung und Beratung das Unterstützungsnetzwerk und Ressourcen aufzubauen, sowie Stress und Belastungen nachhaltig zu reduzieren. Die Behandlung erfolgt multimodal und wird im Rahmen von psychotherapeutischen Einzel- und Gruppensitzungen, ärztlichen Visiten, pflegerischen Schulungen, Ergo-, Kunst, Musik- und Physiotherapie durchgeführt. Weiterhin werden Entspannungs-

techniken in Form von autogenem Training und Progressiver Muskelentspannung, demenzspezifische Angehörigen-Schulungen und Sozialberatung angeboten. Der Rehabilitationsaufenthalt beträgt durchschnittlich 21 Tage und kann bei Bedarf um ein oder zwei Wochen verlängert werden. Nach Abschluss der Rehabilitation erhalten die Patienten Nachsorgeempfehlungen in Form von ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen und Tagespflege für den Angehörigen (Deck et al., 2019, S. 113f.).

Gesundheitsportal Flensburg. Ein regionales Unterstützungsangebot stellt das Gesundheitsportal Flensburg dar, welches einen Zugang und Informationen über bestehende Online-Kurse für pflegende Angehörige bietet. Es werden Informationen zu finanziellen, rechtlichen und organisatorischen Regelungen bei einer Pflegesituation bereitgestellt, pflege-relevante Abläufe sowie die Förderung der Wahrnehmung, der Erwerb von Fähigkeiten, wie z.B. rückenschonend pflegen, Transport der pflegebedürftigen Person, Hilfen bei der Nahrungsaufnahme, Tipps zur Körperpflege etc. und die Selbstfürsorge (z.B. Modul: „*Wie gut sorgen Sie für sich?*“, „*Tipps zur Selbstsorge*“) thematisiert (Curendo Pflegecoach, 2020). Anbieter ist das Beratungsportal Curendo, die DAK Gesundheit und die Techniker Krankenkasse. Das Unterstützungsangebot ist für alle pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich pflegenden Angehörigen konzipiert, es ist kostenfrei und 35 Krankenkassen sind als Kooperationspartner beteiligt. Die Abbildung 17 stellt eine Übersicht über das Online-Kursangebot dar.

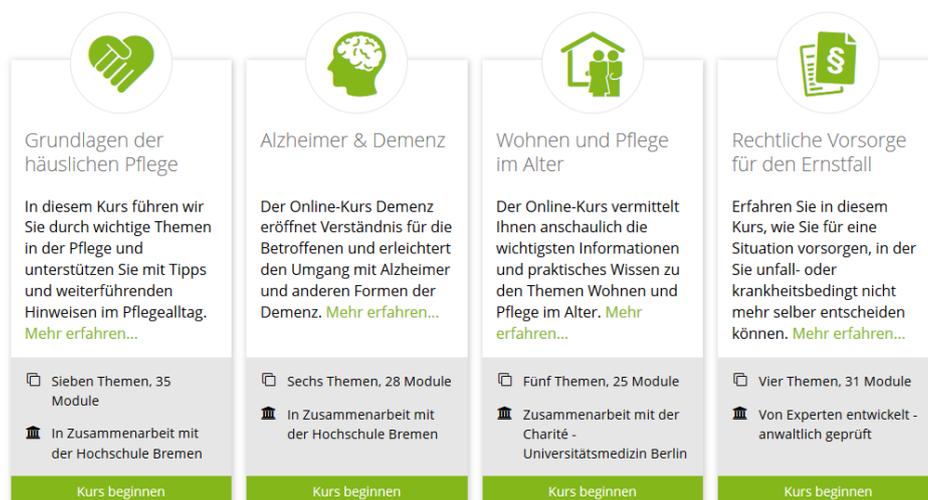


Abbildung 17: Übersicht über das Kursangebot Curendo (entnommen aus Curendo Pflegecoach, 2020).

DAK-Pflegecoach. Der DAK-Pflegecoach ist ein Online-Coaching Angebot der DAK Gesundheit für pflegende Angehörige und ist für Kassenmitglieder kostenfrei (DAK-Pflegecoach, 2020). Ein Vorteil des Programmes ist, dass die Bearbeitungszeiten vom Nutzer flexibel zu jeder Tageszeit erfolgen können. Zusätzlich beinhaltet das Programm einen

Expertenrat bei spezifischen Fragen, der über Emailverkehr geregelt ist. Das Programm beinhaltet die drei verschiedenen Kursoptionen *Grundlagen häuslicher Pflege*, *Alzheimer und Demenz* und *Wohnen und Leben im Alter*, die in der Abbildung 18 übersichtlich dargestellt sind.

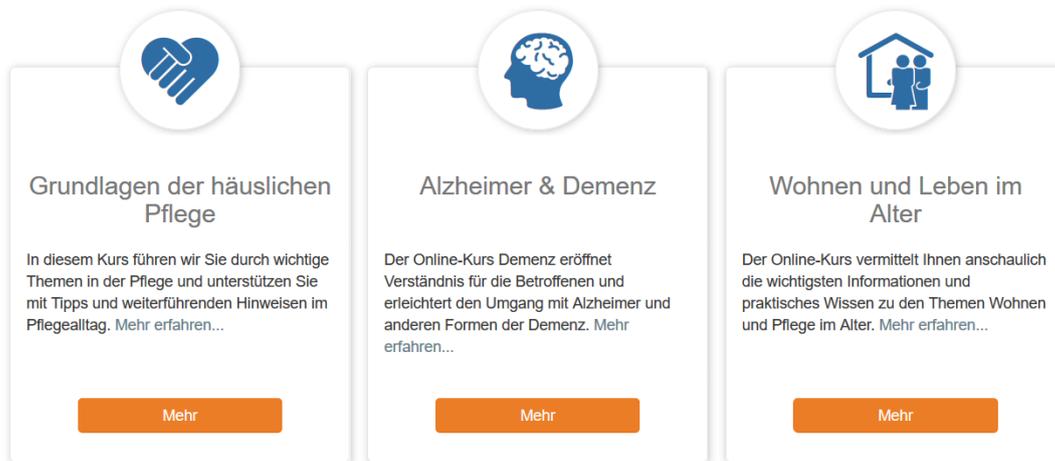


Abbildung 18: Übersicht des Kursangebotes der DAK Gesundheit (entnommen aus DAK-Pflegecoach, 2020).

Techniker Krankenkasse: Pflegecoach. Das Online-Kursangebot der Techniker Krankenkasse beinhaltet 4 Module zu den Themen: *Verständnis und Zuwendung*, *Pflegeumgebung*, *Richtig pflegen* und *Selbstschutz für Pflegenden* (Techniker Krankenkasse, 2020). Der Zugang ist ohne Anmeldung möglich und richtet sich an alle pflegenden Angehörigen und an dem Thema interessierten Personen. Die Abbildung 19 visualisiert die Module des Pflegecoachs der Techniker Krankenkasse im Überblick.

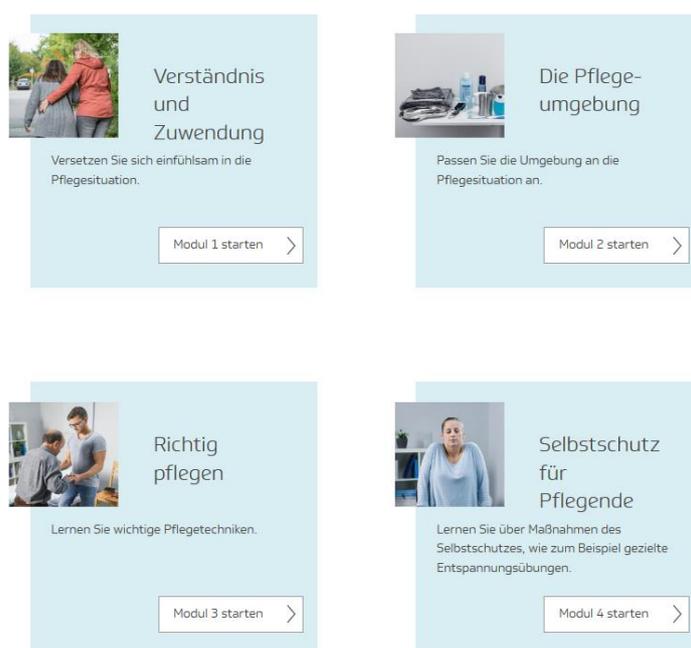


Abbildung 19: Übersicht des TK Pflegecoachs (entnommen aus Techniker Krankenkasse, 2020).

Pflegelotsen in Schleswig-Holstein. Das Programm „Betriebliche Pflegelotsen“ des Unternehmensverbands Nord, der AOK NORDWEST, dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und dem Landes-Sozialministerium soll die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in Unternehmen unterstützen (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren, 2019). Dabei sollen pflegende Angehörige in Schleswig-Holstein an ihrem Arbeitsplatz kompetent über Angehörigenpflege informiert werden. Die Pflegelotsen können niedrigschwellig im betrieblichen Kontext eingesetzt werden und haben die Aufgabe, pflegenden Angehörigen zu helfen und ihnen ihrer Situation entsprechend konkrete Unterstützung zu geben, vor allem wenn die Pflegesituation unerwartet auftritt, vermitteln Pflegelotsen zu professionellen Hilfe- und Unterstützungseinrichtungen. So kann außerdem das Tabuthema Angehörigenpflege am Arbeitsplatz abgebaut werden (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren, 2019). Dazu findet im innerbetrieblichen Rahmen ein Informationsgespräch statt, in denen gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen Lösungswege gefunden werden und zu konkreten Beratungsangeboten der gesetzlichen Pflegekassen, Pflegestützpunkte oder anderen kommunalen Beratungsstellen vermittelt werden. Demnach stellen die Pflegelotsen eine Art „Brücke“ zur Akzeptanz und Inanspruchnahme von Pflege- und Unterstützungsangeboten dar, erleichtern das Zurechtfinden im Pflegesystem und fördern die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Der Name Pflegelotsen stellt die Aufgabe dar, dass keine professionelle Pflegeberatung erfolgt, sondern die Vermittlung zu den richtigen Stellen und Angeboten der individuellen Situation entsprechend.

Die AOK NORDWEST bietet seit November 2019 in Kiel spezielle Schulungen für Pflegelotsen an, die von Unternehmen in Schleswig-Holstein in Anspruch genommen werden können. Die Schulung dauert einen Tag und vermittelt *„grundlegende Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung, Tipps und Hinweise für die ersten Schritte beim Eintreten einer Pflegebedürftigkeit sowie Lösungsansätze, wie Betriebe und Verwaltungen proaktiv mit dem Thema der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege umgehen können“* (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren, 2019). Die Pflegelotsen erhalten im Rahmen der Schulung eine Pflgetasche mit umfassendem Informationsmaterial und Leitfäden für die Arbeit mit pflegenden Angehörigen.

Kasten 12: Zusammenfassung der bestehenden Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige in Deutschland.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die Angebote für pflegende Angehörige unterstützend wirken können, besonders das Angebot der Pflegelotsen, welches betriebsintern ansetzt. Vorteile der digitalen Angebote sind, dass diese flächendeckend eingesetzt werden und zeitlich und flexibel in Anspruch genommen werden können. Des Weiteren können die Teilnehmer entsprechend ihrer Bedürfnisse die Inhalte auswählen. Der Zugang ist niedrigschwellig, kostenfrei und anonym. Inhaltlich liegt der Fokus auf der Informationsvermittlung und der Aneignung von Wissen über die Pflege. Praktische Elemente, wie z.B. Bewegungs- oder Entspannungsübungen können lediglich vermittelt und dazu angeregt werden. Ein Nachteil ist, dass eine soziale Interaktion und somit auch Wertschätzung, Anerkennung und Verständnis für die Zielgruppe fehlt. Bei der Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen wäre eine firmeninterne Ausrichtung solcher Angebote empfehlenswert, wobei die Unterstützung hinsichtlich der gesetzlichen Maßnahmen vom Arbeitgeber bzw. der Größe des Unternehmens abhängig ist (vgl. Kap. 1.6.2).

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014, S. 9ff.) hat Empfehlungen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf formuliert und einige Good-Practice Beispiele von Unternehmen dargestellt, von denen zwei exemplarisch kurz vorgestellt werden. Eine pflegesensible Unternehmenskultur sollte die in Abbildung 20 dargestellten Kriterien berücksichtigen. Für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf ist es bedeutsam, dass zunächst der Unterstützungsbedarf der pflegenden Angehörigen ermittelt wird, sodass sie ihren Bedürfnissen entsprechend Hilfe hinsichtlich Beratung bei z.B. der Inanspruchnahme von gesetzlichen Unterstützungsangeboten bekommen können (Deutscher Pflegering, 2020). Im Rahmen einer pflegesensiblen Unternehmenskultur werden dementsprechend Maßnahmen geschaffen, sodass ein gegenseitiges Verständnis und eine offene Kommunikation am Arbeitsplatz in Bezug auf die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf besteht. Die Unterstützungsangebote sollten verbreitet und kommuniziert werden, sodass die Angebote genutzt und genügend Teilnehmer akquiriert werden können. Die bestehenden Maßnahmen sollten im Rahmen einer stetigen Prozessoptimierung überprüft und weiterentwickelt werden (Deutscher Pflegering, 2020).

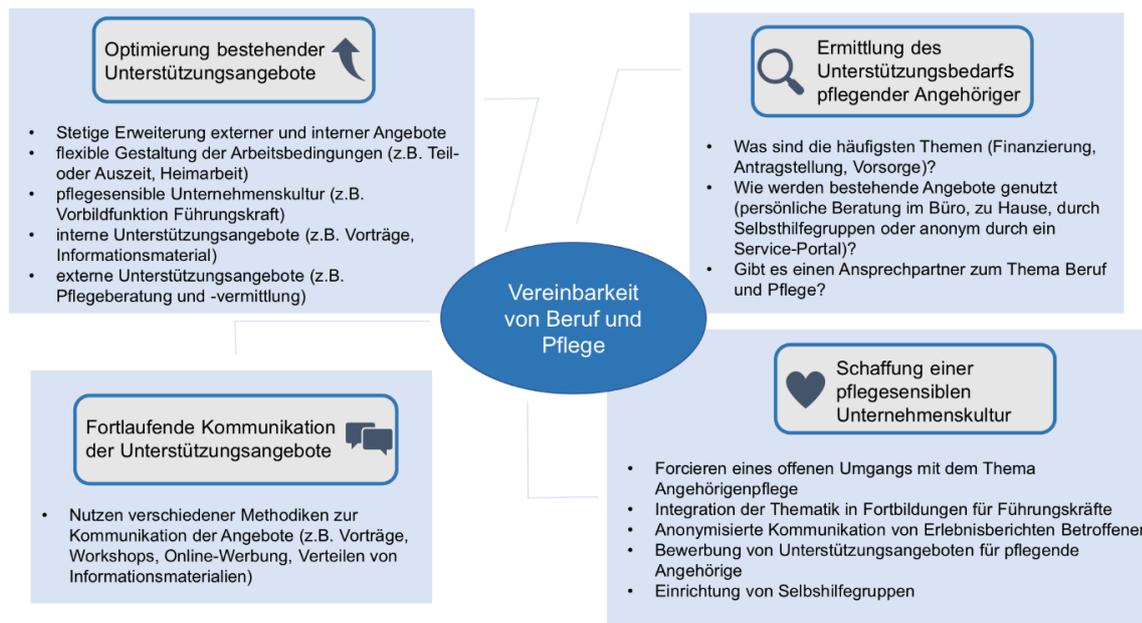


Abbildung 20: Kriterien zur Betrieblichen Gesundheitsförderung von pflegenden Angehörigen (in Anlehnung an Deutscher Pflegeering, 2020).

Nachfolgend werden zwei Beispiele von Unternehmen mit einer pflegesensiblen Unternehmenskultur vorgestellt, dabei handelt es sich zum einen um ein größeres Unternehmen und zum anderen um ein kleineres Unternehmen.

Good-Practice-Beispiele: Globus SB-Warenhaus Holding GmbH & Co. KG. Das Unternehmen hat ca. 17.000 Beschäftigte in 46 Standorten in Deutschland. Im Jahr 2018 wurde das Unternehmen zum vierten Mal in Folge vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit dem Zertifikat „berufundfamilie“ ausgezeichnet. Das Unternehmen bietet den Mitarbeitern eine individuelle Unterstützung hinsichtlich Beratungsangeboten und flexiblen Arbeitszeitmodellen. Die gesetzlich verankerte Familienpflegezeit kann individuell in Anspruch genommen werden. Seit dem Jahr 2007 werden im Rahmen des Projektes „Beruf und Familie“ Broschüren, Formulare, Beratungsadressen und pflegespezifische Publikationen im Intranet zur Verfügung gestellt. Außerdem gibt es ein sogenanntes „Infoboard“, wo über aktuelle Unterstützungsmaßnahmen informiert wird. Ein Fokus liegt auf einer offenen und vertrauensvollen Unternehmenskultur, um die Mitarbeiter anzuregen Problematiken anzusprechen, sodass die Mitarbeiter bei Vereinbarkeitsproblematiken keine negativen Konsequenzen erwarten müssen. Bei der für jeden Mitarbeiter individuellen Lösungsfindung können sowohl die Personalabteilung als auch die Kollegen beteiligt werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014, S. 14f.).

perbit Software GmbH. Das Unternehmen perbit hat 74 Mitarbeiter und führte eine Mitarbeiterbefragung zur Feststellung der Ist-Situation hinsichtlich der Pflege von Angehörigen durch (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014, S. 17f.).

Es waren 4 der 74 Mitarbeiter pflegende Angehörige, wobei eine zukünftige Steigerung auf 40% hinsichtlich eines Unterstützungsbedarfs angenommen wurde. Bei perbit gibt es flexible Arbeitszeitmodelle, im Rahmen von bezahlter Freistellung bei besonderen familiären Gegebenheiten, 15 Tage Pflegezeit in Anlehnung an die gesetzlich vorgeschriebene Verhinderungspflege mit 10 Tagen Pflegezeit, eine dreimonatige „Schnupperteilzeit“ bei einem akut eintretenden Pflegefall, sodass flexibel die Arbeitszeit angepasst werden kann. Außerdem stellt das Unternehmen einen Rollstuhl zur Verfügung, der für den Transport der pflegebedürftigen Person genutzt werden kann. Es stehen vielfältige Informationsmaterialien im Intranet für alle interessierten Mitarbeiter zur Verfügung und es gibt einen firmeninternen Standort als Anlaufstelle zur Beratung zum Thema Angehörigenpflege. Die Geschäftsführung und die Personalabteilung leisten beratende Tätigkeiten, wenn schnelle Hilfe benötigt wird (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014, S. 17f.).

Beide Unternehmen erfüllen viele der Kriterien einer pflegesensiblen Unternehmenskultur des Deutschen Pflegerings (2020). Der Fokus liegt hier vor allem auf der Unternehmenskultur und der Kommunikation. Bei perbit finden Evaluationen zur Optimierung der Maßnahmen statt, was allgemein bei Unternehmen eine bedürfnisgerechte Gestaltung der Maßnahmen sowie eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf ermöglichen kann.

Praxisbeispiele in Dänemark. In Dänemark ist die Gesundheitsförderung Aufgabe der Kommune, dennoch gibt es nationale Empfehlungen für den Einbezug von pflegenden Angehörigen (Danske Patienter, 2019b). Zur Integration und Unterstützung von pflegenden Angehörigen wurden nach den Danske Patienter (2019b, S. 3) drei zentrale Argumente national festgelegt:

1. Die Angehörigen sind die wichtigste Unterstützung während des Krankheitsverlaufes der Patienten mit einer schweren Erkrankung
2. Die Integration von Angehörigen kann zu besseren Behandlungs- und Rehabilitationsergebnissen der erkrankten Personen führen.
3. Eine individuelle Beteiligung und Unterstützung der Angehörigen kann eine Erkrankung aufgrund von Stress hinsichtlich der Pflegesituation vorbeugen, was zu einer höheren Lebensqualität der Angehörigen und sozioökonomischen Gewinnen beiträgt.

Die Vereinigung Danske Patienter (2019b, S. 4ff.) empfiehlt, dass das Gesundheits- und Sozialministerium eine Arbeitsgruppe für Angehörige gründen soll, die zur Aufgabe hat einen nationalen Handlungsplan für eine gesundheitsorientierte, verpflichtende Maßnahme für bessere Bedingungen der pflegenden Angehörigen zu entwickeln. Dieser Handlungsplan soll Angebote zur besseren Teilhabe am Behandlungsprozess, emotionalen Unterstützung, praktischen Hilfe und Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt enthalten und die Angehörigen in ihrer Rolle hinsichtlich der individuellen Bedürfnisse und Ressourcen unterstützen.

Die Arbeitsgruppe soll mit Patient- und Angehörigenvereinen, fachlichen Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens, der Kommunalen Landesvereinigung und den Dänischen Regionen zusammenarbeiten.

Teilhabe am Behandlungsprozess. Bislang gibt es noch keine Richtlinie für den Einbezug und die Aufklärung von Angehörigen über den Krankheitsverlauf der pflegebedürftigen Person, dennoch gibt es vielfältige Konzepte für die Teilhabe von Angehörigen am Behandlungsprozess. Somit besteht ein Bedarf für eine systematische Vorgehensweise, sodass alle Angehörigen alters-, bedarfs- und ihren Ressourcen entsprechend einbezogen werden können (Danske Patienter, 2019b, S. 5).

Emotionale Unterstützung. Es gibt keine grundlegenden Unterstützungsangebote des öffentlichen Sektors, um zu lernen, einen Pflegealltag zu bewältigen, dennoch gibt es kommunale Angebote für pflegende Angehörige, die aber nicht immer bekannt oder für alle Angehörigen entsprechend der Diagnose oder örtlichen Gegebenheiten zugänglich sind. Es besteht ein Bedarf an einer aufsuchenden Maßnahme, sodass eine emotionale Unterstützungsmaßnahme z.B. in Form von Coaching oder eines sozialen Netzwerkes in Anspruch genommen werden kann (Danske Patienter, 2019b, S. 5).

Praktische Hilfe. Es besteht eine begrenzte Beratungsleistung für pflegende Angehörige hinsichtlich des Behandlungsprozesses oder der gesetzlichen Maßnahmen des Dienstleistungsgesetzes. Die Möglichkeiten einer finanziellen Unterstützung oder praktischer Hilfe bei der häuslichen Pflege sind ebenfalls begrenzt. Es besteht daher ein Bedarf daran, dass pflegende Angehörige über die komplexen Richtlinien des Gesundheits- und Sozialwesens aufgeklärt werden, sodass mehr Angehörige die gesetzlichen Maßnahmen in Anspruch nehmen können. Die Kommunen haben laut §7 des Verwaltungsgesetzes eine Aufklärungspflicht, wenn Bürger sich mit Fragen an die Kommune wenden (Danske Patienter, 2019b, S. 6).

Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt. Die wenigsten pflegenden Angehörigen haben die Möglichkeit an einem Patientenkurs während der Arbeitszeit teilzunehmen und Urlaubs- oder Pflegetage müssen individuell mit dem Vorgesetzten vereinbart werden. Es besteht ein großer Bedarf hinsichtlich der Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Danske Patienter, 2019b, S. 6).

Modell für die Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen der Kommune Kolding. Die Kommune Kolding hat zusammen mit pflegenden Angehörigen, Bürgern, Interessenorganisation, Fachkräften und Politikern ein neues Modell für die Zusammenarbeit mit Angehörigen für die Kommune Kolding entwickelt (Kolding Kommune, o. J.). Das Modell ist auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen ausgerichtet und hat zum Ziel, die Kommunikation zwischen Mitarbeitern der Kommune und den pflegenden Angehörigen hinsichtlich der Angehörigenrolle zu verbessern und zu verdeutlichen, welche Unterstützungsmaßnahmen bei einer Pflegesituation in Anspruch genommen werden können. Die kommunalen Maßnahmen sollen hinsichtlich folgender vier Themenschwerpunkte, die aus der Sicht der pflegenden Angehörigen exploriert wurden, optimiert werden (Kolding Kommune, o. J.):

1. „Aufsetzen der Sauerstoffmaske“: Als Angehöriger den Fokus auf sich selbst behalten.
2. „Werkzeugkiste für die Angehörigenrolle“: Um mit der Angehörigenrolle zurechtzukommen ist es wichtig, nützliche „Werkzeuge“ zu besitzen.
3. „Atempause“: Eine Pause von der Angehörigenrolle nehmen und die Batterien aufladen.
4. „Angehörigen-Gemeinschaften“: Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen in ähnlichen Situationen.

Die Abbildung 21 visualisiert das Angehörigenmodell der Kommune Kolding. Im Folgenden werden noch einmal detaillierter die Themenschwerpunkte des Modells beschrieben.



Abbildung 21: Angehörigenmodell der Kommune Kolding (modifiziert nach Kolding Kommune, o. J., S. 3).

„Aufsetzen der Sauerstoffmaske“. Der Themenschwerpunkt soll den pflegenden Angehörigen helfen, die eigenen Grenzen wahrzunehmen, helfen den Weg zu finden, wenn Überforderung mit dem System, Regeln, Angeboten, Maßnahmen und diversen Formularen auftritt, Hilfe zur Vereinbarkeit zwischen der Angehörigenpflege und Beruf, Beratung zur Kommunikation in der Familie oder zur Zusammenarbeit mit der Kommune (Kolding Kommune, o. J., S. 4).

„Werkzeugkiste für die Angehörigenrolle“. Der Themenschwerpunkt beinhaltet Wissen, Beratung und Anleitung, Beratung über die Herausforderung der Pflegesituation, der Erkrankung, der Beeinträchtigung, der psychischen Verwundbarkeit, dem Missbrauch des nahen Angehörigen sowie Kontaktinformationen für Notfallsituationen oder Fragen zum Verlauf. Außerdem werden laufend Gespräche angeboten, in denen die Bedürfnisse und Wünsche für die Beteiligung und Zusammenarbeit geklärt werden sowie ein Überblick über einen Verlauf von Beginn an gegeben wird (Kolding Kommune, o. J., S. 4).

„Atempause“. Der Themenschwerpunkt enthält Beratung und Anleitung zur Inanspruchnahme einer Pause, konkrete Werkzeuge zur Koordination von Unterstützung seitens der Familie, des sozialen Netzwerkes oder Freiwilligen, sodass die Angehörigen das Gefühl bekommen, dass dort jemand ist, auf den sie sich verlassen können, wenn sie Hilfe benötigen (Kolding Kommune, o. J., S. 5).

„Angehörigen-Gemeinschaften“. Die Angehörigen-Gemeinschaften sollen pflegenden Angehörigen einen Einblick in Erfahrungen von anderen ähnlichen Pflegesituationen geben, neue Beziehungen schaffen, die Wichtigkeit von bedeutsamen Freundschaften thematisieren und darüber sprechen zu können, was einem schwerfällt (Kolding Kommune, o. J., S. 5).

Um die Themenschwerpunkte umzusetzen, wurde im Jahr 2018 von der Kommune Kolding der erste personelle Angehörigenberater eingestellt (Kolding Kommune, o. J., S. 6). Der Angehörigenberater soll demzufolge pflegende Angehörige in ihrer Situation unterstützen, das erfolgt z.B. in Form von Hilfe beim Ausfüllen von Anträgen oder mittels eines Gespräches über Schwierigkeiten sowie Unterstützung für den Angehörigen zu ermöglichen, sodass er eine Auszeit von der Pflege bekommen kann. Weiterhin soll die reelle Umsetzung der politischen Ambition unterstützt werden, sodass es für pflegende Angehörige einfacher wird, die vorhandenen Unterstützungsangebote zu finden und in Anspruch zu nehmen. Der Angehörigenberater wird außerdem in die Entwicklung von zukünftigen Maßnahmen einbezogen. Es wird in einem Team gearbeitet, um interne und externe Kohärenz und Mehrwert für die Angehörigen zu schaffen. Das Modell wird fortlaufend durch die Erfahrungen der Angehörigen evaluiert, sodass eine Prozessoptimierung gegeben ist (Kolding Kommune, o. J., S. 6).

Insgesamt haben 30 dänische Organisationen über mehrere Jahre den Blick auf die Belastungen von pflegenden Angehörigen gerichtet und festgestellt, dass ein Bedarf an konkreten Rechten und systematischen Maßnahmen besteht (Ældresagen, 2019, S. 3). Daraufhin wurden fünf Prinzipien hinsichtlich sozialer, gesundheitsrelevanter und arbeitsbezogener Initiativen und Maßnahmen zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen formuliert, die eine Grundlage für lokale, regionale und landesweite Initiativen und politischen Maßnahmen bilden sollen. Die fünf Prinzipien werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt (Ældresagen, 2019, S. 3ff):

1. Der rechtliche Status der pflegenden Angehörigen soll gestärkt werden: Pflegende Angehörige sollen das Recht darauf haben, Hilfe und Unterstützung zu bekommen, um trotz der Pflegesituation ein gutes Leben führen zu können. Diesbezüglich sollte das Recht der Angehörigen auf Unterstützung in der Gesetzgebung des Gesundheits- und Sozialwesens niedergeschrieben werden, sodass die Kommunen und Regionen in der Pflicht sind, die Angehörigen hinsichtlich ihrer Bedürfnisse und Wünsche zu unterstützen.
2. Die Angehörigen sollen anerkannt, integriert und informiert werden: Die Zusammenarbeit mit den pflegenden Angehörigen sollte immer eine professionelle Kernaufgabe darstellen, sodass der Zugang für Hilfeleistungen und Unterstützung systematisch und leicht zugänglich für alle Angehörigen ist – unabhängig der Ressourcen oder des Wohnsitzes des Einzelnen und unabhängig von der Erkrankung des Pflegebedürftigen.
3. Die Kenntnis über die Bedingungen der Angehörigen und der relevanten Unterstützungsmaßnahmen soll gestärkt werden: Es sollte ein Wissenszentrum über pflegende Angehörige eingerichtet werden, sodass hinsichtlich der Verhältnisse, Belastungen und Werte und über verschiedene Interventionen zur Unterstützung geforscht werden kann. Dabei sollten u.a. evidenzbasierte Methoden zur Zusammenarbeit, Teilhabe und Unterstützung von Angehörigen entwickelt werden, wobei unter verschiedenen Zielgruppen, wie z.B. Angehörige mit besonderen Bedarfen, ethnischen Hintergrund oder Kindern unterschieden werden sollte. Außerdem sollten Informationskampagnen entwickelt werden.
4. Gesundheitlichen Problemen und sozialer Isolation der Angehörigen soll vorgebeugt werden: Körperliche und psychische Gesundheitsprobleme sollen präventiv angegangen werden. Dafür wird die Umsetzung von Maßnahmen zur Reduktion von Belastungen empfohlen. Strukturierte Maßnahmen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen und den Kommunen können beispielsweise pflegende Angehörige frühzeitig erreichen, sodass Ressourcen, Belastungen und Bedarfe rechtzeitig identifiziert werden und über relevante Unterstützungsangebote wie z.B. Kursangebote oder individuelle Beratung aufgeklärt werden kann.

5. Eine passende Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf soll sichergestellt werden: Für erwerbstätige pflegende Angehörige ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf häufig eine große Herausforderung. Der Fokus auf die eigene Berufstätigkeit sollte möglich sein, ohne dass die Pflege darunter leidet oder andersherum. Diesbezüglich sollten Pflegetage eingeführt werden, sodass die Angehörigen die Möglichkeit haben an z.B. Arztbesuchen teilzunehmen. Es sollte eine gleiche Regelung geben, wie die Krankentage bei Kindern und in Übereinstimmung mit der EU im Rahmen des Mutterschaftsurlaubes, die Pflegetage eingeführt werden. Außerdem sollten die Angehörigen die Möglichkeit haben, ihre Arbeitszeit flexibel zu gestalten, zeitweise in Teilzeit zu arbeiten und es sollte eine flexible Regelung für die Urlaubsrichtlinien geben. Während des Urlaubs und anderer Formen der Abwesenheit am Arbeitsplatz aufgrund der Pflegesituation sollten die Angehörigen weiterhin eine Vergütung erhalten. Pflegenden Angehörigen sollte eine Beratung zur Wohnsituation, Finanzierung und zukünftigen Arbeitsmarktsituation in Verbindung mit Überlegungen zur Übernahme größerer Pflegeaufgaben angeboten werden. Eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen, Kommunen, Krankenhäusern und anderen Institutionen ist anzustreben sowie eine Rücksichtnahme auf die Arbeitszeiten der Angehörigen bei der Planung von Konsultationen, Skype-Besprechungen, und Telefonzeiten.

„Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“. Ein Beispiel für ein dänisches Gesundheitsförderungsprogramm ist das Programm *„Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“* und ist eine Weiterentwicklung des Programms *„Lerne den Umgang mit einer chronischen Erkrankung“* (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017, S. 5). Dem Programm *„Lerne den Umgang mit einer chronischen Erkrankung“* liegen eine Reihe randomisierte, kontrollierte Untersuchungen zugrunde, die zeigen, dass die Menschen, die an dem Kurs teilgenommen haben mehr körperlich aktiv sind, nehmen weniger Müdigkeit und Traurigkeit wahr, können besser mit dem Gesundheitspersonal kommunizieren, machen sich weniger Sorgen um ihre Gesundheit und Zukunft, können besser Symptome wie Schmerzen, Müdigkeit und Traurigkeit bewältigen und haben einen Glauben an ihre Fähigkeiten mit ihrer Situation umzugehen im Vergleich zu Menschen, die nicht teilgenommen haben (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017, S. 5). Das Programm *„Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“* ist ein Kursprogramm für Angehörige von Menschen mit einer langfristig bestehenden Erkrankung und besteht aus sieben Modulen, in denen die Angehörigen lernen in einem unvorhersehbaren Alltag auf sich selbst aufzupassen (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020c).

Das Kursprogramm hat zum Ziel, die Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen zu fördern und fokussiert darauf, wie Angehörige sich in ihrer Rolle wohlfühlen und über eine hohe Lebensqualität verfügen können, auch wenn ein guter Freund, Elternteil, Partner oder Ehepartner eine schwere Erkrankung hat. Das Programm soll den pflegenden Angehörigen konkrete Fähigkeiten lehren, wie sie Belastungen, wie z.B. mangelnde Anerkennung, ein schlechtes Gewissen, Schlafstörungen, Stress oder das Gefühl der Isolation bewältigen können. Außerdem treffen sie andere Angehörige, die sich in ähnlichen Situationen befinden (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020c). Das Kursprogramm findet einmal wöchentlich für zweieinhalb Stunden statt und läuft über sieben Wochen. Es können 12 bis 16 pflegende Angehörige teilnehmen und die Teilnahme ist kostenlos. Der Kurs wird von zwei, dem Programm entsprechend geschulten Kursleitern durchgeführt, wovon einer selbst eine Pflegesituation hat oder hatte und sich so in die Situationen der Teilnehmer hineinversetzen kann (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020c). Der nachfolgende Kasten 13 stellt die Themen der Module des Programmes „*Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen*“ dar.

Kasten 13: Themen der Module des Programmes „Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“ (modifiziert nach Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020a).

- Stressbewältigung
- Umgang mit Müdigkeit und Schlaf
- Umgang mit schwierigen Emotionen, z.B. Frustration und Machtlosigkeit
- Denktechniken
- Ziele setzen und erreichen
- Probleme lösen
- Entscheidungen treffen
- Hilfe bekommen und das Netzwerk nutzen
- Umgang mit Konflikten und anderen Herausforderungen
- Kommunikation mit der erkrankten Person und anderen

Kasten 14: Zusammenfassung bestehende Unterstützungsangebote für erwerbstätige pflegende Angehörige in Dänemark.

In Dänemark liegt die Aufgabe der Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Setting der Kommune. Demnach werden die Maßnahmen zielgruppenspezifisch im kommunalen Setting angeboten. So bestehen bereits vielfältige Angebote, die die Gesundheit von pflegenden Angehörigen fördern, wie z.B. das Kursprogramm „*Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen*“ oder das Modell für eine bessere Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen der Kommune Kolding inklusive Angehörigenberater, die kommunal pflegende Angehörige unterstützen sollen. Außerdem sollen pflegende Angehörige durch die fünf Prinzipien des Ældresagen (2019) hinsichtlich lokaler, regionaler und landesweiter Initiativen besser unterstützt werden. Diese Prinzipien beinhalten die Stärkung des rechtlichen Status von pflegenden Angehörigen, mehr Anerkennung, Integration und Informationen hinsichtlich Unterstützungsmaßnahmen, die Reduktion von gesundheitlichen Problemen und sozialer Isolation sowie einer besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.

1.9.2 Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige

Aus der Masterarbeit von Herrmann (2017) resultierte die Konzeption eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige, welches im folgenden Abschnitt kurz skizziert wird. Die Entwicklung der Module orientiert sich an dem Schulungsprogramm für pflegende Angehörige von Hetzel, Opfermann-Kersten und Holzer (2016) und wurde im Rahmen einer Bedarfsanalyse von pflegenden Angehörigen und Experten weiterentwickelt (Herrmann, 2017). Im Rahmen der wissenschaftlichen Studie zum Thema Vereinbarkeit von Pflege und Beruf von Herrmann (2017) wurde auf der Grundlage des Schulungsprogrammes für pflegende Angehörige und durch Befragungen von Experten und pflegenden Angehörigen eine Intervention zur Förderung der Gesundheitsressourcen bei erwerbstätigen pflegenden Angehörigen entwickelt (Herrmann, 2017, S. 134). Das Programm beinhaltet vier Module, um erwerbstätige pflegende Angehörige hinsichtlich ihrer psychosozialen und körperlichen Gesundheit zu stärken. Die Themenschwerpunkte sind demnach: Stressbewältigung, Achtsamkeit, Bewegung und Entspannung, wobei zusätzlich individuelle Einzelberatungen für tiefergehende Probleme angedacht sind. Die Intervention soll bedürfnisentsprechend durchgeführt werden, sodass die Module flexibel an die Wünsche der Zielgruppe angepasst werden können. Die Abbildung 22 visualisiert den Überblick über das Gesundheitsförderungsprogramm mit den einzelnen Modulen.



Abbildung 22: Übersicht Modulkatalog (entnommen aus Herrmann, 2017, S. 140).

Die Rahmenbedingungen des Programmes betragen vier Wochen und jedes Modul sollte eine Einheit von 90 Minuten umfassen, sodass eine zeitliche Umsetzung im Setting Betrieb gewährleistet werden kann. Die Durchführung des Kurses sollte während der Arbeitszeit erfolgen, um einen zeitlichen Stressor seitens der pflegenden Angehörigen zu vermeiden, die Teilnahme ist freiwillig. Die einzelnen Module unterteilen sich in einen kurzen theoretischen Input und gehen in einen praktischen Teil über. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf der Alltagsimplementierung der erlernten Inhalte und Übungen, um den Erfolg der Maßnahmen zu sichern und das gesundheitsförderliche Verhalten langfristig und nachhaltig zu fördern (Herrmann, 2017, S. 140f.). Das übergeordnete Ziel des Gesundheitsförderungsprogrammes liegt in der Stärkung der Gesundheitsressourcen und dem Aufbau von Stressbewältigungsstrategien hinsichtlich einer Pflegesituation. Das Gesundheitsförderungsprogramm wurde in der wissenschaftlichen Arbeit von Struve (2018) durch die Perspektive von Experten aus verschiedenen Unternehmen und Experten aus dem Bereich der Pflege vervollständigt. Im nachfolgenden Abschnitt werden die Erkenntnisse der Untersuchung dargestellt.

Im Rahmen der Masterthesis von Struve (2018) ergab sich aus der Perspektive der Experten aus den Unternehmen sowie aus der Perspektive der Experten aus der Pflege, dass Arbeitsmodelle, die eine Flexibilität hinsichtlich der Arbeitszeit und des Arbeitsortes ermöglichen, förderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf sind. Hinderlich sind Arbeitsmodelle, die keine flexible Arbeitszeitgestaltung ermöglichen und demzufolge finanzielle Einbußen mit sich ziehen. Bei den gesetzlichen Unterstützungsmaßnahmen besteht aus Sicht der Experten aus den Unternehmen ein hoher Bedarf an Informationen und Aufklärung in

Bezug auf die Inanspruchnahme. Außerdem konnte festgestellt werden, dass die gesetzlichen Maßnahmen aufgrund einer aufwendigen Vorgehensweise und finanziellen Einbußen nur selten in Anspruch genommen werden. Die Experten aus der Pflege bewerteten die gesetzlichen Maßnahmen als positiv, sofern diese zu einer Entlastung des Pflegealltages beitragen, aber benannten ebenfalls die zeitintensive und mühsame Antragstellung der gesetzlichen Maßnahmen, woraus Belastungen bei der Zielgruppe resultieren können. Hinsichtlich der Unterstützung im Setting Betrieb konnte aus Sicht der Unternehmen festgestellt werden, dass innerbetriebliche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger beitragen können, eine familienfreundliche Unternehmenskultur wichtig ist und Arbeitsaufgaben und betriebliche Rahmenbedingungen sich negativ auf die Vereinbarkeit auswirken können. Die Experten aus der Pflege benannten vor allem den Aspekt der mangelnden Kommunikation hinsichtlich der Angehörigenpflege in der Gesellschaft als auch im beruflichen Kontext. Eine ganzheitliche Stärkung der Gesundheit pflegender Angehöriger könnte aus Sicht aller Experten durch eine Intervention erreicht werden, die an der intrapsychischen Ebene ansetzt und Themen wie Konfliktmanagement, Achtsamkeit, Entspannung und Stressbewältigung aufgreift sowie auf der körperlichen Ebene mittels Bewegungsübungen ansetzt. Außerdem sollten die pflegenden Angehörigen in ihrer Pflegekompetenz weiter gestärkt werden. Die Experten aus der Pflege ergänzten dies durch den Themenschwerpunkt Zeitmanagement.

Aus den Ergebnissen der Masterarbeit von Struve (2018) konnten Handlungsempfehlungen in Bezug auf verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger abgeleitet werden. Die verhältnispräventiven Maßnahmen umfassen drei Handlungsfelder, eine familienfreundliche Unternehmenskultur, sodass die Arbeitszeitgestaltung ausreichend Flexibilität bietet, die Haltung der Führungskräfte hinsichtlich des Themas Vereinbarkeit von Pflege/Familie und Beruf sowie die Informationsvermittlung und Kommunikation zum Thema Pflege und Unterstützungsmöglichkeiten. Die verhaltenspräventiven Maßnahmen sollten im Rahmen einer primär- und sekundärpräventiven Intervention umgesetzt werden und den Aufbau von personalen Ressourcen sowie Stressbewältigungsstrategien hinsichtlich der Pflegesituation fokussieren. Dies könnte durch unterschiedliche Module mit den folgenden Schwerpunkten erfolgen: Psychoedukation, Bewegung, instrumentelle und emotionale Stressbewältigung sowie soziale Kompetenzförderung. Für die Forschung wurde abgeleitet, dass der defizitäre Forschungsstand zum Thema Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf, der gesundheitlichen Lage von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen und Maßnahmen zur Unterstützung der Zielgruppe mehr Aufmerksamkeit bekommen sollte, sodass die Handlungsempfehlungen weiterentwickelt und auf die Wirksamkeit überprüft werden können. Die Ergebnisse der Masterarbeit von Struve (2018) zeigen die Relevanz der Aufnahme des Themas Angehörigenpflege im Rahmen eines

ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Durch die Entwicklung und Umsetzung von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen kann zum einen die Gesundheit der Mitarbeiter und vor allem der pflegenden Angehörigen als auch die Leistungsfähigkeit der Arbeit und somit der Unternehmenserfolg optimiert werden. Dies kann durch eine familienfreundliche Unternehmenskultur sowie eine gesunde Führung und die Möglichkeit für eine flexible Gestaltung der Arbeitszeit und des -ortes umgesetzt werden. Durch Öffentlichkeitsarbeit kann der Bedarf an Informationen hinsichtlich Unterstützungsmaßnahmen verbessert werden. Durch die Implementation von gesundheitsförderlichen Maßnahmen auf der Verhaltensebene mit dem Fokus auf Stressbewältigung und Pflegekompetenzen kann die Gesundheit der pflegenden Angehörigen in Unternehmen gefördert werden.

Kasten 15: Zusammenfassung der Erkenntnisse aus den Masterarbeiten von Herrmann (2017) und Struve (2018).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Herrmann (2017) eine Bedürfnisanalyse zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf durchführte, wobei gesundheitsförderliche Maßnahmen für erwerbstätige pflegende Angehörige abgeleitet wurden. Struve (2018) führte darauf aufbauend eine Bedarfsanalyse mittels qualitativer Experteninterviews durch und entwickelte die gesundheitsförderlichen Maßnahmen von Herrmann (2017) weiter. Aufgrund der gesellschaftlichen und demografischen Entwicklungen und der Zunahme pflegender Angehöriger sowie der ansteigenden Dauer der Erwerbstätigkeit werden immer mehr Menschen, die Pflege eines Angehörigen und den Beruf miteinander vereinbaren müssen. Demnach setzt die vorliegende Forschungsarbeit an den bisherigen Erkenntnissen von Herrmann (2017) und Struve (2018) an.

1.10 Zusammenfassung und Relevanz des Forschungsthemas

Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland und Dänemark ist durch den demografischen Wandel ansteigend (Kirk, 2019, S. 2; Mahne et al., 2017, S. 11). Laut dem Statistischen Bundesamt sind in Deutschland aktuell 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig (Destatis, 2018, S. 4). Von den 3,4 Millionen Menschen, die im Dezember 2017 in Deutschland pflegebedürftig waren, wurden ca. drei Viertel (76 %) zu Hause versorgt. Die Betreuung wurde bei 51,7% der Menschen, die im häuslichen Umfeld gepflegt wurden, allein durch Angehörige sichergestellt (Destatis, 2018). Pflegende Angehörige stellen somit den größten Pflegedienst Deutschlands dar und sind somit zentrale Akteure bei der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen (Wetzstein et al., 2015). In Dänemark wird die Anzahl der Menschen über 80 Jahren im Verlauf von 2018 bis 2025 voraussichtlich um 87.000 Menschen zunehmen (Kirk, 2019, S.

3f). Davon werden insgesamt 13,9 Milliarden Kronen (70%) für die demografische Entwicklung aufgewendet. Durch den demografischen Wandel wird auch in Zukunft die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen durch Angehörige einen wichtigen Teil der gesundheitlichen Versorgung einnehmen (Büker, 2015, S. 147; Kirk, 2019, S. 2). Die Versorgung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen durch Angehörige erfolgt häufig durch erwachsene Kinder und Ehepartner (Klaus & Tesch-Römer, 2017, 185ff.; KMD, 2018, S. 17). Die Pflege eines Angehörigen ist eine zeitintensive sowie körperlich und psychisch anstrengende Aufgabe, die mit vielfältigen Belastungen einhergehen kann (Danske Patienter & Trygfonden, 2016, S. 16; Danske Patienter, 2019b, S. 2ff.; Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 195; KMD, 2018, S. 18). Demzufolge leiden pflegende Angehörige häufig unter physischen sowie psychischen Auswirkungen von Stress, der im Pflegealltag und mit der zu erfüllenden Pflegerolle entsteht. Anhand der soziologischen Stresstheorie von Leonard I. Pearlin (1986) lässt sich die Entstehung von Stress und die Auswirkungen auf die Gesundheit von pflegenden Angehörigen darstellen (Pearlin et al., 1990, S. 588ff.). Die Stresstheorie beschreibt, wie primäre Stressoren aus Anforderungen und Aufgaben auf andere Lebensbereiche wirken können. Dabei wird der Stressprozess durch die subjektive Einschätzung des pflegenden Angehörigen sowie dem Vorhandensein von Ressourcen zur Stressbewältigung beeinflusst. Aus den primären Stressoren können sich sekundäre Stressoren entwickeln, die sich in Form von Rollenbelastungen und intrapsychischen Belastungen äußern (Aneshensel et al., 1993, S. 55; Pearlin et al., 1990, S. 588).

Bei den Belastungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf lassen sich vor allem bei Frauen im mittleren Erwachsenenalter Belastungen feststellen, da sie vor der Herausforderung stehen, zwei inhaltlich, zeitlich und räumlich grundlegend unterschiedlich strukturierte Lebensbereiche miteinander zu vereinen (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2016, S. 2). Typische Belastungen pflegender Angehöriger sind das Gefühl von ständiger Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der zu pflegenden Person gegenüber, hoher Zeitaufwand für die Pflege, Aneignung von Wissen und Praxisfertigkeiten sowie viele bürokratische Aufgaben (Wetzstein et al., 2015). Es können belastende Emotionen z.B. Wut und Ärger, Hilflosigkeit, Trauer und Angst durch Überforderung auftreten und sich als Erschöpfung und Depressivität äußern (Danske Patienter & Trygfonden, 2016, S. 16; KMD, 2018, S. 18; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.). Weiterhin treten häufig Konflikte aufgrund mangelnder Kommunikation auf, die sich in Form von Frustration, aggressivem Verhalten und belastenden Schuldgefühlen äußern (Losada et al., 2010; zitiert nach Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.). Besonders die Vereinbarkeit mit der Erwerbstätigkeit wird als Belastung erlebt, wenn aufgrund der Pflegetätigkeit Termine verändert werden müssen, die Arbeitszeit reduziert wird und es zu unbezahlten Fehlzeiten kommt (KMD, 2018, S. 5; Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 28; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 6).

Dennoch kann die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auch einen positiven Einfluss auf die pflegenden Angehörigen haben, wobei die Belastungen, die durch die Vereinbarkeit mit der Pflgetätigkeit entstehen, deutlich höher sind, als entlastende Effekte durch die Arbeit, wie z.B. soziale Kontakte (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2016, S. 10).

Eine nicht gelingende Vereinbarkeit von Pflege und Beruf kann sich außerdem negativ auf das Unternehmen auswirken, wie z.B. durch einen Anstieg von krankheitsbedingten Fehlzeiten, einer verminderten Leistungsfähigkeit der Beschäftigten und daraus resultierende betriebliche Folgekosten (Schneider et al., 2011, 21ff.; Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 28). Demnach steht das Gelingen der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auch im Interesse der Unternehmen. Möglichkeiten zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger am Arbeitsplatz ergeben sich durch den Einsatz von flexiblen Arbeitszeitmodellen und einer familienfreundlichen Unternehmenskultur in Deutschland sowie in Dänemark (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, 7f.; Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018; Galán, 2018; KMD, 2018). Weiterhin haben erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und in Dänemark die Möglichkeit, rechtliche Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegeaufgaben in Anspruch zu nehmen. Die Förderung der Gesundheit von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen kann durch Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz erfolgen (vgl. Herrmann, 2017, S. 139). In Dänemark ist Prävention und Gesundheitsförderung Aufgabe der Kommune, sodass die Maßnahmen im kommunalen Setting angeboten werden können, um die Gesundheit der Zielgruppe zu fördern (Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018; Danske Patienter, 2019a, 2019b; KMD, 2018).

Insgesamt ist festzuhalten, dass der Stellenwert pflegender Angehöriger aufgrund der demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen weiter ansteigen wird. Durch die steigende Erwerbstätigkeit werden immer mehr Menschen in die Situation kommen, Pflege und Beruf miteinander zu vereinen. Die daraus resultierenden Belastungen sollten mithilfe geeigneter Rahmenbedingungen im betrieblichen Kontext sowie durch gesetzliche Leistungen verringert werden. Die Unternehmen können aus betriebswirtschaftlicher Perspektive ebenso von den Maßnahmen profitieren. So können Fehlzeiten reduziert und gleichzeitig die Leistungsfähigkeit und Motivation der Mitarbeiter gefördert werden, sodass diese dem Unternehmen als Arbeitnehmer erhalten bleiben (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 8; Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018; KMD, 2018). Eine familien- und pflegefreundliche Unternehmenskultur mit dem Schwerpunkt einer flexiblen Arbeitszeitgestaltung sowie die Förderung und der Erhalt der Gesundheit pflegender Mitarbeiter wird daher in Zukunft in Deutschland sowie in Dänemark notwendig sein.

Daraus leitet sich die Relevanz des vorliegenden Promotionsvorhabens ab. In der Masterarbeit von Herrmann (2017) wurden bereits die Bedürfnisse von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen untersucht und auf dieser Grundlage gesundheitsförderliche Maßnahmen abgeleitet (vgl. Kap. 1.9). Die Masterarbeit von Struve (2018) führte auf dieser Grundlage eine Bedarfsanalyse durch und erhob Daten durch qualitative Interviews mit deutschen Experten. Durch die Bedarfsanalyse konnten die Erkenntnisse von Herrmann (2017) erweitert werden. Ziel des vorliegenden Promotionsvorhabens war, an diesen Erkenntnissen anzuknüpfen und eine Bedarfserhebung in Dänemark durchzuführen.

Die skandinavischen Länder Norwegen, Schweden und Dänemark weisen im Vergleich zu Deutschland Unterschiede im Gesundheitssystem auf. In Deutschland wird Angehörigenpflege staatlich reguliert, indem verschiedene gesetzliche Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gelten. Grundlegend ist aber die Familie für die Pflege zuständig und wird durch finanzielle Leistungen oder Freistellungsmöglichkeiten unterstützt (Adam & Mühling, 2014, S. 8). Der Unterschied zu den skandinavischen Ländern liegt darin, dass Angehörigenpflege als gesellschaftliche Aufgabe verstanden wird und im Gesundheitssektor und bei der Familie, dem sozialen Sektor oder Arbeitsbereich liegt (Adam & Mühling, 2014, S. 9). Dabei bestehen rechtliche Unterschiede bei staatlichen Dienstleistungsangeboten für pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen, wodurch sich regionale Unterschiede ergeben. In Dänemark und Schweden werden die Dienstleistungsangebote vom Staat umgesetzt, sind in Regulation und Planung zentral organisiert und werden auf kommunaler Ebene ausgeführt (Adam & Mühling, 2014, S. 9f). In Norwegen und Schweden bestehen gesetzliche Bestimmungen im Gesundheitsgesetz für pflegende Angehörige (Danske Patienter, 2020). Für Dänemark existieren regionale Maßnahmen, kommunale Angebote und nationale Empfehlungen für das Gesundheitswesen im Umgang mit pflegenden Angehörigen von schwer erkrankten Menschen (vgl. Kap. 1.9.1). Die Unterstützung von pflegenden Angehörigen wird in Dänemark primär mittels nationaler Empfehlungen (vgl. Kap. 1.9.1) und auf lokaler Ebene hinsichtlich unterschiedlicher kommunaler Vereinbarungen geregelt.

Das vorliegende Promotionsvorhaben fokussiert aufgrund der Komplexität auf einen grenzüberschreitenden Systemvergleich zwischen Dänemark und Deutschland, sodass regionale Vorteile der beiden Nachbarländer exploriert werden können und ein grenzüberschreitendes Lernen für eine Optimierung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zukünftig genutzt werden kann. Das Promotionsvorhaben besteht aus zwei Teilstudien. Die Teilstudie I knüpft an den Befunden der wissenschaftlichen Arbeit von Struve (2018) an und führt eine Bedarfsanalyse in Dänemark mittels qualitativer Interviews mit Experten durch, sodass grenzüberschreitende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung erwerbstätiger pflegender Angehöriger abgeleitet werden können. Die Teilstudie I schließt mit der Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige ab.

Dieses Programm wird in der Teilstudie II mit deutschen und dänischen Experten kommunikativ validiert, um die Qualität der Expertenaussagen aus der Teilstudie I zu überprüfen und konkrete Maßnahmen sowie Handlungsempfehlungen für die Forschung und Praxis zur Optimierung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf abzuleiten. Insgesamt sollen so die explorierten Ressourcen der beiden Länder genutzt werden, um grenzüberschreitende Synergien zu schaffen und voneinander zu lernen und zu profitieren.

2 Aufbau des Promotionsvorhabens

In diesem Kapitel wird der Aufbau des Promotionsvorhabens beschrieben. Das Promotionsvorhaben setzt sich aus zwei Teilstudien zusammen und verwendet den qualitativen Forschungsansatz, welcher in Kapitel 2.2 näher erläutert wird. Des Weiteren wird in diesem Kapitel die Datenerhebung, der Zugang zum Sample, die Entwicklung der Leitfäden sowie das Auswertungsverfahren dargestellt.

2.1 Studiendesign

Das Studiendesign besteht aus zwei Teilstudien. In Teilstudie I wurden die Ergebnisse aus der Masterarbeit von Struve (2018) durch 14 Experteninterviews erweitert und daraus ein Gesundheitsförderungsprogramm entwickelt, welches dann im Rahmen der Teilstudie II den Experten mittels einer kommunikativen Validierung erneut vorgelegt wurde. Die Teilstudie II umfasst 18 Experteninterviews, wobei jeweils 9 mit deutschen und dänischen Experten durchgeführt wurden. Aufgrund der Corona-Pandemie wurden die Befragungen telefonisch durchgeführt und es konnten nicht alle Experten aus der Teilstudie I erneut befragt werden. Dennoch konnten neue Experten akquiriert werden. Die neuen Experten wurden vorab über die bereits explorierten Erkenntnisse informiert. Das Ziel des Promotionsvorhabens ist die Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland bzw. in Dänemark sowie die Ableitung relevanter Handlungsempfehlungen für eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Die Abbildung 23 stellt das Studiendesign übersichtlich dar.

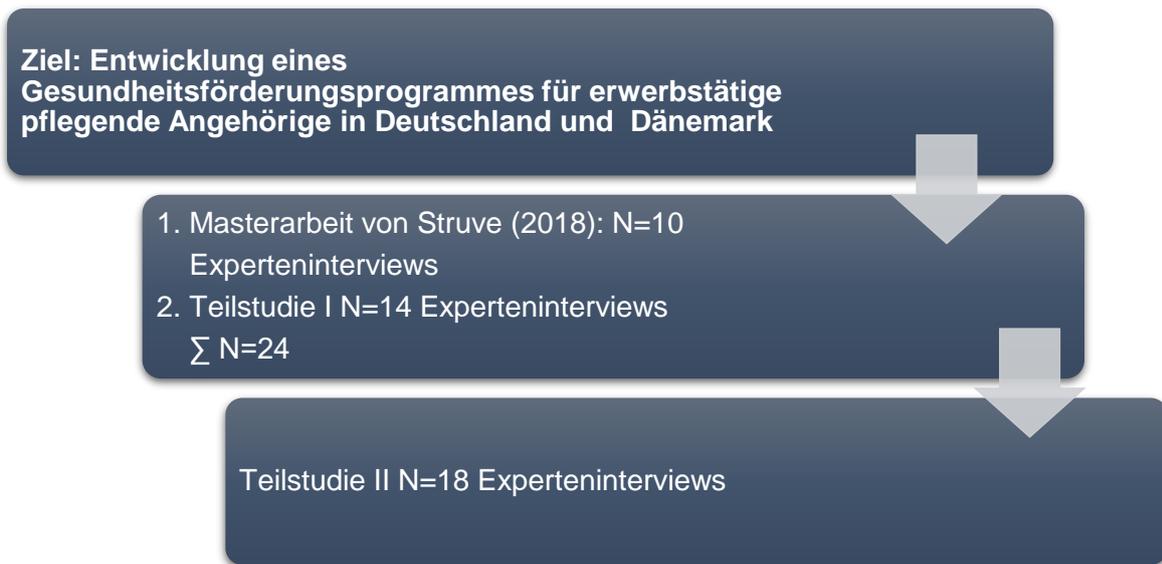


Abbildung 23: Studiendesign des Promotionsvorhabens.

2.2 Forschungsmethode: Qualitativer Forschungsansatz

Die qualitative Forschung ist in zahlreichen wissenschaftlichen Disziplinen ein fester Bestandteil der empirischen Forschung und hat zum Ziel, durch sinnverstehende, interpretative wissenschaftliche Verfahrensweisen sozial relevante Daten zu erheben und aufzubereiten (Hussy, 2013, S. 20). Dabei finden qualitative Ansätze nicht nur in klassischen Grundlagenfächern, wie der Psychologie, der Soziologie oder in Kultur-, Erziehungs- und Wirtschaftswissenschaften Anwendung, sondern auch in der Sozialarbeit, den Pflegewissenschaften und Public Health (Flick, Kardorff & Steinke, 2017, S. 13). So können (gesundheits-)wissenschaftliche Fragestellungen durch die anwendungsorientierten Vorgehensweisen der qualitativen Forschung beantwortet werden und zum Fortschritt in Forschung und Praxis beitragen (Faltermaier, 1997, S. 357). Flick et al. (2017, S. 14ff.) beschreiben diesbezüglich, dass Lebenswelten aus der Sicht der handelnden Menschen abgebildet werden können und so zu einem besseren Verständnis von sozialen Wirklichkeiten beitragen. Durch eine offene und weniger strukturierte Vorgehensweise kann die qualitative Forschung die Sichtweisen der Subjekte in ihrer Lebenswelt individuell berücksichtigen. Dabei werden Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale sichtbar gemacht. Die Lebenswelten der Subjekte verändern sich anhaltend. Aus diesem Grund ist eine genaue und ausführliche Beschreibung der Lebenswelt mithilfe von qualitativer Forschung und ihrer Offenheit gegenüber neuen Untersuchungen so bedeutsam, dennoch benötigt es einer Vorstellung des zu untersuchenden Gegenstands. So präzisieren Flick et al. (2017, S. 17), dass mit qualitativer Forschung „[...] auch Wahrnehmungen von Fremdheit in der modernen Alltagswelt, [...], beschrieben und in ihrer Bedeutung verortet werden können. Gerade diese Offenheit für Erfahrungswelten, ihre innere Verfasstheit und ihre Konstruktionsprinzipien sind für die

qualitative Forschung nicht nur Selbstzweck für ein Panorama von „Sittenbildern“ kleiner Lebenswelten, sondern zentraler Aussagepunkt für gegenstandsbegründete Theoriebildung“.

Das Ziel der qualitativen Forschung ist, offen gegenüber Neuem zu sein, ohne vorab Hypothesen festzulegen, um so offen wie möglich das Forschungsfeld zu explorieren und bei der Datengewinnung flexibel mit Informationen, Aussagen und Reaktionen umzugehen, sodass unerwartete Informationen miteinbezogen werden können. Die Exploration stellt eine flexible Vorgehensweise dar, bei der der Forschende gegebenenfalls von der Forschungslinie abweicht, um neue Aspekte in die Untersuchung einzubeziehen (Lamnek & Krell, 2016, S. 37). Diese Flexibilität bedeutet nicht, dass die Untersuchung keiner Richtung folgt, sondern dass das vorhandene Wissen des Forschenden in den Hintergrund rückt, um Offenheit und Fokus für das Themenfeld zu gewährleisten. Die Anpassung der qualitativen Methoden an die Eigenschaften des Gegenstandes stellt ein Kernprinzip qualitativer Forschung dar. Mayring (2015, S. 17) bezeichnet als qualitative Analyse, wenn keine Zahlen und deren in Beziehung setzen zu mathematischen Begriffen zur Erhebung und Auswertung verwendet werden. Die Aufgaben der qualitativen Analyse bestehen demnach zunächst aus der Hypothesenfindung und Theoriebildung, dem folgen Pilotstudien, Vertiefungen, Einzelfallstudien, Prozessanalysen, Klassifizierungen und abschließend die Theorie- und Hypothesenüberprüfung (Mayring, 2015, S. 22ff.). Die Abbildung 24 stellt die Grundsätze der qualitativen Forschung nach Mayring (2016, S. 19ff.) dar.

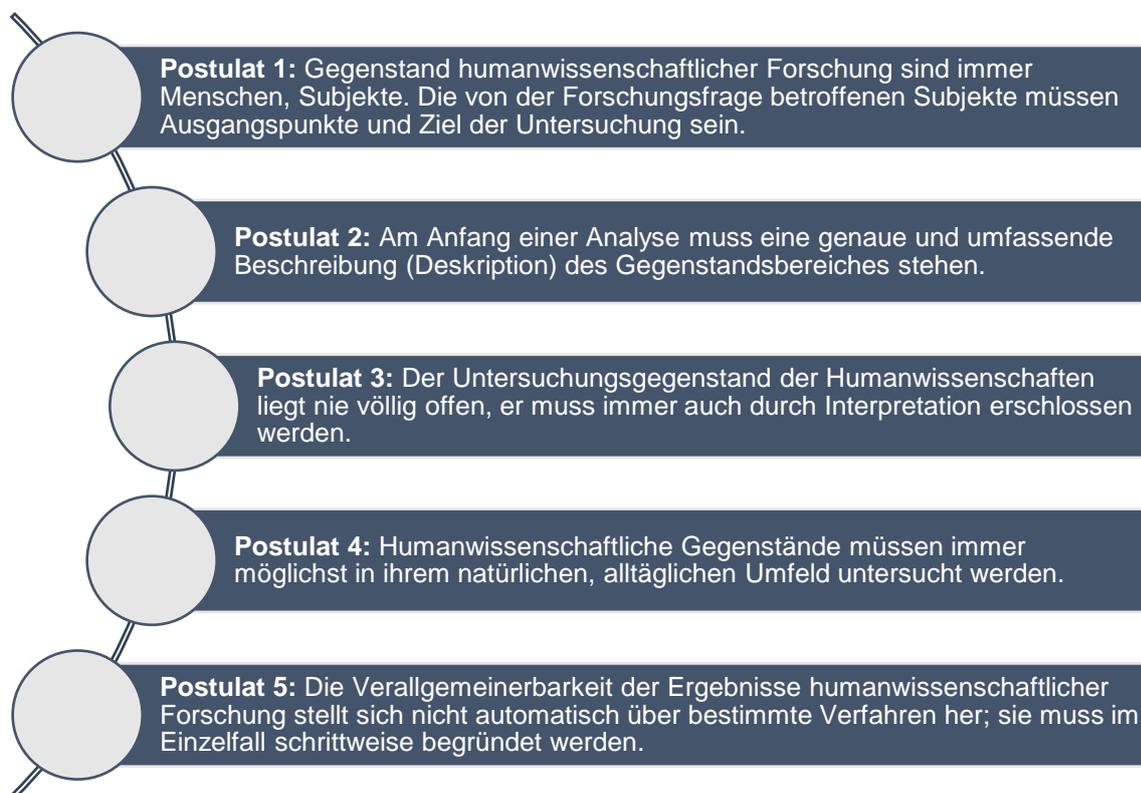


Abbildung 24: Grundsätze qualitativen Denkens (modifiziert nach Mayring, 2016, S. 19ff.).

Aus den Grundsätzen leiten sich die Handlungsweisen der Orientierung am Subjekt, der umfassenden Beschreibung des Gegenstandes, der Interpretation und der schrittweisen Verallgemeinerung der Ergebnisse ab. Die qualitative Sozialforschung unterliegt einem Standard von Gütekriterien, um den Anforderungen sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden zu entsprechen. Jede einzelne Analyse muss dementsprechend auf die Tauglichkeit hin anhand der Gütekriterien untersucht werden. So kann die Qualität der Forschungsergebnisse gemessen werden. Mayring (2016, S. 140) verweist hierbei zunächst auf die klassischen Gütekriterien der quantitativen Methodenlehre Objektivität, Reliabilität und Validität. Diese Gütekriterien können jedoch nicht direkt auf die qualitative Forschung übertragen werden, da die Forschungsparadigmen unterschiedliche Ziele verfolgen. Der Kasten 16 stellt sechs bestehende allgemeine, methodenübergreifende Gütekriterien qualitativer Forschung dar.

Kasten 16: Sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung (entnommen aus Mayring, 2016, 144ff.).

1. Verfahrensdokumentation
2. Argumentative Interpretationsabsicherung
3. Regelgeleitetheit
4. Nähe zum Gegenstand
5. Kommunikative Validierung
6. Triangulation

Das Vorgehen und die Verfahrensweisen der qualitativen Forschung weichen von den standardisierten Messinstrumenten der quantitativen Forschung ab. Daher ist eine Dokumentation der spezifischen, auf den Forschungsgegenstand abgestimmten Verfahrensweise von Bedeutung. Das Gütekriterium der **Verfahrensdokumentation** muss bis ins Detail erfolgen, sodass der Forschungsprozess für andere nachvollziehbar wird (Hussy, 2013, S. 25; Mayring, 2016, S. 144f.). Dies betrifft die Explikation des Vorverständnisses, die Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums, die Durchführung und die Auswertung der Datenerhebung. Das zweite Gütekriterium, die **argumentative Argumentationsabsicherung** ist ein Kriterium zur Qualitätseinschätzung qualitativer Forschung, denn die Interpretationen lassen sich schwer beweisen und müssen eine argumentative Begründung aufweisen (Hussy, 2013, S. 25; Mayring, 2016, S. 145). Die qualitative Forschung geht offen an den zu untersuchenden Gegenstand heran und modifiziert bei Bedarf die vorab geplanten Analyseschritte, um den Forschungsgegenstand adäquat abzubilden. Dabei muss systematisch und **regelgeleitet** vorgegangen werden (Mayring, 2016, S. 144ff.). Ein weiteres Gütekriterium stellt die **Nähe zum Gegenstand** dar. Der Forschende knüpft dabei so dicht wie möglich an der Alltagswelt der Gegenstände an, sodass die sozialen Probleme konkret abgebildet werden können (Mayring, 2016, S. 144ff.).

Die Gültigkeit der Forschungsergebnisse und der Interpretationen kann durch das Gütekriterium der **kommunikativen Validierung** überprüft werden. Dabei werden den an der Forschung beteiligten Probanden die Ergebnisse der Analyse vorgelegt und gemeinsam diskutiert. Bei einer Übereinstimmung gilt das Gütekriterium als erfüllt (Mayring, 2016, S. 144ff.). Die Sicherung der Qualität der qualitativen Forschung kann durch die Kombination mehrerer Analysevorgänge erreicht werden. Dabei können verschiedene Datenquellen, Interpretationsmöglichkeiten, Theorieansätze oder Methoden verwendet werden. Durch eine **Triangulation** der Methoden sollten für eine Fragestellung verschiedene Lösungswege verwendet werden. Die Ergebnisse werden anschließend miteinander verglichen. So können Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Analysewege aufgezeigt werden (Mayring, 2016, S. 144 ff.). Das Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit war es, mittels der qualitativen Sozialforschung neue Erkenntnisse und soziale Realitäten zu erfassen. So erfolgte zunächst eine Exploration der subjektiven Sichtweise von Experten über bestehende Unterstützungsmaßnahmen und Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in Deutschland und Dänemark. Das Ziel bestand darin, die vielfältigen Belastungen der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen zu reduzieren und gesundheitsförderliche Ressourcen aufzubauen. Dazu wurde im Rahmen des vorliegenden Promotionsvorhabens ein Gesundheitsförderungsprogramm entwickelt und durch eine kommunikative Validierung von Experten in Deutschland und Dänemark überprüft und optimiert.

2.3 Datenerhebung

Zur Datenerhebung eignen sich dem Forschungsgegenstand und Forschungsinteresse entsprechend unterschiedliche Formen der Datenerhebung. Hierbei ist eine begründete Auswahl sowie eine Handhabung der Erhebungsmethode Voraussetzung für eine gegenstandsadäquate und zielführende Auswertung (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 78). Bei der qualitativen Forschung werden im Gegensatz zur quantitativen Forschung, die lineare Strategien anwendet, zirkuläre Strategien eingesetzt. So können die subjektiven Einstellungen und die Lebenswelt der Probanden berücksichtigt werden (Lamnek & Krell, 2016, S. 168ff.). Die Abbildung 25 visualisiert den zirkulären Prozess der qualitativen Sozialforschung.

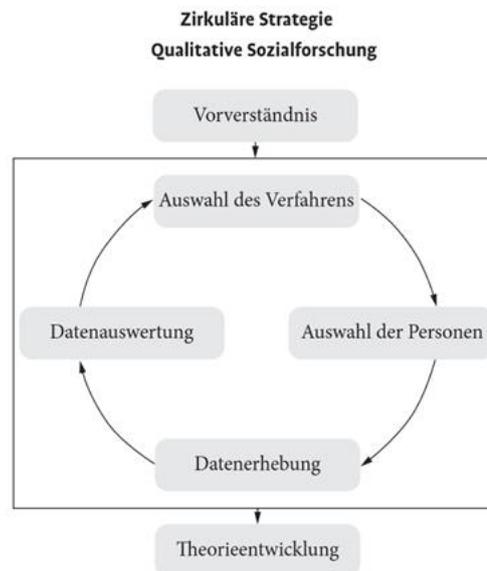


Abbildung 25: Schematische Darstellung der zirkulären Forschungsstrategie in der qualitativen Forschung (entnommen aus Lamnek & Krell, 2016, S. 188).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen der qualitativen und quantitativen Datenerhebung und -auswertung ergibt sich außerdem in dem Grad der Standardisierung. Durch die standardisierten Instrumente der quantitativen Forschung können die einzelnen Fälle miteinander verglichen werden, der Einzelfall muss nicht interpretiert werden (Lamnek & Krell, 2016, S. 190). In der qualitativen Sozialforschung hingegen erfolgt die Datenerhebung nicht-standardisiert, d.h., dass die Einzelfälle nicht miteinander vergleichbar sind und interpretiert werden müssen, sodass daraus z.B. induktive Kategorien gebildet werden können (Oswald, 2013, S. 75). Die Aufgabe qualitativer Forschung besteht also darin, die Daten der Einzelfälle zu interpretieren und anschließend in induktiv oder deduktiv gebildeten Kategorien zusammenzufassen (Lamnek & Krell, 2016, S. 190).

2.3.1 Leitfadengestütztes Interview

Nach Schreier (2013, S. 225) stellt die Erhebungsmethode des Leitfadeninterviews ein halbstandardisiertes Verfahren dar. Dabei werden vor der Datenerhebung relevante Themenschwerpunkte für das Forschungsvorhaben identifiziert. Zu den ausgewählten Themenschwerpunkten werden Fragen formuliert und in einem Leitfaden für das Interview zusammengestellt. So kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Aspekte im Verlauf des Interviews thematisiert werden. Die Reihenfolge und Formulierung der Fragen wird an den Verlauf des Gesprächs und der Gesprächsteilnehmer angepasst. Bei thematischer Übereinstimmung können Fragen vorgezogen werden. Während des Gesprächsverlaufes muss dabei genau nachvollzogen werden können, welche Themen angesprochen wurden, um Wiederholungen von Fragestellungen zu vermeiden. Ad-hoc-Fragen ermöglichen während

des Gespräches eine spontane Nachfrage, die jederzeit erfolgen kann. So können individuelle Aspekte, die nicht Teil des Leitfadens sind, aber Informationen über den Forschungsgegenstand beinhalten, mitberücksichtigt werden. Die Kombination aus den vorab festgelegten Themenschwerpunkten des Leitfadens, der variablen Handhabung der Reihenfolge, der Frageformulierung und der Möglichkeit Ad-hoc-Fragen zu stellen, machen das halbstandardisierte Interview zu einem flexiblen und systematischen Instrument der Datenerhebung (Schreier, 2013, S. 225). Unter dem Begriff Leitfadeninterview wird ein Sammelbegriff für verschiedene Interview-formen verstanden. Im folgenden Abschnitt wird das Experteninterview beschrieben, welches eine Sonderform des leitfadengestützten Interviews darstellt.

2.3.2 Experteninterview

Zur Datenerhebung wurde das Experteninterview, eine Sonderform des leitfadengestützten Interviews verwendet (Lamnek & Krell, 2016, S. 328). Experteninterviews werden unter der Annahme geführt, dass exklusives Wissen einen wichtigen Erkenntnisgewinn für das Forschungsvorhaben darstellt (Kaiser, 2014, S. 5). Nach Schtz (1972) weisen Experten ein detailliertes und spezialisiertes Wissen auf, was aber von dem rein forschungspragmatischen Verständnis abweicht: *„[...] dem zufolge allein der Forscher einem Experten diesen Status verleiht, nämlich [...] durch seine Befragtenrolle“* (Meuser & Nagel, 2009, S. 466). Das Experteninterview ist eine halbstandardisierte Form des leitfadengestützten Interviews und dient der Ermittlung von Expertenwissen zu einem Forschungsfeld sowie der Erfassung und Analyse von subjektiven Perspektiven (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 120). Qualitative Interviews sind eng mit den Ansätzen der verstehenden Soziologie verbunden, sodass Situationsdeutungen oder Handlungsmotive in offener Form erfragt werden können. So können auch Alltagstheorien und Selbstinterpretationen differenziert und offen erhoben werden, woraus durch eine diskursive Verständigung von Interpretationen eine empirische Umsetzung handlungsorientierter Konzeptionen erfolgen kann (Hopf, 2017, S. 350).

Nach Wassermann (2015, S. 52) beschränkt sich das Expertenwissen auf ein bestimmtes und abgegrenztes Themengebiet, wobei dies dem Experten bewusst ist, sodass er es in den Aussagen über Wissensgebiete und Realitatsausschnitte berücksichtigt. Der Interviewer und der interviewte Experte verfügen meist über ein gemeinsames Verständnis der zu explorierenden Wissensgebiete und Realitatsausschnitte. Dabei muss nicht ausschließlich wissenschaftliches Wissen fokussiert werden, es kann sich um alle Formen von Sonderwissen aus verschiedenen gesellschaftlichen Subsystemen handeln, wie zum Beispiel aus Politik, Wirtschaft oder Zivilgesellschaft (Wassermann, 2015, S. 52). Es können drei Formen von Sonderwissen definiert werden: das **Kontextwissen**, das **Betriebswissen** (Meuser & Nagel,

2009, S. 470) und das **Deutungswissen** (Kaiser, 2014, S. 5). Das Betriebswissen umfasst Kenntnisse über organisatorische Prozesse und die Bewältigung von Problemen, Kontextwissen bezieht sich auf Kenntnisse über institutionelle oder sozioökonomische Rahmenbedingungen und das Deutungswissen gibt Auskunft über subjektive Wahrnehmungen und Einstellungen des Experten zu dem untersuchten Gegenstand (Kaiser, 2014, S. 5). Soll mittels eines Experteninterviews Kontextwissen generiert werden, werden vor allem objektive Wissensbestände über Akteure, Institutionen und Regeln erfragt, in dem der Experte selbst nicht oder wenig aktiv ist, aber über umfassendes Expertenwissen verfügt. Bei der Erfassung von Betriebswissen werden Experten befragt, die im untersuchten Feld tätig sind und über Insiderwissen, Routinehandlungen und subjektive Wahrnehmungen und Auswirkungen der existierenden Regeln verfügen. Es werden jedoch häufig alle Wissensformen in einem Experteninterview erhoben (Wassermann, 2015, S. 52f.).

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden ebenfalls die drei Wissensformen erhoben. Das Ziel der Studie ist es, ein Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige zu entwickeln. Um innerbetriebliche Strukturen und Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung zu explorieren, wurden Experten aus unterschiedlichen Institutionen befragt, wodurch Betriebswissen generiert werden konnte. Außerdem wurden Experten aus dem Bereich der Pflege interviewt, wodurch relevante und objektive Informationen zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf exploriert werden konnten. Die Experten tragen Informationen und relevante Aspekte zum Untersuchungsgegenstand bei, obwohl sie nicht die primäre Zielgruppe darstellen, sondern fungieren als „Zeugen“, die soziale Situationen und Prozesse rekonstruieren können (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 11ff.). Übergeordnet erfolgt die Erfassung von Deutungswissen, wodurch die subjektiven Wahrnehmungen und Einstellungen der Experten erhoben wurden.

Experteninterviews können in drei verschiedene Formen eingeteilt werden. Je nach Ziel der Forschung kann zwischen dem explorativen Experteninterview, dem systematischen Interview und dem theoriegenerierenden Experteninterview ausgewählt werden. Für die vorliegende Forschungsarbeit wurde das systematische Experteninterview ausgewählt. Kruse und Schmieder (2014, S. 170) erläutern, dass diese Form des Experteninterviews in: *„[...] Forschungsprojekten zu Wissensdimensionen, die schon gut dokumentiert sind, die es aber gilt, noch systematischer zu elaborieren, zu vertiefen, um darüber weitere Zusammenhänge und feinere Strukturen herauszuarbeiten“* angewendet wird. Durch das systematische Experteninterview kann eine theoriegeleitete Vorgehensweise umgesetzt werden, wobei in der Analyse an vorhandenes theoretisches Wissen über den Untersuchungsgegenstand angeknüpft wird und die Ergebnisse der Analyse anschließend mit dem theoretischen Kontext gegenübergestellt werden. Dabei erfüllt die theoriegeleitete Vorgehensweise eines der drei Gütekriterien für qualitative Experteninterviews. Ein weiteres Gütekriterium ist der neutrale und

offene Umgang des Forschers gegenüber neuen Erkenntnissen und anderen Relevanzsystemen sowie Deutungsmustern. Das dritte Kriterium besteht in der Offenlegung der Verfahren zur Datenerhebung und Datenanalyse, wodurch die intersubjektive Nachvollziehbarkeit erfüllt wird (Kaiser, 2014, S. 6ff.). Der Kasten 17 stellt die Gütekriterien für qualitative Experteninterviews nachfolgend dar.

Kasten 17: Gütekriterien für qualitative Experteninterviews (entnommen aus Kaiser, 2014, S. 9).

- Intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Verfahren der Datenerhebung und Datenauswertung
- Theoriegeleitete Vorgehensweise
- Neutralität und Offenheit des Forschers gegenüber neuen Erkenntnissen sowie anderen Relevanzsystemen und Deutungsmustern

Insofern eignete sich das qualitative Experteninterview, um ein handlungsorientiertes Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark zu konzipieren, welches zum Teil aus Befragungen von Experten aus den Bereichen Pflege und Unternehmensführung entwickelt wurde (s. Teilstudie I Kap. 3). Die Reihenfolge und Formulierungen der Fragen können bei einem halbstandardisierten Interview flexibel gestaltet werden, um eine situative Anpassung an die jeweilige Situation oder das Gesagte möglich zu machen (Schreier, 2013, S. 224). Für qualitative Experteninterviews gelten grundsätzlich die Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung. Der Prozess der Datenerhebung und -analyse sowie Interpretation wird offen dargelegt, sodass die einzelnen Schritte der Vorgehensweise von anderen Forschern nachvollziehbar und bewertbar sind, da das Maß der Standardisierung nicht wie bei einer quantitativen Befragung erfüllt werden kann. So ist eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Datenmaterials gegeben. In den folgenden Kapiteln werden die Leitfäden, die Interviewsituation und die Auswertungsmethode der vorliegenden Forschungsarbeit dargestellt.

2.3.3 Entwicklung der Leitfäden

Der Leitfaden stellt ein Erhebungsinstrument für qualitative Interviews dar und dient dem Forscher in Form von vorformulierten Fragen zur Orientierung (Gläser & Laudel, 2010, S. 132ff.) Helfferich (2005; zitiert nach Lamnek & Krell, 2016, S. 334) formuliert sechs Anforderungen, zur Leitfadenkonzeption:

1. Berücksichtigung der Grundprinzipien qualitativer Forschung, insbesondere des Prinzips der Offenheit
2. Begrenzte Anzahl von Fragen
3. Formale Übersichtlichkeit und gute Handhabbarkeit
4. Orientierung am „natürlichen“ Erinnerungs- oder Argumentationsfluss
5. Kein Ablesen von Fragen
6. Priorisierung von spontan produzierter Erzählung

Der Leitfaden sollte offen und flexibel entwickelt werden, aber dennoch eine erforderliche Struktur des Forschungsinteresses erfüllen und eine kommunikative und systematische Ordnung aufweisen (Lamnek & Krell, 2016, S. 334). Dabei können Prinzipien der Gesprächsführung berücksichtigt werden, sodass der Gesprächsverlauf vom Allgemeinen zum Spezifischen führt und mit der Perspektive des Interviewten endet. Dieser Aufbau ermöglicht es, den Befragten durch zunächst allgemeine Fragen an das Thema heranzuführen, wodurch anschließend die spezifischeren Fragen ausführlicher und offen beantwortet werden können. Zu Beginn können offene, fast narrative Fragen formuliert werden, um ein offenes und diskussionsreiches Gespräch anzuregen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 127ff.). Zur Systematisierung des Leitfadens sollten im Anschluss an die Einstiegsfrage zu Beginn und die darauffolgenden Nachfragen, die inhaltlichen Themenbereiche abgehandelt werden, welche ebenfalls allgemein beginnen und anschließend spezifischer werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S.130). Der thematische Aufbau und die Fragen des Leitfadens orientieren sich an der vorab entwickelten Forschungsfrage (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 127ff.). Nach Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 129) gelten für die Leitfadententwicklung die allgemeinen Kriterien Offenheit, Spezifität sowie Kontextualität und Relevanz.

Die Erstellung der Leitfäden der Masterarbeit von Struve (2018) und der Teilstudie I des zugrundeliegenden Forschungsvorhabens erfolgte in einer Arbeitsgruppe und basierte auf einer ausführlichen Literaturrecherche zum Thema Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Die Leitfäden der Teilstudie I wurden in der Masterthesis von Struve (2018) erstmals und anschließend in dieser Untersuchung verwendet. Für die Anwendung in Dänemark wurde der Leitfaden entsprechend übersetzt. Die Literaturrecherche diente zur Formulierung mehrerer übergeordneter Forschungsfragen (vgl. Kap. 3.1) und zur Bildung von thematisch relevanten Themenblöcken, aus denen spezifische Fragen abgeleitet wurden. Bei der Formulierung der Fragestellungen wurden offene, erzählgenerierende Fragen formuliert und geschlossene Fragen vermieden.

Entwicklung eines Expertenleitfadens. Die Entwicklung der Leitfäden für die Expertengespräche weist einige Besonderheiten auf. Vor dem Gespräch sollte den Experten das Forschungsinteresse erläutert werden und der Interviewpartner explizit als Experte angesprochen werden, um dem Expertenstatus eine angemessene Bedeutung zukommen zu lassen und ein Interesse an dem spezifischen Fachwissen des Experten zu signalisieren (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 122). Dieses Vorgehen erfolgte in der vorliegenden Forschungsarbeit durch Anschreiben per E-Mail. Die Würdigung des Expertenstatus erfolgte durch eine erzählgenerierende Frage zu den Aufgaben und Funktionen des jeweiligen Experten in der Institution, wobei dieses nicht zu ausführlich gestaltet werden sollte, um den Fokus des Forschungsgegenstandes nicht zu verlieren (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 122f.). Im Rahmen eines Experteninterviews ist es erfolgsversprechend neue Themenbereiche mit einer offenen Frage einzuleiten, um dem Experten die Möglichkeit zu geben, einen Sachverhalt möglichst offen und selbststrukturiert darzustellen. Sollte es bei dieser Darstellung nicht zu dem gewünschten Detaillierungsgrad kommen oder dieser sich nur auf bestimmte Bereiche beschränken, kann bei relevanten Sachverhalten spezifischer nachgefragt werden. Das Ziel dieser Phase ist es, möglichst viele Informationen über die essenziellen Sachverhalte zu erhalten (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 123). Im letzten Abschnitt des Expertengesprächs wird empfohlen, am Deutungswissen des Experten anzusetzen. So kann der Experte auf der Grundlage seiner Erfahrungen und seines Wissens Einschätzungen vornehmen, Schlüsse ziehen, Diagnosen äußern und Prognosen entwickeln (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 124). Im Rahmen der Expertengespräche der vorliegenden Forschungsarbeit wurde das Deutungswissen in allen Phasen erfasst. Im letzten Abschnitt wurden die subjektiven Wahrnehmungen und Einstellungen des Experten noch einmal explizit erfasst, als es um die Bewertung eines bestehenden Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige (Teilstudie I) und die Wünsche zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf ging (Teilstudie II). Die Leitfäden der Experten diente der Fremdbeurteilung von Unterstützungsmaßnahmen für erwerbstätige pflegende Angehörige sowie einer subjektiven Einschätzung zu den Rahmenbedingungen, Inhalten und Barrieren des Gesundheitsförderungsprogrammes. Außerdem konnte durch die Gespräche mit den Experten Betriebswissen erfasst werden, wodurch organisatorische Prozesse und Insiderwissen aus verschiedenen Unternehmen exploriert werden konnten.

Entwicklung des Expertenleitfadens Teilstudie I. Der Einstieg erfolgte durch eine erzählgenerierende Frage, wobei die Probanden dazu aufgefordert wurden über ihre Aufgabenbereiche und Funktionen im Unternehmen zu berichten. So wurde eine angenehme Gesprächsatmosphäre geschaffen und die Probanden konnten sich in die Gesprächssituation einfinden. Der erste von drei Themenkomplexen setzte sich mit der Bewertung von Unterstützungsmaßnahmen für erwerbstätige pflegende Angehörige auseinander.

Der Fokus lag hier auf der Fremdbeurteilung der Situation erwerbstätiger pflegender Angehöriger aus der Sicht der Experten. Es sollte vor allem exploriert werden, wie die vorhandenen Maßnahmen zur Unterstützung der Zielgruppe angenommen und in der Praxis umgesetzt werden.

Der zweite Themenbereich fokussierte die Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger in Unternehmen. Zunächst wurde erfragt, wie erwerbstätige pflegende Angehörige besser unterstützt werden könnten. Weiterhin wurde die subjektive Einschätzung der Experten hinsichtlich weiterer Unterstützungsmaßnahmen für die Zielgruppe ermittelt. Anschließend wurde gefragt, wie eine Implementierung der Maßnahmen in ein Unternehmen erfolgen könnte. Der dritte Themenkomplex beinhaltete die Weiterentwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes, welches aus einer vorangegangenen wissenschaftlichen Arbeit entstanden ist (vgl. Herrmann, 2017). In diesem Themenkomplex ging es um die subjektive Einschätzung der Experten, wie das Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige optimiert werden könnte. Dabei wurde erfragt, welche Themen ergänzt und wie die Rahmenbedingungen gestaltet werden könnten sowie die Möglichkeit zur Implementierung in einem Unternehmen und die dabei möglichen Barrieren und Schwierigkeiten. Durch die Befragung der Experten konnte sowohl eine Darstellung des Deutungswissens als auch eine Darstellung des Kontextwissens erfolgen, wodurch ebenfalls die sozioökonomischen Rahmenbedingungen beider Länder sichtbar gemacht werden konnten. Abschließend hatten die Experten die Möglichkeit weitere relevante Aspekte oder Ergebnisse aus der Praxis zu berichten. Der vollständige Leitfaden befindet sich in deutscher und dänischer Sprache im Anhang C1 – Interviewleitfaden der deutschen Experten und Anhang C2 – Interviewleitfaden der dänischen Experten.

Entwicklung des Expertenleitfadens Teilstudie II. Aus den Ergebnissen der Teilstudie I wurde das Gesundheitsförderungsprogramm aus der Masterarbeit von Herrmann (2017) weiterentwickelt und diente als Leitfaden der Teilstudie II. Um das weitere Vorgehen nachvollziehbar zu machen, wird im Folgenden das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm skizziert. Eine ausführliche Darstellung des Gesundheitsförderungsprogrammes erfolgt in Kapitel 3.6.

Rahmenbedingungen:

- 8-10 Wochen
- Pro Modul 1-2 Sitzungen á 90 Minuten (45 Minuten innerhalb Arbeitszeit, 45 Minuten außerhalb der Arbeitszeit) → in Anschluss an den Feierabend; 1-mal pro Woche
- Gruppeneinteilung in demenzielle Erkrankungen und nicht-demenzielle Erkrankungen
- Aufbau bzw. Auffrischkurse nach 3 Monaten, 6 Monaten, 1 Jahr → in der Freizeit
- Kleine Unternehmen: Zusammenschluss der Gruppen (Wie sind die Zugangswege?)
- Kursleiter*innen: Professionelle Kursleiter*innen & Multiplikatoren
- Ort: Unternehmen (DE); Kommune (DK)

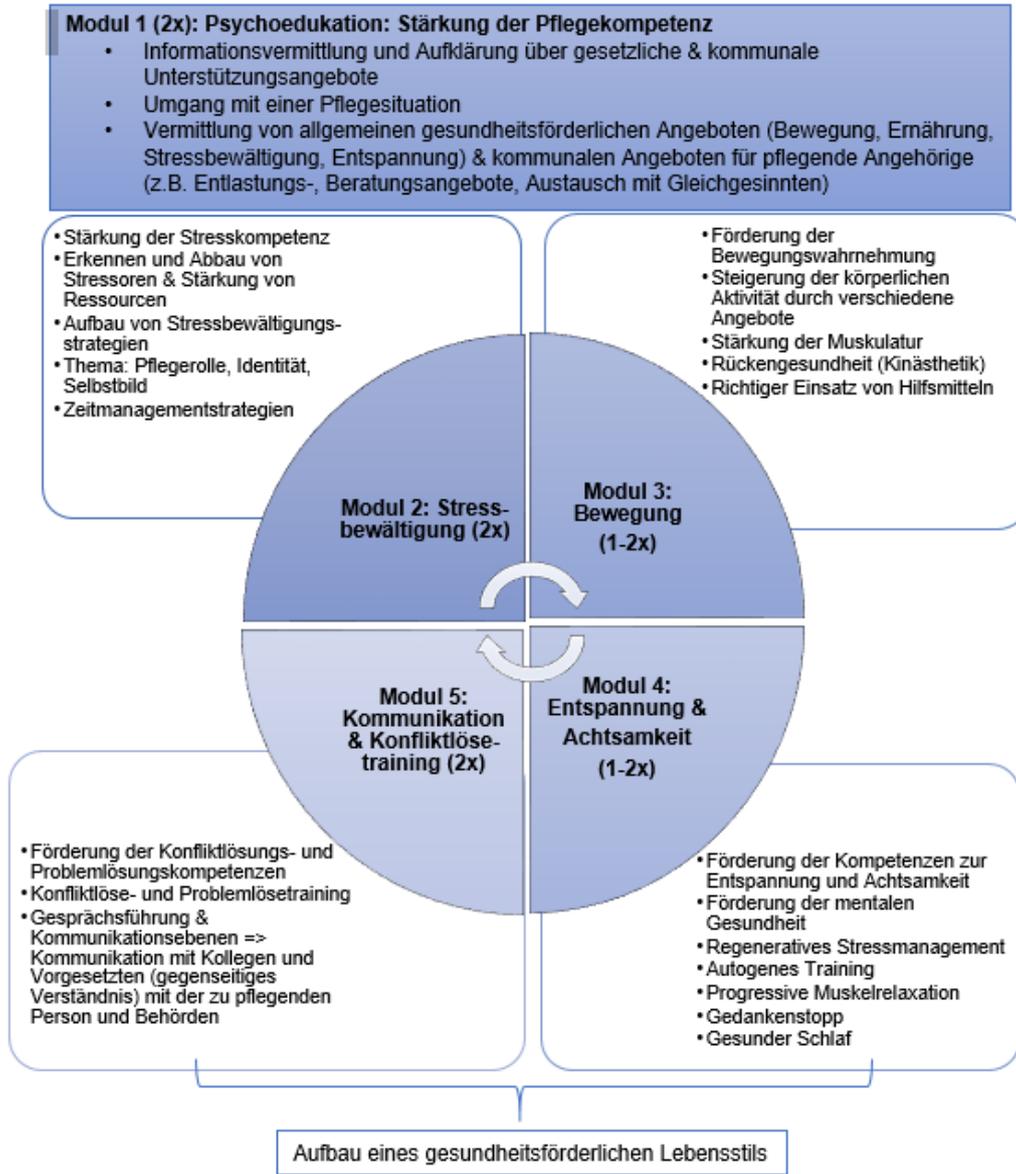


Abbildung 26: Entwickeltes Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige (Teilstudie I).

Aus dem Programm resultieren folgende Leitfragen, die den Experten im Rahmen der Teilstudie II zur Entwicklung des Programmes gestellt wurden. Die Leitfragen umfassen die Themenschwerpunkte: Rahmenbedingungen, Gesamtkonzept, Auswahl der Module, Möglichkeiten zur Umsetzung, und mögliche auftretende Barrieren. Außerdem wurde den Experten eine Tabelle mit verhältnispräventiven Maßnahmen vorgelegt, die sich ebenfalls aus den Ergebnissen der Teilstudie I ergeben haben. Die Experten wurden im Rahmen der

kommunikativen Validierung gefragt, ob sie hiermit weiterhin übereinstimmen. Als Abschlussfrage wurden die Experten nach ihren Wünschen für eine zukünftige Optimierung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf gefragt. Der Kasten 18 stellt die Leitfragen der Teilstudie II übersichtlich dar.

Kasten 18: Leitfragen der Teilstudie II.

Leitfragen:

1. Wie empfinden Sie die Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprogrammes?
 - a. Wie würden Sie diese gestalten?
2. Wie beurteilen Sie das Gesamtkonzept des Gesundheitsförderungsprogrammes?
3. Wie finden Sie die Auswahl der Module des Gesundheitsförderungsprogrammes?
 - a. Welche Inhalte fehlen?
4. Was würden Sie von dem Gesundheitsförderungsprogramm umsetzen?
 - a. Wie würden Sie es umsetzen?
 - b. (Welche konkreten Maßnahmen würden Sie in den Modulen durchführen?)
5. Was würden Sie noch verändern oder ergänzen?
6. Welche Schwierigkeiten könnten auftreten? (Implementation)
7. Wie könnten diese Schwierigkeiten gelöst werden?
8. Aus den Ergebnissen meiner Studie I haben sich die in der Tabelle aufgeführten Maßnahmen zur Verhältnisprävention zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ergeben. Stimmt Ihre Meinung (weiterhin) damit überein?
 - a. Haben Sie noch etwas zu ergänzen?

Verhältnisprävention: Weitere Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf DE/DK

Gemeinsamkeiten	Unterschiede
Vertrauensperson im Unternehmen als Ansprechpartner (Multiplikatoren Ausbildung)	Kommunikation der Kursangebote über das betriebsinterne Intranet (DE)
Vermehrte Aufmerksamkeit in der Politik (DK: einheitliche kommunale Regelung) & Einführung von Pflegetagen (Gesetzgebung)	Online-Forum für einen gegenseitigen Austausch unter pflegenden Angehörigen (DE)
Inanspruchnahme der Maßnahmen während der Arbeitszeit	Online-Kurse (während der Arbeitszeit; DK)
Gesundheitsförderliche Unternehmenskultur: offene Kommunikation und Verständnis für pflegende Angehörige	
Flexibilität am Arbeitsplatz (Zeit & Ort)	

9. Gibt es etwas, dass wir noch vergessen haben?
10. Was wünschen Sie sich für die Zukunft zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf?

2.3.4 Sample

Der Begriff des Samplings bedeutet in der empirischen Sozialforschung, dass eine Untergruppe von Fällen, z.B. Personen, Gruppen, Interaktionen oder Ergebnissen untersucht wird, die für eine bestimmte Population, Grundgesamtheit oder einen bestimmten Sachverhalt steht (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 178). Für qualitative Untersuchungen sollten dabei zwei Voraussetzungen der Fälle erfüllt werden, um systematisch vorzugehen. Es sollte zum einen eine Vorstellung über den zu untersuchenden Fall bestehen und zum anderen sollten zur Stichprobenauswahl nachvollziehbare Techniken dokumentiert werden (Merkens, 2017, S. 290). Diese Aspekte werden im Folgenden für die vorliegende Untersuchung aufgezeigt.

Bei quantitativen Untersuchungen ist die Grundgesamtheit bei Aussagen zur Merkmalsverteilung meist bekannt und die Stichprobe steht vor dem Erhebungsbeginn fest bzw. wird durch Beachtung von identischen Kriterien während des Erhebungsprozesses vervollständigt. Bei qualitativen Untersuchungen lässt sich die Grundgesamtheit häufig erst im Anschluss definieren. Die qualitative Fallauswahl unterscheidet sich weiterhin von der einer quantitativen Untersuchung bei der Repräsentativität, hier wird lediglich eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse angestrebt (Merkens, 2017, S. 291). Es stehen demzufolge wenige und abweichende Fälle im Interesse der Forschung, da der Fokus auf der Exploration von neuen sozialen Entwicklungen oder Folgen von sozialen Wandlungsprozessen liegt. Die Generalisierbarkeit der Erkenntnisse qualitativer Forschung kann dadurch erreicht werden, dass die Stichprobe den untersuchten Fall inhaltlich repräsentiert. Wenn diese inhaltlichen Erkenntnisse zu einer Theorie verallgemeinert werden, kann dies auf größere Bevölkerungsgruppen übertragen werden (Lamnek & Krell, 2016, S. 672). Die Möglichkeiten der Generalisierbarkeit der Ergebnisse am Ende der Untersuchung hängen stark davon ab, wie die Untersuchungseinheit bestimmt und das Sample zusammengesetzt wurde (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 177). Die Auswahl der Stichprobe richtet sich nach dem Forschungsinteresse und beeinflusst die Auswahl der Methode, der Untersuchungseinheiten und den Zugang zum Feld sowie die konkreten Erhebungsinstrumente (Lamnek & Krell, 2016, S. 672). In der Masterarbeit von Struve (2018) und der vorliegenden Forschungsarbeit wurden für die Auswahl sowie Beschreibung der Stichprobe vorab Kriterien festgelegt, die im Folgenden dargestellt werden.

2.3.5 Zugang zu den Experten

Eine Voraussetzung für das Sampling ist, dass der zu untersuchende Fall zuvor definiert wird, sodass die ausgewählten Fälle die gleichen vorab festgelegten Kriterien erfüllen (Merkens, 2017, S. 290). Dementsprechend erfolgte die Auswahl der Probanden in der vorliegenden Forschungsarbeit zunächst durch die Vorgabe bestimmter Kriterien. Die Kriterien für die

Experten aus den Unternehmen aus der Masterthesis von Struve (2018) sind in Kasten 19 dargestellt. Die Auswahlkriterien für die Experten aus dem Bereich der Pflege in Deutschland und Dänemark sind in Kasten 20 aufgeführt.

Kasten 19: Kriterien zur Teilnahme an den Experteninterviews aus den Unternehmen (modifiziert nach Struve, 2018, S. 77)

- Angestellter in dem Unternehmen/ Geschäftsführer
- Unternehmen mit ≥ 26 Mitarbeitern (Verbindlichkeit der gesetzlichen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf)
- Wissen über Maßnahmen zur Unterstützung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen
- Wissen zu Strukturen und Personalmanagement im Unternehmen
- Tätigkeit im Bereich Gesundheitsförderung

Kasten 20: Kriterien zur Teilnahme an den Experteninterviews aus dem Bereich der Pflege (modifiziert nach Struve, 2018, S. 77)

- Umgang und/ oder Kontakt mit pflegenden Angehörigen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit
- Fachlich fundierte Ausbildung und Tätigkeit im Bereich der Pflege
- Kenntnisse über die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Entsprechend der Einschlusskriterien wurden Experten aus Deutschland und Dänemark per E-Mail angeschrieben. In dem Anschreiben (s. Anhang B – Forschungsprojekt: Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf) wurden die potenziellen Forschungsteilnehmer über das Forschungsvorhaben informiert und zur Teilnahme eingeladen. Bei Interesse und Bereitschaft an der Teilnahme der Studie wurden die Einschlusskriterien nochmals überprüft. Waren diese erfüllt, wurde ein Termin für die Durchführung der Interviews vereinbart. Nach Beendigung des Interviews wurden die Experten im Rahmen der Teilstudie I um ihre Mithilfe bei der Akquirierung potenzieller weiterer Interviewteilnehmer gebeten. Das Nutzen des vorhandenen Netzwerkes stellte sich als vorteilhaft für den Forschungsprozess heraus.

2.4 Interviewdurchführung

Bei der Interviewdurchführung ist es empfehlenswert, die Probanden in ihrer vertrauten und alltäglichen Umgebung zu befragen, da so lediglich die Interviewsituation als ungewöhnlich empfunden werden kann (Lamnek & Krell, 2016, S. 366). Außerdem ist es bei Experteninterviews wichtig, den Expertenstatus wertzuschätzen, denn so können in einer vertrauten Umgebung detaillierte und exklusive Informationen über den Forschungsgegenstand exploriert werden. Der Forscher kann dem Experten dabei angemessen suggerieren, dass er auf das Expertenwissen angewiesen ist (Lamnek & Krell, 2016, S. 366f.). „*Gelingt es diesen*

Zustand in der subjektiven Perzeption herbeizuführen, dann führt dies dazu, dass sich Interviewer und Interviewter auf dieser Basis gegenseitig akzeptieren und anerkennen“ (Lamnek & Krell, 2016, S. 367). Die Akzeptanz und Anerkennung kann dazu beitragen, dass sich der Proband während des Interviews wohlfühlt und so eine vertraute Atmosphäre geschaffen wird, die zum Gelingen des Interviews beiträgt (Schreier, 2013, S. 229). Der Verlauf der qualitativen Interviews der vorliegenden Forschungsarbeit orientierte sich an den drei Phasen qualitativer Interviews: der Eröffnungsphase, dem Hauptteil und der Endphase (Schreier, 2013, S. 228).

Die Probanden wurden in der **Eröffnungsphase** zunächst durch ein Anschreiben über das Forschungsvorhaben und das besondere Interesse an ihnen als Experten informiert. Bei Interesse und Einverständnis des Probanden an der Teilnahme, wurde telefonisch oder per E-Mail ein Termin für die Befragung vereinbart.

Im **Hauptteil** der Untersuchung wurden die Fragen des Leitfadens gestellt. Vor der Interviewdurchführung fand etwas Smalltalk statt, um eine entspannte und angenehme Atmosphäre zu schaffen. Im Anschluss daran wurden wiederholt das Forschungsvorhaben und der Grund für die Interviewdurchführung vorgestellt. Weiterhin wurde vor dem Beginn des Interviews erneut die Sicherung der Anonymität angesprochen und eine Einverständniserklärung (Anhang B3 – Einverständniserklärung deutsch & Anhang B4 – Einverständniserklärung dänisch) zur Auswertung des Datenmaterials unterzeichnet. Dabei wurde über die Aufzeichnung des Interviews, die Transkription sowie die Datenauswertung aufgeklärt. Nach der Klärung der organisatorischen Gegebenheiten wurde die Audioaufnahme und die Durchführung des leitfadengestützten Interviews gestartet.

In der **Endphase**, nach Abschluss des Interviews, bedankte sich der Forscher für die Teilnahme und gab dem Probanden die Möglichkeit weitere bedeutsame Aspekte anzusprechen oder Fragen zu stellen. Nach der Durchführung des Interviews wurde ein Postskript angefertigt (Anhang B5 – Postskript), welches der Dokumentation von Besonderheiten dient, die durch eine Audioaufnahme nicht aufgezeichnet werden können (Kruse & Schmieder, 2014, S. 284f.). Das beinhaltet z.B. die Gesprächsdynamik oder interaktionelle Prozesse, die neben dem Transkript bei der Datenanalyse berücksichtigt werden können. Die Aufgabe des Forschers besteht darin, sich vor der Durchführung des Interviews ausführlich mit dem Leitfaden zu beschäftigen, um dem systematischen Aufbau des Leitfadens folgen zu können, sodass eine Wiederholung oder das Vergessen von Fragen vermieden wird. Weiterhin sollte der Forscher während des Gesprächsverlaufs flexibel reagieren können, sodass je nach Verlauf des Gespräches Fragen vorgezogen oder zurückgestellt werden können. Es ist empfehlenswert den Leitfaden vor der offiziellen Interviewdurchführung zu testen, sodass der Forscher sich bei der Anwendung des Leitfadens sicher fühlt. Während des gesamten

Interviews gilt es zu beachten, dass die Priorität auf dem Abarbeiten aller Themenkomplexe des Leitfadens und nicht auf einer strengen Einhaltung der Reihenfolge liegt (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 129ff.). Während der Durchführung der Experteninterviews wurde darauf geachtet, dass die Reihenfolge des Leitfadens an den Gesprächsverlauf angepasst und die Fragen bei Bedarf vorgezogen oder zurückgestellt wurden, sodass der Leitfaden als Orientierungshilfe galt. Der Forscher verhielt sich während des Interviews zurückhaltend, um den Probanden genügend Raum für eine offene und unbeeinflussende Beantwortung der Fragen zu ermöglichen. Alle Experteninterviews, die in dieser Studie durchgeführt wurden, fanden am Arbeitsplatz der Probanden statt und verliefen ohne Besonderheiten.

2.5 Datenauswertung

Die Auswertung qualitativer Daten lässt sich in drei Phasen einteilen: die Datenaufbereitung bzw. Transkription, die Analyse und die Systematisierung der Ergebnisse. Im Folgenden wird die Aufbereitung der Daten sowie die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) als Instrument der Datenauswertung dargestellt.

2.5.1 Datenaufbereitung: Transkription

Die Transkription von qualitativ erhobenen Daten dient dazu, die verbalen Daten, die in der Regel zunächst in auditiver Form vorliegen, zu verschriftlichen, um eine wissenschaftliche Analyse des Gespräches zu ermöglichen (Schreier, 2013, S. 267). Das Ziel eines Transkriptes ist es, *„die geäußerten Wortfolgen (verbale Merkmale), häufig aber auch deren lautliche Gestaltung, z.B. durch Tonhöhe und Lautstärke (prosodische Merkmale) sowie redendebegleitendes nichtsprachliches Verhalten (sei es vokale wie Lachen oder Räuspern – parasprachliche Merkmale – oder nichtvokale wie Gesten oder Blickverhalten – außersprachliche Merkmale) möglichst genau auf dem Papier darzustellen, sodass die Besonderheiten eines einmaligen Gesprächs sichtbar werden“* (Kowal & O`Connell, 2017, S. 438). Dresing und Pehl (2015, S. 17) definieren den Begriff der Transkription als *„das Übertragen einer Audio- oder Videoaufnahme in eine schriftliche Form“*, weiterhin beschreiben die Autoren die Entstehung eines Transkriptes *„durch das schlichte Abtippen des Aufgenommenen von Hand.“* Weiterhin wird durch die Datenaufbereitung die Nachvollziehbarkeit und die Überprüfbarkeit durch andere Forscher ermöglicht (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 168). Das Originalgespräch stellt die primäre Datenerhebung dar, die Audio- oder Videoaufnahme die Sekundärdaten, bei den Transkripten handelt es sich um Tertiärdaten, die empirische, reproduzierbare und überprüfbare Ausgangsdaten darstellen (Kowal & O`Connell, 2017, S. 440; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 164). Das Datenmaterial wurde transkribiert und anonymisiert, um einen vertraulichen Umgang mit den Daten zu gewährleisten und keine Rückschlüsse auf Personen gezogen werden können.

Um eine inhaltsanalytische Auswertung vornehmen zu können, wurden die qualitativen Interviews mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend nach den Transkriptionsregeln nach Faltermaier (2002) transkribiert (Anhang B6 – Transkriptionsregeln nach Faltermaier (2002)). Gesprächspausen wurden mit Punkten gekennzeichnet. Dabei steht jeder Punkt für eine Sekunde. Satzabbrüche wurden ebenfalls gekennzeichnet. Betonungen, Füllwörter und nonverbale Äußerungen wurden hingegen vernachlässigt, da diese vor dem Hintergrund der Fragestellung für die Datenauswertung keine Relevanz haben. Die Interviewpartner wurden mit den Abkürzungen *I.* für *Interviewer* und *B.* für *Befragter* gekennzeichnet. Namen und persönliche Details, wie z.B. Stadtteile und Orte wurden mit Pseudonymen versehen. Die Transkription erfolgte mit der Computersoftware MAXQDA 18. Die Datenauswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) und wird im nachfolgenden Kapitel beschrieben.

2.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Eine statistische Auswertung der erhobenen Daten ist aufgrund der Offenheit und geringen Standardisierung der Instrumente wenig geeignet, aus diesem Grund kommen interpretative Verfahren der Datenanalyse zum Einsatz (Kaiser, 2014, S. 3). In Anlehnung an das Promotionsvorhaben wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) als Auswertungsmethode ausgewählt.

Mayring (2016, S. 114) beschreibt die qualitative Inhaltsanalyse als ein theoriegeleitetes und systematisches Auswertungsverfahren, das zum Ziel hat auf Daten basierende Kommunikation auszuwerten. Die inhaltsanalytischen Techniken stammen ursprünglich aus den Kommunikationswissenschaften, werden mittlerweile aber in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen eingesetzt. Die Analyse ermöglicht sowohl eine inhaltliche als auch formale Untersuchung des verbalen Materials, wodurch eine Analyse tiefer Bedeutungsstrukturen erfolgen kann, die Rückschlüsse auf das Forschungssubjekt zulässt (Mayring, 2015, S. 12f.). Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist demnach eine systematische Bearbeitung des Kommunikationsmaterials, dass in irgendeiner Form fixiert vorliegt (Mayring, 2015, S. 12). Dabei sollte das auszuwertende Material immer in dem Kommunikationszusammenhang betrachtet werden, in dem es entstanden ist (Mayring, 2015, S. 50f.). Dadurch wird eine Interpretation des sozialen Entstehungskontextes ermöglicht. Die qualitative Inhaltsanalyse ist die stärkste regelgeleitete und systematische Technik qualitativ orientierter Textanalyse (Fenzl & Mayring, 2017, S. 333). Die Systematik bezieht sich dabei auf ein nach expliziten Regeln ablaufendes Vorgehen, wobei der systematische Ablauf durch vorab formulierte Regeln bestimmt ist: Ablaufmodell, Analyseeinheit, inhaltsanalytische Regeln.

Diese formulierten Regeln werden während des Analyseverfahrens in Rückkopplungsschleifen überarbeitet, sodass der finale Materialdurchgang exakt auf das Material abgestimmt ist. Die qualitative Inhaltsanalyse stellt somit ein zirkuläres Verfahren dar, das an den konkreten Forschungsgegenstand sowie den Forschungsfragen konstituiert und angepasst wird (Mayring, 2015, S. 50f.). Durch das systematische und regelgeleitete Vorgehen wird die intersubjektive Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Analyse gewährleistet (Mayring, 2015, S. 10), wodurch sozialwissenschaftliche Methodenstandards erfüllt werden (Mayring, 2015, S. 13, S. 50f.). Ein bedeutender Aspekt für die Nachvollziehbarkeit und das intersubjektive Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse stellt das Kategoriensystem dar (Mayring, 2015, S. 51). Hierfür wird das Vorgehen der Kategorienkonstruktion und -begründung genau beschrieben. Durch die Erstellung des Kategoriensystems werden Aspekte festgelegt, die aus dem Material herausgefiltert und analysiert werden (Mayring, 2015, S. 51). Vor der Auswertung des Materials wird der Text in die Analyseeinheiten: Auswertungs-, Kodier- und Kontexteinheit zergliedert und so strukturiert (Mayring, 2015, S. 61).

Nach Mayring (2015, S. 65ff.) gelten dabei drei Grundformen des Interpretierens: **Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung**. Die Analyse des Textmaterials kann durch eine der drei Grundformen oder einer Kombination dieser erfolgen. Die Auswahl der Interpretationsform erfolgt anhand des zugrundeliegenden Forschungsgegenstands sowie der Forschungsfrage. Das Ziel der **zusammenfassenden** Interpretation besteht in der Reduktion auf die wesentlichen Bestandteile des Textmaterials, wobei durch Abstraktion ein überschaubarer Korpus entsteht, der ein Abbild des Grundmaterials darstellt. Werden bei einer reduzierenden Textanalyse lediglich bestimmte, nach Definitionskriterien festgelegte Aspekte berücksichtigt, handelt es sich um eine induktive Kategorienbildung (Mayring, 2015, S. 68), wodurch ein thematisch gegliedertes Kategoriensystem entsteht. Bei der **Explikation** wird zusätzliches Material herangezogen, um unklare Textpassagen verständlicher zu machen (Mayring, 2015, S. 67). Dabei werden Materialteile erklärt, die für den Forscher nicht unmittelbar verständlich sind, wie zum Beispiel mehrdeutige Interviewpassagen oder unübliche Ausdrucksweisen (Mayring, 2016, S. 118). Das Ziel der **strukturierenden Interpretation** ist es, *„bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“* (Mayring, 2015, S. 67). Dabei handelt es sich um eine **deduktive Kategorienanwendung**, durch die jeder Materialbestandteil einer vorab definierten Kategorie zugeordnet wird, wodurch das gesamte Material entsprechend der Struktur lückenlos erfasst werden kann. Die drei Grundformen des Interpretierens werden durch die Anwendung der inhaltsanalytischen Regeln während der Analyse des Materials beschreibbar und überprüfbar. Die Zuordnung der Textstellen zu den Kategorien erfolgt nicht automatisch, sondern durch ein

regelgeleitetes Vorgehen (Mayring, 2015, S. 17). Im folgenden Abschnitt wird die regelgeleitete und systematische Kategorienbildung der qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt, um das Vorgehen der vorliegenden Studie deutlich zu machen.

Ablauf der Analyse. Um die Präzision der Analyseeinheit zu erhöhen, werden sowohl beim induktiven als auch beim deduktiven Vorgehen Analyseeinheiten festgelegt. Die Analyseeinheiten untergliedern sich in die Kodiereinheit, die Kontexteinheit und die Auswertungseinheit und werden im Kasten 21 dargestellt (Mayring, 2015, S. 61).

Kasten 21: Analyseeinheiten der qualitativen Inhaltsanalyse (entnommen aus Fenzl & Mayring, 2017, S. 335; Mayring, 2015b, S. 61).

1. Die **Kodiereinheit** (coding unit) legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann und definiert damit die Sensibilität der Auswertung.
2. Die **Kontexteinheit** (context unit) legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann.
3. Die **Auswertungseinheit** (recording unit) legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden.

Die Tabelle 5 zeigt, wie die Analyseeinheiten in der vorliegenden Forschungsarbeit festgelegt wurden.

Tabelle 5: Analyseeinheiten der Forschungsarbeit.

Analyseeinheiten	
Kodiereinheit:	Satz oder Phrase
Kontexteinheit:	ein gesamtes Interview
Auswertungseinheit:	alle durchgeführten und transkribierten Interviews

Nachdem die Analyseeinheiten festgelegt wurden, erfolgt die Kategoriendefinition, bei der je nach Forschungsgegenstand die **deduktive Kategorienanwendung** oder die **induktive Kategorienbildung** verwendet wird. Bei der **deduktiven** Vorgehensweise werden theoretische Vorüberlegungen vorgenommen, die sich aus Voruntersuchungen, dem bisherigen Forschungsstand, neu entwickelten Theorien und dem Interviewleitfaden, der anhand von theoretischen Vorannahmen entwickelt wurde, ergeben. Die Kategorien werden in einem Operationalisierungsprozess an das Material herangeführt. Bei der **induktiven** Vorgehensweise werden die Kategorien direkt aus dem Material heraus entwickelt.

Dieses erfolgt im Rahmen eines Verallgemeinerungsprozesses, der sich nicht auf vorab formulierte Theoriekonzepte bezieht (Mayring, 2015, S. 85). Die **induktive Kategorienbildung** ermöglicht eine neutrale und gegenstandsnahe Abbildung des Materials (Mayring, 2015, S. 85). Im nachfolgenden Abschnitt wird sowohl die zusammenfassende, induktive, als auch die strukturierende, deduktive Vorgehensweise in Bezug auf die vorliegende Forschungsarbeit näher erläutert. Die Unterschiede der Auswertungen zwischen den beiden Teilstudien sowie die Kodierleitfäden erfolgen in den Kapiteln 3.3 und 4.3.

Induktive Kategorienbildung. Die Anwendung der induktiven Kategorienbildung leitet sich aus der zu untersuchenden Forschungsfrage ab. Die Kategorien werden direkt aus dem Material herausgearbeitet. Die Vorgehensweise folgt einem genauen Ablaufmodell, wobei zunächst die Analyseeinheiten und ein Selektionskriterium definiert wird, um das Material schrittweise zu bearbeiten und eine zentrale Revision der entwickelten Kategorien zu ermöglichen. Das Selektionskriterium dient als Regel zur induktiven Kategorienbildung und kann auch als Kategoriendefinition (category definition) bezeichnet werden. Dadurch wird festgelegt, welche Textstelle des Materials eine induktiv gebildete Kategorie darstellen soll (Fenzl & Mayring, 2017, S. 336). Dabei wird die Kategorie so genau wie möglich definiert, um zu verhindern, dass unwesentliche, ausschmückende und vom Thema abweichende Aspekte in die Kategorienbildung einfließen. Weiterhin wird ein Abstraktionsniveau definiert, das festlegt, *„auf welcher Ebene der Verallgemeinerbarkeit die Kategorienamen bestimmt werden“* (Fenzl & Mayring, 2017, S. 336). Anschließend erfolgt die Kategorisierung, bei der das Material Zeile für Zeile durchgearbeitet wird. Wenn eine Textstelle das Selektionskriterium erfüllt, wird diese unter Berücksichtigung des Abstraktionsniveaus zu einer Kategorie paraphrasiert, sodass diese möglichst nahe am Text als Begriff oder kurzer Satz formuliert wird. Bei einem erneut erfüllten Selektionskriterium wird dann entschieden, ob eine neue Kategorie gebildet oder die Textstelle der bestehenden Kategorie zugeordnet werden kann (Subsumption). Wenn bereits 10 bis 50% des Materials durchgearbeitet wurden, erfolgt eine Revision des Kategoriensystems, wobei überprüft wird, ob das Ziel der Analyse durch die gebildeten Kategorien erreicht werden kann. Dabei wird außerdem überprüft, ob das Selektionskriterium und das Abstraktionsniveau passend formuliert wurden, um die Forschungsfrage beantworten zu können, ggf. kann hier überarbeitet werden (Mayring, 2015, 86f). Wenn die Anzahl der induktiv gebildeten Kategorien zu hoch oder zu niedrig erscheint, ist eine Anpassung des Abstraktionsniveaus notwendig (Fenzl & Mayring, 2017, S. 338). Bei Übereinstimmung kann mit der Analyse fortgefahren werden, bei Anpassung der Regeln wird die Analyse neu begonnen, d.h. dass das Material von Beginn an durchgegangen wird. Ist die Kategorienbildung abgeschlossen, ist ein Kategoriensystem zu einem bestimmten Thema entstanden, dessen Kategorien mit Textpassagen untermauert werden (Mayring, 2015, 86f.). Der Ablauf der induktiven Kategorienbildung wird anhand der Abbildung 27 visualisiert.

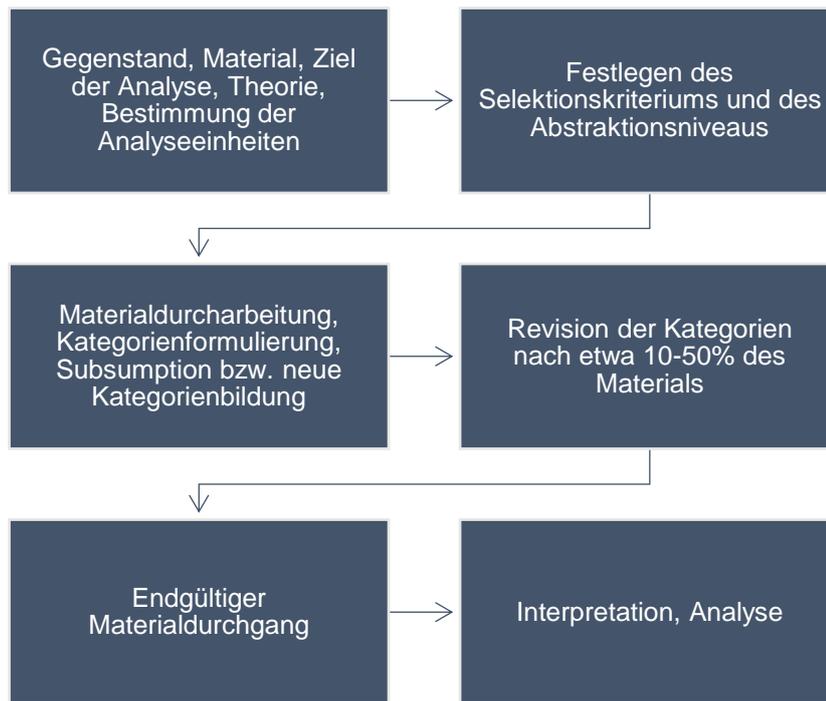


Abbildung 27: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (modifiziert nach Mayring, 2015, S. 86).

Deduktive Kategorienanwendung. Bei der deduktiven Kategorienanwendung erfolgt ebenfalls zunächst die Bestimmung der Analyseeinheiten. Bei der deduktiven Kategorienanwendung wird ein vorab definiertes Kategoriensystem an das Material herangetragen. Dabei erfolgt die Erstellung des Kategoriensystems mithilfe von Strukturdimensionen. Aus der Fragestellung und theoretischen Vorüberlegungen erfolgt zunächst eine grobe Differenzierung der Strukturdimensionen. Diese Dimensionen werden weiter aufgespalten, woraus eine gezieltere Differenzierung erfolgt. Die Dimensionen und ihre Ausprägungen werden anschließend zu einem Kategoriensystem zusammengefasst. Die Zusammenfassung erfolgt mittels der Erstellung eines Kodierleitfadens, sodass genau festgelegt werden kann, welche Textstellen den einzelnen Kategorien zugeordnet werden. Dazu werden die Kategorien zunächst genau definiert, um eine exakte Zuordnung von Textpassagen zu ermöglichen. Jeder Kategorie wird ein Ankerbeispiel zugeordnet, um die Kategorisierung zu erleichtern. Ankerbeispiele sind konkrete Textstellen, die beispielhaft für eine Kategorie stehen. Mayring (2016, S. 118) präzisiert, dass Ankerbeispiele die „*prototypische Funktion für die Kategorienbildung*“ darstellen. Im letzten Schritt der deduktiven Vorgehensweise erfolgt die Festlegung von Kodierregeln, sodass keine Abgrenzungsprobleme zwischen den Kategorien entstehen. Nachdem die Kategoriendefinition und die Kodierregeln festgelegt wurden, werden diese in einem ersten Materialdurchlauf erprobt. Beim Probendurchlauf wird das vorläufige Kategoriensystem häufig überarbeitet. Wenn sich dabei weitere inhaltliche Aspekte ergeben, die zu der Beantwortung der Forschungsfrage führen, werden diese durch die Bildung induktiver Kategorien, im Sinne der deduktiven Vervollständigung ergänzt und in den Kodierleitfaden

aufgenommen. Anschließend erfolgt der Hauptmaterialdurchlauf, bei dem systematisch Textbestandteile aus dem Material extrahiert und den Kategorien zugeordnet werden (Mayring, 2015, 97ff.). Bei der deduktiven Vorgehensweise gilt es zu beachten, dass nach dem Abschluss der Kategorienanwendung der Kodierleitfaden nicht mehr verändert werden kann (Fenzl & Mayring, 2017, S. 339). Die Abbildung 28 zeigt den systematischen Ablauf der strukturierenden, deduktiven Kategorienanwendung.

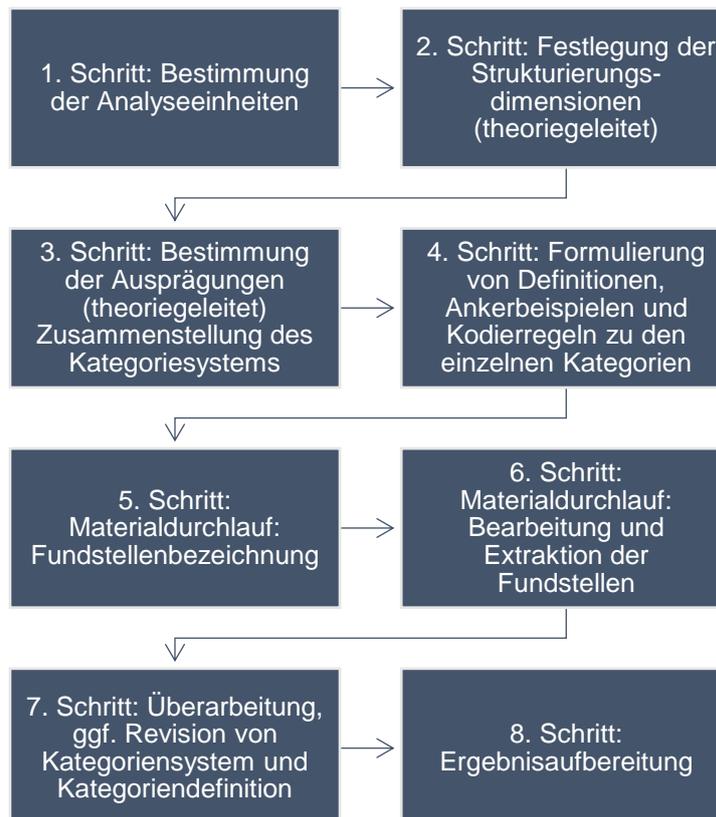


Abbildung 28: Allgemeines Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse (entnommen aus Mayring, 2015, S. 98).

Bei der deduktiven Kategorienanwendung erfolgt die Analyse anhand von bestehenden theoretischen Vorüberlegungen. Eine genaue Formulierung von Zuordnungsregeln (Kodierleitfaden) legt fest, unter welchen Bedingungen die Zuordnung einer Kategorie zu einer Textstelle zulässig ist. Im nachfolgenden Abschnitt werden die wesentlichen Gütekriterien der qualitativen Inhaltsanalyse kurz dargestellt.

Gütekriterien der qualitativen Inhaltsanalyse. Die Übertragbarkeit der klassischen Gütekriterien: Objektivität, Reliabilität und Validität auf die inhaltsanalytische Forschung wird überwiegend kritisch beurteilt, da eine Übertragung auf die inhaltliche Analyse des sprachlichen Materials oft nur schwer möglich ist. Dennoch wurden zwei spezifische Instrumente für die Inhaltsanalyse entwickelt, wodurch eine Bestimmung der Objektivität und

der Reliabilität möglich ist. Zur Bestimmung der Objektivität kann eine Überprüfung der **Intercoderreliabilität** erfolgen, indem mehrere Personen die Analyse des Textmaterials durchführen und anschließend die Ergebnisse miteinander verglichen werden. Die **Intercoder-Übereinstimmung** beschreibt das Ausmaß, in dem zwei oder mehrere Kodierer bei der Kategorisierung übereinstimmende Ergebnisse aufweisen. Die Bestimmung der Intercoderreliabilität wird umso schwieriger, desto umfangreicher und differenzierter das Kategoriensystem ist. Durch die **Intracoderreliabilität** kann die Reliabilität eines Verfahrens bestimmt werden, in dem die Kategorisierung eines einzelnen Kodierers auch nach wiederholter Kodierung übereinstimmt. Dies lässt sich überprüfen, indem das Material oder ausgewählte relevante Abschnitte des Materials einige Zeit nach Abschluss der Analyse erneut von dem gleichen Kodierer durchgearbeitet werden. Dabei ist es wichtig, dass die erste Kodierung dabei nicht beachtet wird und mindestens ein zeitlicher Abstand von 3 Monaten zwischen den Kodierungsdurchgängen liegt. Mayring (2015, S. 124) präzisiert, dass eine hohe Übereinstimmung der Kategorien nach mehrfacher Kodierung als Indikator für ein stabiles Verfahren gilt. In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde auf eine Intercoderreliabilität wie oben beschrieben verzichtet, dennoch wurden die Kategoriensysteme und ausgewählte zugeordnete Textstellen in einem internen Promotionskolloquium mit gesundheitswissenschaftlichen Experten diskutiert und geringfügig modifiziert. Die Intracoderreliabilität überprüft, indem die Forscherin relevante Abschnitte einen Monat nach Abschluss der Analyse erneut überprüft hat, wobei sich eine überwiegende Übereinstimmung der Kategorien zeigte. Unter der Verwendung des entstandenen strukturierten und übersichtlichen Kategoriensystems erfolgte die Interpretation der Ergebnisse. Eine Übersicht der erstellten Kategoriensysteme erfolgt im Anhang C3 – Kategoriensysteme und Anhang D3 – Kategoriensystem.

3 Teilstudie I: Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige

Da die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf mit vielfältigen Belastungen einhergeht und ein Anstieg des Pflegebedarfs in Deutschland und Dänemark erwartet wird, der zahlreich durch pflegende Angehörige abgedeckt werden muss, ist das Ziel des vorliegenden Promotionsvorhabens die Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige sowie die Ableitung praxisrelevanter Handlungsempfehlungen für die belastete Zielgruppe. Demzufolge wurde in der Teilstudie I zunächst ein Gesundheitsförderungsprogramm entwickelt, um erwerbstätige pflegende Angehörige am Arbeitsplatz hinsichtlich der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf besser zu unterstützen. Es sollen vor allem Belastungen reduziert sowie gesundheitsförderliche Ressourcen aufgebaut werden. Es besteht nicht nur ein Mangel an Unterstützungsmaßnahmen für die Vereinbarkeit

von Angehörigenpflege und Beruf, sondern auch unzureichende qualitativ hochwertige Studien im Bereich von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung bei erwerbstätigen pflegenden Angehörigen (Ældresagen, 2019; Danske Patienter, 2019a; Kuhlmeier, 2012, S. 223ff.). Um zielgerichtete Unterstützungsmaßnahmen für erwerbstätige pflegende Angehörige entwickeln zu können, ist die Erhebung der Bedürfnisse der Zielgruppe erforderlich. Die Bedürfniserhebung der Perspektive der pflegenden Angehörigen erfolgte bereits in der Masterthesis von Herrmann (2017). Die Ergebnisse werden in der vorliegenden Forschungsarbeit mitberücksichtigt. Herrmann (2017) entwickelte in ihrer Untersuchung bereits ein Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige, welches die Grundlage der Untersuchung von Struve (2018) sowie des Promotionsvorhabens darstellt.

3.1 Fragestellung

Die Teilstudie I der vorliegenden Forschungsarbeit fokussiert sich auf die professionelle Fremdbeurteilung durch Experten in Deutschland und Dänemark, um daraus Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für eine bessere Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger zu entwickeln. Es wurden bereits vorhandene Daten der Masterthesis von Struve (2018) genutzt und durch die Perspektive von dänischen Experten sowie drei deutscher Experten erweitert. Der Teilstudie I liegen die in der Abbildung 29 dargestellten Forschungsfragen zugrunde.

1. Forschungsfrage

- Wie werden die vorhandenen Maßnahmen zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger aus der Sicht von Experten in Deutschland und Dänemark bewertet?

2. Forschungsfrage

- Welche Aspekte beeinflussen aus Sicht der Experten die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in deutschen und dänischen Unternehmen?

3. Forschungsfrage

- Was sollte aus Sicht der Experten bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland bzw. Dänemark berücksichtigt werden?

4. Forschungsfrage

- Wie würden die Experten ein bestehendes Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland bzw. Dänemark weiterentwickeln?

Abbildung 29: Forschungsfragen der Teilstudie I.

Die Forschungsfragen wurden gemeinsam bei der Erstellung der Masterthesis von Struve (2018) entwickelt und entsprechend etwas modifiziert, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten. Mittels der ersten Forschungsfrage soll der Ist-Zustand von bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie eine Einschätzung der Nutzung und der Wirksamkeit der Maßnahmen durch Expertenbefragungen exploriert werden. Dabei geht es vor allem um die Inanspruchnahme von gesetzlichen Maßnahmen. Die zweite Forschungsfrage zielt auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf am Arbeitsplatz ab und wie diese beeinflusst werden kann. Mittels der dritten Forschungsfrage sollen die Möglichkeiten einer Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und in Dänemark exploriert werden. Im Rahmen der vierten Forschungsfrage wurde den Experten ein Entwurf eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige aus der Masterthesis von Herrmann (2017) vorgelegt und soll mithilfe der Expertenbefragungen weiterentwickelt werden.

3.2 Stichprobenbeschreibung

Die soziodemografische Beschreibung der in der Teilstudie I zugrundeliegenden Stichprobe wird nachfolgend dargestellt (vgl. Tab. 6). In der Masterarbeit von Struve (2018) wurden im Zeitraum von Juli bis November 2018 insgesamt 14 Interviews mit Experten persönlich durchgeführt, die in die Ergebnisse dieser Studie miteinfließen. Die Stichprobe setzte sich aus sieben Experten aus dem pflegerischen Bereich und aus acht Experten, die in nicht pflegerischen Unternehmen tätig sind, zusammen. Die Tabelle 6 zeigt die Verteilung der Stichprobe von Struve (2018) und der Teilstudie I.

Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung der Teilstudie I.

Geschlecht	Stichprobe		Σ
	DE	DK	
Einzelinterview	2 [8] ^{VS}	6	16
Fokusgruppe	3 [2] ^{VS}	3	8
Σ	15	9	24

^{VS} = Masterarbeit Vanessa Struve (Struve, 2018)

Bei beiden Stichproben wurden sowohl weibliche als auch männliche Probanden befragt, wobei eine ausgeglichene Geschlechterverteilung in dieser Studie nicht als Kriterium galt. Die Experten aus dem Bereich der Pflege unterscheiden sich in den Fachkompetenzen, dem Arbeitsumfeld und dem Kontakt zu den pflegenden Angehörigen. Eine Heterogenität ließ sich ebenso bei den Experten aus den Unternehmen der Untersuchung von Struve (2018)

feststellen. Diese unterscheiden sich hinsichtlich der Tätigkeiten im Unternehmen, den unterschiedlichen Aufgabenbereichen und der differenzierten Unternehmensstruktur sowie -kultur. Durch die Befragung der unterschiedlichen Expertengruppen konnte eine Variationsbreite in der Beantwortung der Fragen des Interviewleitfadens gewährleistet werden.

Experten aus Deutschland. Die Gruppe der Experten aus dem Bereich der nicht pflegerischen Unternehmen und aus dem Bereich der Pflege war heterogen, wodurch ein umfassendes Wissen zur Optimierung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf durch die unterschiedlichen Unternehmenskulturen und -strukturen sowie Pflegebereiche exploriert werden konnte. Dabei wurden Mitarbeiter aus Handelsunternehmen, Dienstleistungsunternehmen, öffentlich-rechtlichen Trägern und städtischen Unternehmen befragt. Besonders hervorzuheben ist, dass fünf der Probanden sich selbst in einer Pflegesituation befanden oder sich um die Organisation der Pflege kümmerten. Das Wissen dieser Experten bezog sich demnach sowohl auf fachliche Kenntnisse, als auch auf Erfahrungswerte (vgl. Struve, 2018, S. 79). Die Experten, die im Bereich der Pflege tätig sind, haben durch die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche und Aufgaben einen differenzierten Zugang zu pflegenden Angehörigen. Einige der Experten stehen im Kontakt mit der Zielgruppe und üben beratende Tätigkeiten über z.B. gesetzliche Maßnahmen aus, andere koordinieren Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Zielgruppe. Die beratenden Tätigkeiten für Pflegebedürftige in Deutschland werden vom Pflegestützpunkt, der Fachstelle 50+, der familialen Pflege und einem Versicherungsunternehmen ausgeführt. Die nachfolgende Tabelle 7 gibt einen detaillierten Überblick über die deutsche Stichprobe.

Tabelle 7: Deutsche Experten aus den Bereichen Unternehmen und Pflege (modifiziert nach Struve, 2018, S. 80).

Proband	Geschlecht	Unternehmen	Beruf	Dauer (Min.)
u/1	männlich	Versicherungsunternehmen	Fachkraft für betriebliches Gesundheitsmanagement	31:07
u/2	weiblich	Stadtwerke	Geschäftsbereichsleiterin Personal	31:14
u/3	weiblich	Hochschule	Fachkraft für betriebliches Gesundheitsmanagement	01:04:17
u/4	weiblich	Dienstleister zur Mitarbeiterunterstützung	Diplom Psychologin	45:02
u/5 - Fokusgruppe	weiblich	Handelsunternehmen	Diplom Pädagogin, mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung	53:33
u/5 - Fokusgruppe	männlich	Handelsunternehmen	Personalleitung im Warenlager, Leiter der Transportlogistik	
u/6	männlich	Gemeinnützige öffentlich-rechtliche Universalbank	Bereichsleiter Personal	49:48
u/7	weiblich	Stadtverwaltung	Fachkraft für betriebliches Gesundheitsmanagement	51:53
DE P1	weiblich	-	Sozial- und Altenhilfeplanerin	01:05:74
DE P2 Fokusgruppe	weiblich	-	Pflegestützpunkt	54:03
DE P2 Fokusgruppe	weiblich	-	Fachstelle 50+	
DE P3 Fokusgruppe	weiblich	-	Familiale Pflege	1:15:10
DE P3 Fokusgruppe	weiblich	-	Familiale Pflege	
DE P4	männlich	-	Teamleiter Pflege und häusliche Krankenpflege in dem Bereich Genehmigung	33:53
DE P5	weiblich	-	Oberin in einem Krankenhaus	51:01
				Ø 50:43

Experten aus Dänemark. Auch die dänischen Experten aus dem Bereich der Pflege haben durch die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche und Aufgaben einen differenzierten Zugang zu pflegenden Angehörigen und stehen mit ihnen im Kontakt, beraten und koordinieren gesundheitsförderliche Maßnahmen. Dabei ist die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bei den unterschiedlichen Kommunen verankert, wie auch die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung dem öffentlichen Sektor der Kommunen angehören. Freiwilligen- und Interessenorganisationen üben auf freiwilliger Basis ebenfalls beratende und unterstützende Tätigkeiten für Pflegebedürftige und deren Angehörigen aus.

Alle Probanden weisen umfangreiche Kenntnisse über die Situation von pflegenden Angehörigen auf und können durch überwiegend langjährige Erfahrungen eine hohe Fachkompetenz aufweisen. Demnach erfüllten alle Interviewpartner die Einschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie (vgl. Kap. 2.3.5). Die Tabelle 8 stellt die Beschreibung der dänischen Stichprobe detailliert dar.

Tabelle 8: Dänische Experten aus dem Bereich der Pflege.

Proband	Geschlecht	Beruf	Dauer (Min.)
DK P1	männlich	Vorsitzender einer Freiwilligenorganisation zur Unterstützung älterer Bürger	43:00
DK P2	weiblich	Vorsitzende einer Interessenorganisation für pflegende Angehörige	32:53
DK P3	weiblich	Fachkraft für Pflege und Fürsorge bei einer Kommune	35:27
DK P4 Fokusgruppe	weiblich	Abteilungsleiterin Behördenabteilung einer Kommune	53:20
DK P4 Fokusgruppe	weiblich	Fachberaterin im gesundheitsfachlichen Team einer Kommune	
DK P5	weiblich	Ergotherapeutin und Kursleiterin in einem Programm für pflegende Angehörige (angestellt bei einer Kommune)	1:00:30
DK P6 Fokusgruppe	weiblich	Beraterin für pflegende Angehörige bei einer Kommune	59:37
DK P6 Fokusgruppe	weiblich	Angestellte einer Kommune im Bereich Gesundheitsförderung und Kursleitung	
DK P6 Fokusgruppe	weiblich	Präventionsberaterin und Kursleiterin im Demenzbereich	
DK P7	männlich	Vorsitzender einer Patienten- und Angehörigenorganisation	44:52
DK P8 Fokusgruppe	männlich	Leitender Berater Komitee für Gesundheitsaufklärung – Entwicklung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen	1:10:24
DK P8 Fokusgruppe	weiblich	Fachberaterin im Komitee für Gesundheitsaufklärung - Entwicklung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen	
DK P9	weiblich	Angestellte im Bereich Gesundheit und Ältere bei einer Interessenorganisation	25:00
			Ø 47:05

3.3 Datenauswertung: Kodierleitfaden

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Schritte der induktiven Kategorienbildung anhand der Forschungsfragen der Teilstudie I, die der vorliegenden Forschungsarbeit zugrunde liegen, beschrieben. Um den Ist-Zustand und Hinweise auf die Wirksamkeit von bestehenden Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen erheben zu können, wurden insgesamt 14 Experteninterviews herangezogen. Dabei handelte es sich um Einzelinterviews sowie um Fokusgruppen, wodurch eine praxisnahe Bewertung der Maßnahmen erfolgen konnte. Unter Berücksichtigung der induktiven Forschungsfrage *„Wie werden die vorhandenen Maßnahmen zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger aus der Sicht von Experten in Deutschland und Dänemark bewertet?“* wurde eine Auswertung der Expertenbefragung durch die induktive Kategorienbildung vorgenommen. Dabei unterteilt sich die Forschungsfrage in zwei Auswertungsfragen, um zum einen förderliche und zum anderen hinderliche Maßnahmen untersuchen zu können. Durch die Festlegung der Selektionskriterien konnte genau bestimmt werden, welche Textstellen im Material zu einer induktiven Kategorie formuliert wurden. Hierbei wurden lediglich Textstellen berücksichtigt, die eine eindeutige Aussage darüber beinhalten, ob die Experten die Maßnahmen als förderlich oder hinderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bewerten. Das Abstraktionsniveau wurde so festgelegt, dass die wesentlichen Textbestandteile erfasst wurden. Dabei wurden Maßnahmen berücksichtigt, die sich auf gesetzliche Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nach der deutschen Pflegereform 2015 und dem dänischen Dienstleistungsgesetz 1998, unterschiedlichen Arbeitsmodellen oder kommunalen Maßnahmen beziehen. Die Tabelle 9 stellt die festgelegten Regeln der induktiven Kategorienbildung hinsichtlich der ersten Forschungsfrage dar.

Tabelle 9: Regeln zur induktiven Kategorienbildung der ersten Forschungsfrage.

Induktive Kategorienbildung der ersten Forschungsfrage	
Forschungsfrage 1:	Wie werden die vorhandenen Maßnahmen zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger aus der Sicht von Experten in Deutschland und Dänemark bewertet?
Auswertungsfrage 1:	Welche Maßnahmen werden zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger aus der Sicht von Experten in Deutschland und Dänemark als förderlich bewertet?
Kategoriendefinition/ Selektionskriterium 1:	Alle Maßnahmen, die gesetzlich, betrieblich und kommunal zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf umgesetzt werden und von den Experten als förderlich bewertet werden.
Auswertungsfrage 2:	Welche Maßnahmen werden zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger aus der Sicht von Experten in Deutschland und Dänemark als hinderlich bewertet?
Kategoriendefinition/ Selektionskriterium 2:	Alle Maßnahmen, die gesetzlich, betrieblich und kommunal zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf umgesetzt werden und von den Experten als hinderlich bewertet werden.
Abstraktionsniveau:	Die bereits vorhandenen und in Unternehmen und der Kommune umgesetzten Maßnahmen beziehen sich auf die gesetzlichen Bestimmungen der deutschen Pflegereform 2015 und des dänischen Dienstleistungsgesetz 1998 zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, auf unterschiedliche Arbeitsmodelle und kommunale Angebote.

Die zweite Forschungsfrage der Teilstudie I wurde ebenfalls mit der induktiven Kategorienbildung ausgewertet und lautet: „*Welche Aspekte beeinflussen aus Sicht der Experten die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in deutschen und dänischen Unternehmen?*“ Die Kategorien sollen hier alle Aspekte erfassen, die die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für erwerbstätige pflegende Angehörige im Unternehmen aus Sicht der Experten beeinflussen. Auch hier wurde in zwei Auswertungsfragen unterteilt, um zum einen förderliche und zum anderen hinderliche Aspekte zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen adäquat erfassen zu können. Um möglichst viele Aspekte zu explorieren, wurde das Abstraktionsniveau niedrig gehalten. Dabei wurden die gesetzlichen Maßnahmen und Arbeitsmodelle ausgeschlossen, da diese Aspekte bereits in der ersten Forschungsfrage berücksichtigt wurden. Die Tabelle 10 stellt die Regeln der induktiven Kategorienbildung für die zweite Forschungsfrage dar.

Tabelle 10: Regeln zur induktiven Kategorienbildung der zweiten Forschungsfrage.

Induktive Kategorienbildung der zweiten Forschungsfrage	
Forschungsfrage 2:	Welche Aspekte beeinflussen aus Sicht der Experten die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in deutschen und dänischen Unternehmen?
Auswertungsfrage 1:	Welche Aspekte sind aus Sicht der Experten zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in deutschen und dänischen Unternehmen förderlich?
Kategoriendefinition/ Selektionskriterium 1:	Alle Aspekte, die aus Sicht der Experten einen förderlichen Einfluss auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in deutschen und dänischen Unternehmen haben.
Abstraktionsniveau 1:	Bei der Betrachtung eingeschlossen sind alle förderlichen Aspekte zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in deutschen und dänischen Unternehmen. Ausgeschlossen sind die konkreten gesetzlichen Maßnahmen nach der deutschen Pflegereform 2015 und des dänischen Dienstleistungsgesetz 1998.
Auswertungsfrage 2:	Welche Aspekte sind aus Sicht der Experten zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in deutschen und dänischen Unternehmen hinderlich?
Kategoriendefinition/ Selektionskriterium 2:	Alle Aspekte, die aus Sicht der Experten einen hinderlichen Einfluss auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in deutschen und dänischen Unternehmen haben.
Abstraktionsniveau 2:	Bei der Betrachtung eingeschlossen sind alle hinderlichen Aspekte zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in deutschen und dänischen Unternehmen. Ausgeschlossen sind die konkreten gesetzlichen Maßnahmen nach der deutschen Pflegereform 2015 und des dänischen Dienstleistungsgesetz 1998.

Bei der dritten Forschungsfrage der vorliegenden Thesis wird ebenfalls die induktive Kategorienbildung verwendet. Mit der Fragestellung: „Was sollte aus Sicht der Experten bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark berücksichtigt werden?“ sollen alle förderlichen und hinderlichen Aspekte exploriert werden, die für die Entwicklung und Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige förderlich oder hinderlich sein können. Die Forschungsfrage unterteilt sich auch hier in zwei Auswertungsfragen, um zum einen förderliche und zum anderen hinderliche Aspekte zu erfassen. Das Abstraktionsniveau wurde niedrig angesetzt, um möglichst viele Faktoren erfassen zu können. Die Tabelle 11 zeigt die Regeln zur induktiven Kategorienbildung für die dritte Forschungsfrage.

Tabelle 11: Regeln zur induktiven Kategorienbildung der dritten Forschungsfrage.

Induktive Kategorienbildung der dritten Forschungsfrage	
Forschungsfrage 3:	Was sollte aus Sicht der Experten bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark berücksichtigt werden?
Auswertungsfrage 1:	Welche Aspekte sind aus Sicht der Experten bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark förderlich?
Kategoriendefinition/ Selektionskriterium 1:	Alle Aspekte, die aus Sicht der Experten für den Entwurf eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige förderlich sein können.
Abstraktionsniveau 1:	Es werden alle förderlichen Aspekte zur Entwicklung und Implementierung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige berücksichtigt.
Auswertungsfrage 2:	Welche Aspekte sind aus Sicht der Experten bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark hinderlich?
Kategoriendefinition/ Selektionskriterium 2:	Alle Aspekte, die aus Sicht der Experten für den Entwurf eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige hinderlich sein können.
Abstraktionsniveau 2:	Es werden alle hinderlichen Aspekte zur Entwicklung und Implementierung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige berücksichtigt.

Die vierte Forschungsfrage bezieht sich auf die Weiterentwicklung eines bestehenden Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige aus der Masterthesis von Herrmann (2017), welches in Kapitel 1.9.2 beschrieben wurde. Mit der Forschungsfrage „*Wie würden die Experten ein bestehendes Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark weiterentwickeln?*“ wurden Aspekte erfasst, die Experten zur Weiterentwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige empfehlen. Das Abstraktionsniveau wurde bei dieser Forschungsfrage so festgelegt, dass inhaltliche Aspekte erfasst werden, die zu einer Weiterentwicklung der bestehenden Module des Konzeptes beitragen oder die Bildung neuer Module umfassen. Weiterhin wurden Vorschläge der Experten zu den Rahmenbedingungen berücksichtigt. Die Tabelle 12 stellt die Regeln der induktiven Kategorienbildung für die vierte Forschungsfrage dar.

Tabelle 12: Regeln zur induktiven Kategorienbildung der vierten Forschungsfrage.

Induktive Kategorienbildung der vierten Forschungsfrage	
Forschungsfrage 4:	Wie würden die Experten ein bestehendes Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark weiterentwickeln?
Auswertungsfrage 1:	Welche Inhalte sollten aus Sicht der Experten in die Weiterentwicklung eines bestehenden Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark aufgenommen werden?
Kategoriendefinition/ Selektionskriterium 1:	Alle inhaltlichen Aspekte, die aus Sicht der Experten in den Entwurf eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige aufgenommen werden sollten.
Abstraktionsniveau 1:	Es werden inhaltliche Aspekte zur Weiterentwicklung der Module berücksichtigt oder neue Inhalte für Module ergänzt.
Auswertungsfrage 2	Welche Rahmenbedingungen sind aus Sicht der Experten für die Implementierung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Dänemark und Deutschland geeignet?
Kategoriendefinition/ Selektionskriterium 2:	Rahmenbedingungen, die aus Sicht der Experten für den Entwurf eines Gesundheitsförderungsprogrammes in Deutschland und Dänemark geeignet sind.
Abstraktionsniveau 2:	Es werden die Rahmenbedingungen zur Implementierung eines Gesundheitsförderungsprogrammes in Deutschland und in Dänemark berücksichtigt.
Auswertungsfrage 3	Welche Barrieren können aus Sicht der Experten bei der Implementierung Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark auftreten?
Kategoriendefinition/ Selektionskriterium 3:	Barrieren, die aus Sicht der Experten bei der Implementierung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark auftreten können?
Abstraktionsniveau 3:	Es werden alle Barrieren, die bei der Implementierung eines Gesundheitsförderungsprogrammes in Deutschland und Dänemark auftreten können berücksichtigt.

Die Auswahl der induktiven Vorgehensweise ergibt sich zum einen aus den Fragestellungen, zum anderen daraus, dass hinsichtlich des Forschungsvorhabens kaum empirische Daten vorliegen. Die offene Herangehensweise und das Kodieren bieten den Vorteil, dass gegenstandsbezogen neue Theorien gebildet werden können (Mayring, 2016, 103ff.). Die bisherigen Erkenntnisse zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf können durch das induktive Verfahren erweitert werden. Eine deduktive Herangehensweise könnte die Exploration neuer Erkenntnisse beeinträchtigen.

Außerdem ermöglicht die induktive Vorgehensweise das Ziehen von Rückschlüssen auf die subjektive Einstellung der Experten, wodurch wichtige Maßnahmen zur Unterstützung einer besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf abgeleitet werden können.

3.4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Teilstudie I dargestellt. Die Darstellung erfolgt in der Reihenfolge der Forschungsfragen. Da das Kategoriensystem das Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse bildet, wird dieses aufgrund der Komplexität nachfolgend zusammenfassend in einer Übersicht dargestellt und im weiteren Verlauf gesondert die Oberkategorien mit den dazugehörigen Unterkategorien abgebildet. So kann die intersubjektive Nachvollziehbarkeit gewährleistet werden. Die Forschungsfragen der Teilstudie I wurden mittels der induktiven Kategorienbildung ausgewertet. Den Kategorien wurden ausgewählte Aussagen der Probanden zugeordnet und mit der entsprechenden Identifikationsnummer sowie Zeilennummer der Auswertungsdatei aus dem Programm Microsoft Excel versehen. Die Identifikationsnummer der Probanden setzt sich aus dem Kürzel P und einem lateinischen Buchstaben zusammen. Die gesamte Zuordnung der Textausschnitte zu den entsprechenden Ober- und Unterkategorien liegt der Erstgutachterin der Forschungsarbeit vor. Die gesamten Kategoriensysteme sind im Anhang C3 – Kategoriensysteme zu finden.

3.4.1 Forschungsfrage 1

Ausgehend von der Forschungsfrage *„Wie werden die vorhandenen Maßnahmen zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger aus der Sicht von Experten im internationalen Vergleich zwischen Deutschland und Dänemark bewertet?“* wurde den beiden Auswertungsfragen und dem Selektionskriterium entsprechend in die Oberkategorien förderliche und hinderliche Maßnahmen unterteilt. Um die subjektive Einschätzung der Experten zur Wirksamkeit von bestehenden Maßnahmen zu explorieren, wurden die beiden Auswertungsfragen sowohl durch das Selektionskriterium als auch durch das Abstraktionsniveau genau definiert (s. Kap. 3.3). Demzufolge wurden aus den Themen des Leitfadens und des vorab festgelegten Abstraktionsniveaus die Oberkategorien: *Gesetzliche Maßnahmen, Arbeitsmodelle, kommunale Maßnahmen* und *Maßnahmen in Unternehmen* eingeteilt. Aus dem Material heraus wurden dann dazugehörige Unterkategorien gebildet. Die Abbildung 30 zeigt die Übersicht über die Oberkategorien der ersten Forschungsfrage.

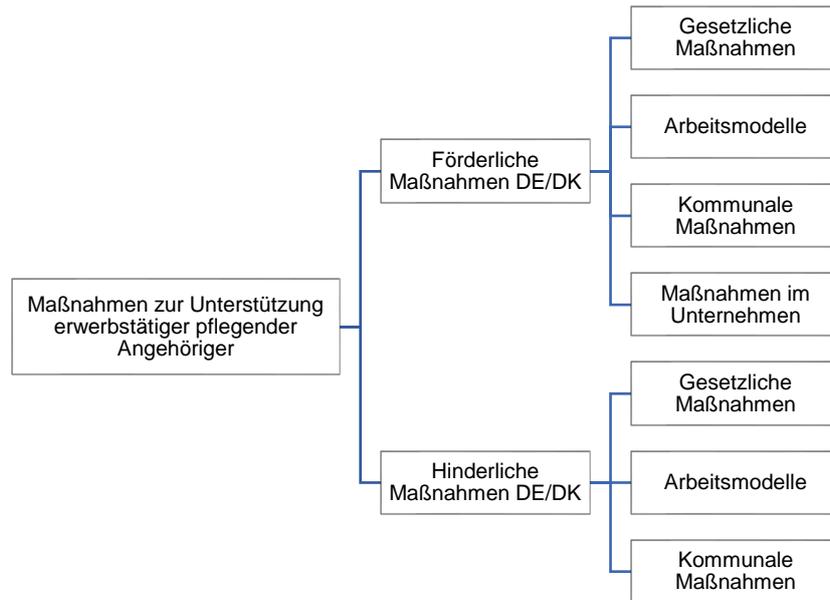


Abbildung 30: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage.

Oberkategorie I: Förderliche gesetzliche Maßnahmen Deutschland

Im Folgenden werden die förderlichen gesetzlichen Maßnahmen, die es in Deutschland zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gibt, beschrieben. Es konnten folgende induktive Unterkategorien aus dem Datenmaterial gebildet werden: *kurzzeitige Arbeitsverhinderung*, *Familienpflegezeit/Pflegezeit*, *Auszeit durch Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege*, *Betreuungsleistungen*. Die Abbildung 31 stellt den Kategorienbaum für die förderlichen gesetzlichen Maßnahmen in Deutschland dar.

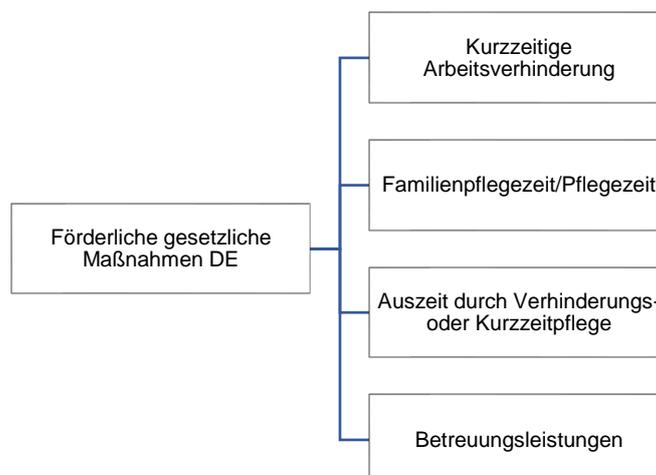


Abbildung 31: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche gesetzliche Maßnahmen DE.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung. Die Experten in Deutschland bewerteten hinsichtlich der gesetzlichen Maßnahmen die kurzzeitige Arbeitsverhinderung als förderlich für eine schnelle und kurzfristige Inanspruchnahme zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, was die folgenden Aussagen der Probanden verdeutlichten.

„[...] ok so kurzzeitige Arbeitsverhinderung, das finde ich einfach super“ (DE P2: C116).

„Es wird auf jeden Fall immer eher die kurzzeitige Arbeitsverhinderung in Anspruch genommen, das ist einfach ganz schnell geregelt“ (DE P1: C12).

„[...] zum Beispiel fällt mir dazu als erstes ein das Pflegeunterstützungsgeld, das ist dann eben die Möglichkeit zehn Tage von der Arbeit wegzubleiben, ich sage mal so um die ersten Schritte zu machen, wenn dann jemand plötzlich pflegebedürftig wird in der Familie, als im Rahmen der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung das steht in dem Pflegestärkungsgesetz (DE P4: C29).

Dabei wurde ebenfalls als förderlich bewertet, dass die kurzzeitige Arbeitsverhinderung nicht angekündigt werden muss (DE P2: C118).

Familienpflegezeit/Pflegezeit. Zu den gesetzlichen Regelungen des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes wurde zum einen die Freistellung von der Arbeit als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf benannt: *„Also ich weiß natürlich von den gesetzlichen Rahmenbedingungen, dass man da freigestellt werden kann und so weiter, das weiß ich, das gibt es ja“ (DE P5: C142).* Außerdem wurden die gesetzlichen Änderungen im Rahmen des PSG II als förderlich bewertet:

„Dann insbesondere seit dem PSG II von 2016 bis 2017 ist ja die Rentenversicherungspflicht nochmal, ich sage mal ein bisschen vereinfacht worden, da sind die Vorgaben noch ein bisschen gelockert worden, dass dann auch für den Pflegenden Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden und, damit der später auch was davon hat, ansonsten ist es ja ganz oft so, man verringert seine Arbeitszeit zum Beispiel und hat dadurch nicht nur weniger Geld jetzt aktuell in der Tasche, sondern leider später eben in der Rente leider eben auch und das soll damit auch ganz gut aufgefangen werden und das finde ich auch total sinnvoll“ (DE P4: C48).

Die Zahlung des Pflegegeldes und die Möglichkeit ein zinsloses Darlehen aufzunehmen seien ebenfalls förderlich für erwerbstätige pflegende Angehörige (DE P1: C15). Hierbei wurde besonders das Familienpflegezeitgesetz genannt, welches eine Pflegezeit von 24 Monaten umfassen kann: *„[...] darauf aufbauend kann man dann auch das Familienpflegezeitgesetz in Anspruch nehmen, da sind dann die Zeiträume größer, das geht bis zu 24 Monate“ (DE P4: C64).* Bei der Familienpflegezeit wurde außerdem gesagt, dass der Betrieb eine bestimmte Anzahl von Mitarbeitern aufweisen müsse, um diese gesetzlichen Maßnahmen anbieten zu können (DE P2: C111).

Auszeit durch Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege. Die Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege wurde von den Experten als förderlich und mit am wichtigsten bewertet (DE P4:C31, C35), um pflegende Angehörige zu entlasten, da es in der Beantragung einfach sei und „[...] damit eben sie sich orientieren können oder das neu strukturieren können, den Tagesablauf und dergleichen“ (DE P5: C139).

„Die Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege, um dem Pflegenden da auch mal eine Auszeit zu gönnen, bei Urlaub oder Krankheit etc., sodass dann jemand einspringt entweder im privaten Rahmen oder Kurzzeitpflege in Anspruch nimmt“ (DE P4: C30).

Weiterhin wurde zur Inanspruchnahme der Verhinderungspflege berichtet, dass hierbei ein hoher Bedarf besteht: „Verhinderungspflege- und Kurzzeitpflege sehen da ein bisschen anders aus, das wird tatsächlich häufig genutzt und gebraucht und wenn sie es einmal wissen, die haben einmal pro Kalenderjahr einen Anspruch darauf, dann wissen sie tatsächlich auch, dass sie es jedes Jahr nutzen dürfen. [...], aber so vom Gefühl wird das schon sehr gut genutzt, also Verhinderungs- und oder Kurzzeitpflege“ (DE P4: C37).

Betreuungsleistungen. Die Betreuungsleistungen stellten seitens der Experten zum einen eine Entlastung durch beispielweise Tagespflege für die pflegenden Angehörigen dar und zum anderen eine finanzielle Unterstützung. Hierbei wurden bei den Entlastungsangeboten vor allem die professionellen Dienstleistungen beschrieben, die durch ambulante Pflegedienste, Tagespflege oder Betreuungs- und Entlastungsdienste erfolgen können (DE P2: C107). Die nachfolgenden Aussagen präzisieren dies:

„[...] Entlastungsangebote, wie die Tagespflegen gibt, die schießen ja in den letzten Jahren wie Pilze aus dem Boden und es ist ja auch gut so, weil ja immer mehr berufstätige ja auch nebenbei mal ebenso übernehmen und noch jemanden pflegen müssen, und zeigen da eben auch auf, welche Angebote es gibt eben und [...]“ (DE P3: C67).

„Die Tagespflege, Tagespflege habe ich noch ganz vergessen, gibt es auch noch, wo man jemanden dann tagsüber oder nachts betreuen lassen kann“ (DE P4: C50).

„Die Betreuungsleistungen oder Entlastungsleistungen hieß es früher, gibt es ja auch noch, das heißt man hat da ja dann auch noch die, also seit 2017 die 125€ pro Monat“ (DE P4: C31).

Weiterhin als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wurde hinsichtlich der 125€ Pflegegeld die Übernahme ins Folgejahr benannt: „Ne, diese 125€ von denen ich gerade eben sprach. Also man kann sich das auch ansparen und die verfallen auch immer erst im Juni des Folgejahres, also was ich 2018 angespart habe und eventuell nicht verbraucht habe, kann ich mit rüber nehmen und dann könnte ich die bis Juni 2019 ansparen“ (DE P4: C54).

Kasten 22: Fazit der Oberkategorie förderliche gesetzliche Maßnahmen DE.

Fazit DE. Die deutschen Experten bewerteten hinsichtlich der gesetzlichen Maßnahmen die **kurzzeitige Arbeitsverhinderung** als förderlich für eine schnelle und kurzfristige Inanspruchnahme bei einer akut auftretenden Pflegesituation, da diese nicht angekündigt werden muss. Hinsichtlich des **Pflegezeitgesetzes** wurde die Freistellung, die Lockerung der Rentenversicherungspflicht des PSG II, die Aufnahme eines zinslosen Darlehens, die Lohnfortzahlung bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung und im Rahmen des Familienpflegezeitgesetzes die Ausweitung der Pflegedauer auf 24 Monate als förderlich benannt. Die **Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege** wurde von den Experten aufgrund der einfachen Beantragung als eine der wichtigsten Maßnahmen bewertet. Bei den **Betreuungsleistungen** konnte exploriert werden, dass diese zum einen eine Entlastung durch die Übernahme von Pflegetätigkeiten durch Dienstleistungssektoren und zum anderen eine finanzielle Unterstützung für pflegende Angehörige darstellen.

Oberkategorie II: Förderliche gesetzliche Maßnahmen Dänemark

Im Folgenden werden die förderlichen gesetzlichen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Dänemark aus Sicht der Experten beschrieben. Die Abbildung 32 stellt die Oberkategorie mit den jeweiligen aus dem Datenmaterial heraus gebildeten Unterkategorien für die förderlichen gesetzlichen Maßnahmen in Dänemark dar.

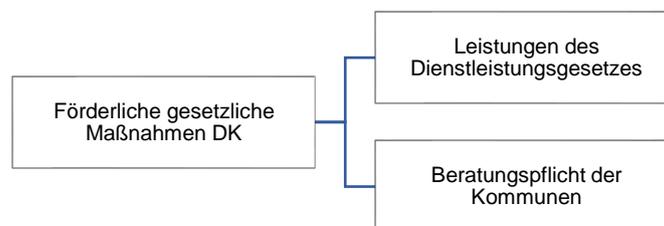


Abbildung 32: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche gesetzliche Maßnahmen DK.

Leistungen des Dienstleistungsgesetzes. Die Experten in Dänemark bewerteten die gesetzlichen Maßnahmen zur Freistellung mit Lohnfortzahlung zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf als förderlich. Dabei werden zwei Paragraphen unterteilt, die zum einen die Pflege von chronisch kranken Personen umfasst und zum anderen die Pflege von Sterbenden (vgl. DK P2: C246; DK P3:C171, C172; DK P5: C201; DK P7: C214). Die nachfolgende Äußerung eines Experten stellt dies exemplarisch dar:

„[...] also da gibt es ein Dienstleistungsgesetz, das einfach definiert, auf welche öffentlichen Leistungen man Anspruch hat, wenn man krank ist. (I: Hmhm) Im Dienstleistungsgesetz gibt

es auch einige sehr spezielle Fälle, in denen man als Angehöriger von der Arbeit befreit und finanziell entschädigt werden kann, sodass man Angehöriger in Vollzeit sein kann“ (DK P5: C184).

Weiterhin konnte exploriert werden, dass Entlastungsangebote z.B. in Form von praktischer Hilfe oder monetär in Anspruch genommen werden können: *„So ist das auch bei der Haushaltshilfe. Persönliche und praktische Hilfe, dass in manchen Situationen, wenn man z.B. das Recht auf eine 2 Stunden Kraft hat, dann kann man sagen: ‚Ich möchte das als Geld haben und das den Angehörigen geben.‘ Das ist außerhalb von dem hier. (I: Ja) Ja, also haben wir in der dänischen Gesetzgebung mehrere Möglichkeiten, die die Angehörigen unterstützen. Aber das ist ja nur so ökonomisch und beschäftigungsmäßig“ (DK P3: C174).*

Bei der terminalen Phase der Pflege kann je nach Bedarf eine Vollzeit- oder eine Teilzeitfreistellung erfolgen, was ebenfalls als förderlich auf Seiten der Experten bewertet wurde (vgl. DK P5: C179; C180; C183; C186; DK P6: C191; C193; C194; C199). *„Bei der Pflege von Sterbenden kannst du es z.B. in zwei Teilen-- (I: Ah, das kann man aufteilen?) [...] Aber ich weiß, dass es bei der Pflege von Sterbenden funktioniert“ (DK P6: C180).*

Die terminale Phase kann je nach Bedarf angepasst oder verlängert werden: *„Und dann haben wir auch welche, die für eine lange Zeit terminal sind, dort füllen wir es einmal im Jahr gesetzesentsprechend auf. (I: Ja) Wir können es ihnen nicht abnehmen, können aber auffüllen und sagen: ‚Ist der Bedarf immer noch vorhanden?‘“ (DK P6: C195).* Dabei handelt es sich um ein flexibles gesetzliches System (DK P6: C211). *„Es handelt sich also viel mehr um ein flexibles System, das eher dem Dienstleistungsgesetz unterliegt und in dem man auch verschiedene Paragraphen sammelt. Es kann 98 sein ‚Begleitet‘ oder 83 ‚Haushaltshilfe‘ und es kann 85 ‚sozialpädagogische Unterstützung‘ sein. (I: Ja) Sodass man eine Lösung finden kann, die flexibel ist“ (DK P4: C203).*

Der Pflegeurlaub wird bei einer Freistellung von der Kommune finanziert: *„Das bedeutet ja auch, dass der Bürger und auch der Angehörige länger und schwer davon betroffen sind. Und das bezahlt die Kommune und das ist so, dass das Unternehmen, das in Wirklichkeit den Urlaub für die Pflege vergibt, sich das Geld für den Angehörigen holen kann und dieser frei bekommen kann, um auf den Älteren aufzupassen“ (DK P1: C242).* Außerdem ist es in Dänemark gesetzlich verankert, dass ein regelmäßiger Austausch zwischen Experten im Rahmen eines Rates für ältere Bürger in jeder Kommune stattfindet (DK P3: C170).

Beratungspflicht der Kommunen. Als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf konnte die Beratungspflicht über die gesetzlichen Maßnahmen seitens der Kommunen herausgestellt werden. *„Das Wissen darüber ist wahrscheinlich nicht sehr groß. Aber in der dänischen Gesetzgebung haben wir jedenfalls eine Beratungspflicht. (I: Ja) Es ist im Gesetz*

über Rechtssicherheit festgelegt, dass wir dazu verpflichtet sind, Informationen über die in der Gesetzgebung verfügbaren Möglichkeiten bereitzustellen. Das müssen wir. (I: Ja) Also es ist nicht so, dass wir unser Wissen nicht mitteilen, da müssen wir drüber aufklären. Es gibt nicht viel Wissen darüber im Voraus, daher müssen wir sicherstellen, dass sie dieses Wissen bekommen“ (DK P3: C177). Einige Kommunen klären dabei auch über Maßnahmen aus nicht gesetzlichen Organisationen auf, um die pflegenden Angehörigen zu unterstützen. „Es ist nicht so, dass wir eine Verpflichtung haben über den Freiwilligenbereich aufzuklären, aber wir haben ein Interesse daran. Also machen wir das auch“ (DK P3: C178).

Kasten 23: Fazit der Oberkategorie förderliche gesetzliche Maßnahmen DK.

Fazit DK. Förderliche gesetzliche Maßnahmen in Dänemark waren mittels der zwei Paragrafen zur **Pflege von chronisch kranken Personen und sterbenden Personen** zu verzeichnen. Dabei handelt es sich z.B. um Entlastungsangebote durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine Lohnfortzahlung bei einer teilweisen oder vollständigen Freistellung von der Arbeit, welche durch die Kommune finanziert wird. Entlastungsangebote können in Form von persönlicher praktischer Hilfe oder monetär in Anspruch genommen werden. Bei einer Freistellung im Rahmen der terminalen Phase kann diese je nach Bedarf verlängert und angepasst werden. Außerdem ist es in Dänemark gesetzlich verankert, dass ein Austausch zwischen Experten im Rahmen eines Rates für ältere Bürger in jeder Kommune stattfindet. Weiterhin als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf konnte die **Beratungspflicht** über die gesetzlichen Maßnahmen seitens der Kommunen herausgestellt werden.

Oberkategorie III: Förderliche Aspekte Arbeitsmodelle DE

Nachfolgend werden die förderlichen Aspekte von Arbeitsmodellen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Deutschland aus Sicht der Experten dargestellt. Hier konnte die *Flexibilität* am Arbeitsplatz, *Gleitzeit*, *Arbeitszeitkonten* und die *Möglichkeit zu Hause* zu arbeiten kategorisiert werden. Die Abbildung 33 visualisiert die Oberkategorie mit den vier Unterkategorien, die induktiv aus dem Datenmaterial gebildet wurden.

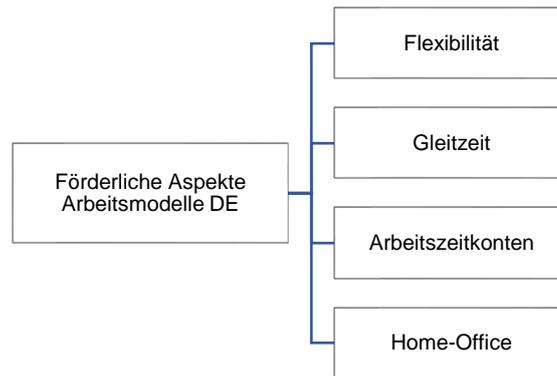


Abbildung 33: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche Aspekte Arbeitsmodelle DE.

Flexibilität. Die Experten bewerteten Möglichkeiten zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung für pflegende Angehörige als förderlich und wichtig zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, dabei wurden Aussagen zur individuellen Rücksichtnahme auf den Arbeitnehmer, zur Flexibilität, die es zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf gibt (DE P2: C112), aber vor allem zu den flexiblen Arbeitszeiten getätigt. Hierbei ging es vor allem darum, Termine während der Arbeitszeit gemeinsam mit dem zu pflegenden Angehörigen wahrnehmen zu können, um den Stress zu reduzieren (DE P4: C42, C44, C46). Die nachfolgende Äußerung eines Experten verdeutlicht dies beispielhaft:

„[...] von daher, das weiß ich schon zu schätzen und das wird definitiv auch ein großes Plus für pflegende Angehörige sein, also eine flexible Gestaltung der Arbeitszeit, wenn man vielleicht mit dem Angehörigen noch zum Arzt muss oder der Pflegedienst erst ab 8.30 Uhr kommt oder was auch immer, also flexible Arbeitszeiten sind ganz wichtig“ (DE P4: C43).

Außerdem als bedeutsam konnte exploriert werden, dass der Arbeitgeber ebenfalls eine Flexibilität ermöglichen sollte, um die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Erwerbstätigkeit zu unterstützen (DE P1: C6; DE P5: C138) und *„Und, dass wir wegkommen davon, dass Arbeit auch immer mit einer Präsenzplicht verbunden ist“ (DE P1: C11).*

„Und zur Flexibilität gehört ja auch, dass man flexible Arbeitszeiten anbieten kann, dass man vielleicht zwei drei volle Tage macht und dafür die anderen Tage dann frei hat, dann weiß man, in der Zeit ist jemand untergebracht oder es kommt jemand und übernimmt die Pflege, viele Familien machen das ja auch ohne Hilfe von außen, [...] sondern so, dass die Arbeitgeber einfach sagen, wir sind da flexibel und wir machen dann Teilzeit so eben bis auf weiteres möglich oder bieten verschiedene Arbeitszeitmodelle an“ (DE P3: C87).

Hierbei konnte in einer Pflegeeinrichtung exploriert werden, dass unterteilt wird in *„Frühdienst, Spätdienst und Nachtdienst, aber es gibt einen frühen Frühdienst, es gibt einen späten Frühdienst, einen Mitteldienst, es gibt einen Kerndienst, es gibt eine kurze Nacht, es gibt die richtige*

Nacht, es ist so individuell, [...]“ (DE P5: C140). Die Pflegeeinrichtung bietet den Mitarbeitern flexible Möglichkeiten zur Schichtgestaltung, was hier aber individuell abzusprechen gilt.

Gleitzeit. Als weiteres förderliches Arbeitsmodell für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nannten die Experten die Gleitzeit, wobei auch hier die Wahrnehmung von Terminen der zu pflegenden Person als hilfreich bewertet wurde. *„Auf jeden Fall noch die Flexibilität in den Arbeitszeiten, damit man dann flexibel auf die Situationen reagieren kann, als wenn ein Arzttermin ansteht, dass ich dann später anfangen kann oder auch mal einen Tag fehlen kann, und dass dann nacharbeite, als Gleitzeitmodelle“ (DE P1: C2).*

Arbeitszeitkonten. Auch Arbeitskonten wurden von den Experten als förderlich zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf benannt, da diese eine Flexibilität der Arbeitszeiten ermöglichen, beispielhaft wurde hier geäußert:

„[...], dass ich dann später anfangen kann oder auch mal einen Tag fehlen kann, und dass dann nacharbeite, als Gleitzeitmodelle und vielleicht Arbeitszeitkonten“ (DE P1: C3).

„Und auch da von Arbeitgeberseite ein breiteres Feld von Möglichkeiten zu schaffen, wenn für den einen ist das Arbeitszeitkonto richtig“ (DE P1: C22). Hier wurde weiterhin betont, dass die Berücksichtigung der individuellen Situation des Mitarbeiters wichtig sei.

Home-Office. Die Experten in Deutschland bewerteten ebenfalls Möglichkeiten von zu Hause zu arbeiten, vor allem vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung in der Arbeitswelt als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (DE P1: C7).

„Ansonsten, naja gut, das Digitalisierungszeitalter wird ja auch immer mehr und das ist ja auch eine Chance, die man für pflegende Angehörige nutzen kann, indem einige Arbeitsschritte dann vielleicht zu Hause erledigen kann, insofern das möglich ist. Also man kann die Digitalisierung da schon nutzen und kann dadurch ja durch Home-Office auch noch mehr Flexibilität erreichen.“ (DE P4: C47).

Die Möglichkeit im Home-Office zu arbeiten wurde als hilfreich benannt (DE P1: C5, C23), aber hierbei auch die Wichtigkeit der Rolle des Arbeitgebers, dies zu ermöglichen, beschrieben: *„Als Betrieb bin ich ja eigentlich daran interessiert, mir Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu erhalten, an deren fachlichen Expertisen festhalte und die fallen temporär aus, vielleicht kann ich ja dann auch nochmal eine Möglichkeit schaffen zu sagen, die arbeiten von zu Hause, also wie ich auch während der Pflege einen Rest dieser Fachlichkeit erhalten kann“ (DE P1: C21).*

Kasten 24: Fazit der Oberkategorie förderliche Aspekte Arbeitsmodelle DE.

Fazit DE. Die Experten bewerteten Möglichkeiten zur **flexiblen Arbeitszeitgestaltung** in Form von Flexibilität während der Arbeitszeit, Gleitzeit, Zeiterfassung über Arbeitszeitkonten, Möglichkeiten, zu Hause zu arbeiten, für pflegende Angehörige als förderlich und wichtig zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Dabei konnte außerdem exploriert werden, dass eine individuelle Rücksichtnahme auf den Arbeitnehmer und seine Pflegesituation wichtig ist. Hinsichtlich der **Flexibilität** ist es für erwerbstätige pflegende Angehörige wichtig, dass sie Termine während der Arbeitszeit gemeinsam mit der zu pflegenden Person wahrnehmen können, um Stress zu reduzieren. Weiterhin konnte als bedeutsam exploriert werden, dass eine Unterstützung der Flexibilität seitens des Arbeitgebers gegeben sein sollte und eine ständige Präsenzpflcht am Arbeitsplatz abgeschafft werden könnte.

Oberkategorie IV: Förderliche Aspekte Arbeitsmodelle DK

Nachfolgend werden die förderlichen Aspekte der Arbeitsmodelle aus Sicht der Experten in Dänemark beschrieben, wobei hier in die Unterkategorien *Flexibilität* und *Möglichkeiten zu Hause zu arbeiten* kategorisiert werden konnte. Die Abbildung 34 zeigt die Oberkategorie mit den beiden induktiven Unterkategorien.

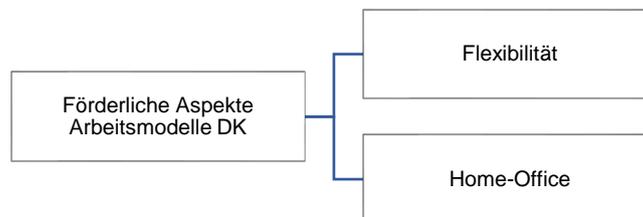


Abbildung 34: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche Aspekte Arbeitsmodelle DK.

Flexibilität. Die Möglichkeiten, flexibel zu arbeiten, und Angebote zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung (DK P1: C243; DK P7: C269) sowie das Verständnis und die Offenheit für eine flexible Zeitgestaltung bei der Arbeit (DK P3: C250) konnten aus der Sicht der Experten in Dänemark als förderlich zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf exploriert werden.

„Ja, also das ist ja das, was wohl im Moment am meisten gebraucht wird. (I: Ja) Das sind flexible Arbeitszeiten und Möglichkeiten von zu Hause aus zu arbeiten“ (DK P2: C248).

Die flexible Arbeitszeitgestaltung gewährleistet den Arbeitnehmern mit einer Pflegesituation Termine mit den zu pflegenden Angehörigen auch während der Arbeitszeit wahrnehmen zu können (DK P4: C261). Dabei wäre es laut der Experten von Vorteil, wenn die finanziellen Einbußen reduziert werden könnten.

„B1: Aber darüber wird jetzt auch vermehrt gesprochen, aber es muss fest und flexibel sein, sodass man einige Tage arbeitet und einige Tage für die Pflege und so etwas hat. (I: Ja) Es ist sicherlich so, dass das auch nachgefragt wird. (I: Ja) (...) In der besten Welt, wenn man dann auch noch das Gehalt kompensieren könnte, aber erstmal, dass man die Möglichkeit bekommt, die Stunden für einen Zeitraum zu reduzieren“ (DK P6 C267).

Die Möglichkeiten zur Gestaltung der Flexibilität am Arbeitsplatz sind laut Äußerungen der Experten davon abhängig, wo gearbeitet wird (DK P2: C247) und dass viele Arbeitgeber gerne mehr Flexibilität ermöglichen möchten:

„[...] die Flexibilität und der räumliche Arbeitsmarkt, die Reduktion der Arbeitszeit und die Möglichkeiten zu Hause zu arbeiten, davon abhängen, was für eine Arbeitsaufgabe man hat“ (DK P5: C255).

Es wurde als wichtig benannt, dass die notwendige Flexibilität vom Arbeitgeber gegeben wird, sodass es Möglichkeiten gibt, in der wöchentlichen Arbeitszeit flexibel zu sein und dem Arbeitgeber zu erklären, dass als pflegender Angehöriger eine Verpflichtung für die Pflegerolle besteht (DK P5: 253).

„Und ich wurde z.B. freigestellt, als ich meinen Vater pflegen musste und anfangs war eine Vollzeitbeurlaubung nicht nötig, also hatte ich nur 10 Stunden die Woche und die restliche Zeit war ich arbeiten, bis zu dem Zeitpunkt an dem ich dann mehr Beurlaubungsstunden brauchte. [...] Das verlangt ja Flexibilität vom Arbeitgeber, richtig?“ (DK P3: C252)

Dabei ist die Absprache mit Kollegen laut der Experten bedeutend, sodass die Situation offen kommuniziert wird: *„B2: Das würde man mit seinen Kollegen absprechen. ‚Ich übernehme diese Aufgaben in diesen Tagen und dann kann ich irgendwo anders sitzen als hier.‘ (I: Ja, toll) Aber ich denke, es erfordert auch, dass man es anspricht und offen darüber spricht, was die Bedürfnisse für diejenigen sind, sodass auch ihre Kollegen es verstehen können [...]“* (DK P4: C264).

Als förderlich angesehen wurde von den Experten, wenn die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf angepasst werden würde: *„In Dänemark sind wir wirklich sehr gut darin, Vereinbarungen zu treffen, die sich auf Familien mit Kindern beziehen, d.h. Familien mit Kindern in Bezug auf Mutterschaftsurlaub, Verlängerung des*

Mutterschaftsurlaubs, Pflorgetage, Elternurlaub, das sind wirklich sehr viele Möglichkeiten in unseren Arbeitsmarktvereinbarungen, die Familien mit Kindern ein wenig Luft verschaffen.

(I: Ja). In der Tat denke ich, dass es auf dieses auch für Angehörige geben müsste, (I: Ja), dass man auch den flexiblen Arbeitsmarkt zur Sprache stellen“ (DK P5: C254).

Home-Office. Bei der flexiblen Arbeitszeitgestaltung wurde von den Experten ebenfalls als förderlich benannt, wenn es Möglichkeiten gibt einige Aufgaben von zu Hause aus zu erledigen (DK P2: C249; DK P3: C251). „[...] und von zu Hause aus arbeiten können, das ist doch ausschlaggebend, oder?“ (DK P3: C280). Aber auch diese Möglichkeiten sind abhängig von der auszuführenden Arbeitsaufgabe: „B2: Und man kann sagen, wir haben auch die Möglichkeiten, weil wir eine Arbeit haben, dass wir dort die Möglichkeit haben, etwas davon zu Hause zu machen (DK P4 C:263).

Kasten 25: Fazit der Oberkategorie förderliche Aspekte Arbeitsmodelle DK.

Fazit DK. Als förderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf konnten laut der Expertenaussagen die Möglichkeiten und Angebote zur **flexiblen Arbeitszeitgestaltung** sowie das Verständnis und die Offenheit für eine flexible Zeitgestaltung bei der Arbeit exploriert werden. Die Möglichkeiten der **Flexibilität** sind abhängig von der Arbeitsaufgabe. Außerdem konnte festgestellt werden, dass die notwendige Flexibilität vom Arbeitgeber gegeben werden sollte, sodass auch Möglichkeiten zur flexiblen wöchentlichen Arbeitszeit gegeben werden können. Dabei wurden die Absprache mit Kollegen und eine offene Kommunikation über die Pflegesituation als förderlich bewertet. Weiterhin als förderlich angesehen wurde die Anpassung zur Unterstützung von Angehörigenpflege an die vorhandenen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hinsichtlich der flexiblen Arbeitszeitgestaltung wurde von den Experten ebenfalls als förderlich benannt, wenn es Möglichkeiten gibt, einige **Aufgaben von zu Hause** erledigen zu können.

Oberkategorie V: Förderliche kommunale Maßnahmen DE

Im nachfolgenden Abschnitt werden die förderlichen kommunalen Maßnahmen, die aus Sicht der Experten als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf exploriert werden konnten dargestellt. Dabei wurden in Deutschland Pflegekurse, Gesprächskreise und Beratungsangebote für pflegende Angehörige benannt, welche in der Abbildung 35 visualisiert werden.

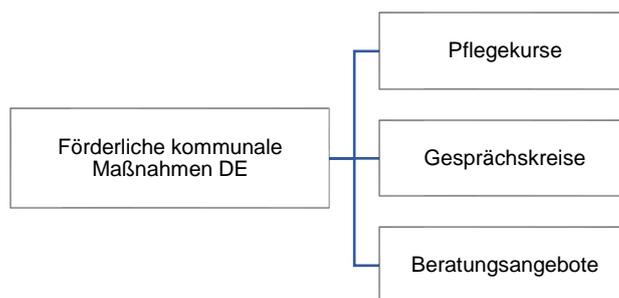


Abbildung 35: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche Aspekte kommunale Maßnahmen DE.

Pflegekurse. Die Inanspruchnahme von kostenlosen Pflegekursen wurde von den Experten als förderlich bewertet, um pflegenden Angehörigen Hilfestellungen bei der Pflege zu gewährleisten, vor allem nach einem ggf. stationären Aufenthalt und dem Übergang in die Pflege zu Hause, wobei in den Kursen eine Informationsvermittlung, aber auch Hilfe bei Antragstellungen erfolgt (DE P3: C66, C69, C72; DE P2: C103, C104, C105, C125; DE P5: C135, C136).

„Wir haben in den Pflegekursen dann immer einen Infotisch, da dürfen die Teilnehmer sich bedienen und wir weisen eben daraufhin, was es eben an Unterstützungsprogrammen oder Entlastungsangeboten hier im Umkreis gibt und wie man das eben auch in Anspruch nehmen kann, also wir geben auch, wir arbeiten ganz eng mit dem Pflegestützpunkt zusammen, da kommt immer eine an einem der drei Nachmittage und referiert einfach alles über Pflegegerade, wie man sowas beantragt, was einem eigentlich zusteht, wo man einen Kurzzeitpflegeplatz herbekommt, wenn man Umbaumaßnahmen haben will, welche Zuschüsse man kriegen kann oder beantragen kann, also da gibt es eine ganz große Information und es gibt halt auch immer ganz viele Fragen der Angehörigen, [...]“ (DE P3: C68).

Die Kurse bestehen aus einem theoretischen und einem praktischen Anteil: *„[...] immer einen theoretischen Teil und auch immer einen praktischen Teil, also es wird auch immer praktisch am Pflegebett geübt, Einsatz von Hilfsmitteln, wie man damit umgeht eben“ (DE P3: C65).*

Die Kurse ermöglichen außerdem den Austausch mit anderen Menschen, die eine Pflegesituation haben, aber dienen auch im präventiven Sinn, wenn noch keine Pflegesituation vorhanden ist (DE P3: C65) sowie der psychosozialen Unterstützung (DE P2: C110). Dabei ist es für die Angehörigen wichtig: *„[...]dass jemand da ist, der zuhört, ihre Tätigkeiten wertschätzt und nicht bewertet und Informationen gibt und bei der Antragstellung hilft“ (DE P3: C75).*

Es gibt verschiedene Anlaufstellen, in denen die Kommune die Pflegekurse anbietet: „ [...] *aber ich habe hier im Hause die Anlaufstellen, die familiale Pflege in der Pflegedirektion, meine Kollegin, die hier zusammen mit mir im Beschwerdemanagement arbeitet, die hat früher auch die Kurse für pflegende Angehörige gegeben, die sind natürlich dann immer auf dem neusten Stand der gesetzlichen Bestimmungen, wo kann man sich Hilfe suchen und so weiter und dann gibt es noch unseren Sozialdienst und so weiß ich immer, wo ich anrufen und mich nochmal erkundigen kann, wo kann man Stellen oder Hilfen nochmal gewinnen*“ (DE P5: C134).

Gesprächskreise. Die Gesprächskreise wurden von den Experten als hilfreich bewertet und sind ein kommunales Angebot für pflegende Angehörige, um sich über die Pflegesituation auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen. Das Angebot kann von allen Personen mit einer Pflegesituation in Anspruch genommen werden (vgl. DE P2: C30, C126; DE P3: C63). Dabei liegt der Fokus darauf, dass die pflegenden Angehörigen Unterstützung erfahren und annehmen können:

„Ja, so ist das und in den Gesprächsrunden geht es auch nicht um Inhalte, sondern nur um den Austausch zwischen den Betroffenen. Es hat so nichts mit praktischer Pflege, aber mit Seelenpflege zu tun. Das ist die Zeit für die Angehörigen, wo sie gleichgesinnte Treffen, wo sie auch mal schimpfen und fluchen können“ (DE P3: C98).

Beratungsangebote. Die Experten in Deutschland bewerteten außerdem Beratungsangebote zur Pflegesituation als förderlich, wobei es um Informationen und Hilfestellungen bei Formalitäten, aber auch um eine psychosoziale Unterstützung geht.

„B2: Also für die Angehörigen ist wichtig, dass jemand da ist, der zuhört, ihre Tätigkeiten wertschätzt und nicht bewertet und Informationen gibt und bei der Antragstellung hilft“ (DE P3: C100).

„[...] also, dass wir dann eher so in diese psychosoziale Richtung gehen und in diese Krisensituation reingucken und versuchen jemanden da auch zu stärken und Entlastung zu holen und zu sagen, sie dürfen jetzt auch mal an sich denken und das ist jetzt gerade ganz ganz wichtig“ (DE P2: C132).

Weiterhin wird aber auch über Pflegesituationen in der Häuslichkeit (DE P2: C133) und über das Krankheitsbild des Pflegebedürftigen beraten (DE P5: C147).

Kasten 26: Fazit der Oberkategorie förderliche kommunale Maßnahmen DE.

Fazit DE. Kostenlose **Pflegekurse** geben pflegenden Angehörigen Hilfestellungen bei der Pflege in der Häuslichkeit, vor allem nach einem stationären Aufenthalt und dem Übergang in die Häuslichkeit. Dabei geht es um die Vermittlung von Informationen, aber auch um Hilfe bei Antragstellungen und wurde von den Experten als eine förderliche Unterstützungsleistung für pflegende Angehörige bewertet. Die Kurse bestehen immer aus einem theoretischen und einem praktischen Anteil und ermöglichen außerdem den Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen. Für einen Austausch mit anderen Angehörigen werden **Gesprächskreise** angeboten, sodass pflegende Angehörige sich in diesem Rahmen treffen und über die Pflegesituation auszutauschen und gegenseitig unterstützen können. Außerdem wurden von den deutschen Experten **Beratungsangebote** über individuelle Pflegesituationen als förderlich bewertet. Diese beinhalten die Vermittlung von Informationen und geben Hilfestellungen bei Formalitäten sowie psychosoziale Unterstützung.

Oberkategorie VI: Förderliche kommunale Maßnahmen DK

In diesem Abschnitt werden die förderlichen kommunalen Maßnahmen, die aus Sicht der dänischen Experten als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bewertet wurden beschrieben. Hier konnten die Maßnahmen in die Unterkategorien *Gesundheitsförderung*, *Freiwilligen-Organisationen*, *Interessenorganisationen*, *Gesundheitsversicherung* und *Online-Kurse* unterteilt werden. Die Abbildung 36 visualisiert den entsprechenden Kategorienbaum.

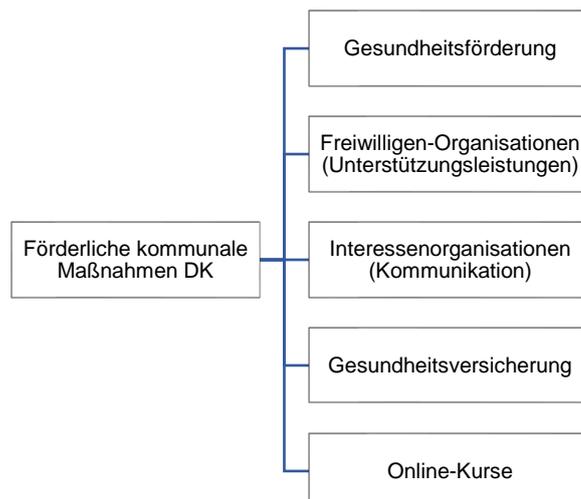


Abbildung 36: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche kommunale Maßnahmen DK.

Gesundheitsförderung. Von den dänischen Experten wurden Maßnahmen, die im Bereich der Gesundheitsförderung von den verschiedenen Kommunen durchgeführt werden, als förderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf benannt. Dabei ist die Grundhaltung, dass die individuelle Person im Fokus steht.

„Es ist in Dänemark so, dass die Bürgerinnen und Bürger im Zentrum stehen und dann bedürfnisorientiert und individuell geschaut wird, wie dem Bürger/in geholfen werden kann.“ (DK P9: C237).

Diesbezüglich konnte exploriert werden, dass passgenau für pflegende Angehörige ein Kursangebot von einigen Kommunen zur Verfügung steht, welches die pflegenden Angehörigen im Alltag mit der Pflegesituation und den auftretenden Belastungen unterstützen soll (DK P2: C168; DK P6 C205).

„Und dieser Kurs heißt „Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“. (I: Ja, da habe ich schon etwas drüber gehört) Ja, der Kurs ist auf dem Stanford-Modell aufgebaut, was sich auf die Bewältigung von chronischen Erkrankungen fokussiert. Dann haben wir das auch für die Angehörigen entwickelt. Da trifft man sich 8-mal für 2 Stunden, soweit ich mich erinnere. (I: Ja) Dort geht es eher um die Handlungen, nicht um das Verständnis und das Akzeptieren, dass jetzt im Leben etwas anders ist. (I: Ja) Das ist eher so eine Orientierungssache, jetzt wo die Dinge anders sind, wie gehe ich damit um. Und dafür braucht man wirklich sehr viel Zeit“ (DK P2: C168).

Auf Grundlage dieses Kurses wurde ein weiteres Kursangebot für pflegende Angehörige entwickelt, welches landesweit und nicht nur in einigen Kommunen angeboten werden soll (DK P8: C219).

„[...] Und in diesem Fall war es die Kommune von Kopenhagen, die gesagt haben, dass sie sich politisch dazu entschieden haben eine Maßnahme für Angehörige zu entwickeln und das war dann für Angehörige von älteren Menschen über 65 Jahre, die schon länger krank sind oder unter Funktionseinschränkungen leiden“ (DK P8: C218).

„Wir haben ja nun ein Projekt, wo wir das Ganze in allen Kommunen verbreiten können“ (DK P8: C220).

Im Rahmen der Gesundheitsförderung gibt es einige Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, die sich förderlich auf die Vereinbarkeit mit der Erwerbstätigkeit auswirken können (DK P7: C272). *„B3: [...] Dann gibt es, also wir haben einige Angehörige, die dann kommen können, und dann gibt es die Möglichkeit der Entlastung durch die Kommune, kann man sagen, also dass sie einige Stunden zur Verfügung stellen, wo sie dann raus kommen können*

und die Angehörigen dann auch mal von zuhause weg können. (I: Ja) Dann gibt es Tagesstätten, wo man sagen kann, dass die Angehörigen während dieser Zeit entlastet werden können. (I: Hmhm, ja) Das sind so die Hauptbereiche, die es gibt“ (DK P6: C200).

Die dänischen Experten bewerteten einen so genannten *Angehörigenguide* als förderlich zur Unterstützung pflegender Angehöriger: *„Es gibt eine neue Rolle hier seit dem 1. Januar, seit ich hier angestellt bin, die sich nur auf die Angehörigen und die Unterstützung der Angehörigen konzentriert und es können darüber Gespräche sein, wie sie sich fühlen und den Weg dadurch zu finden (I: Ja) gemeinsam mit ihnen darüber zu sprechen, wie sie die Dinge vielleicht anders organisieren können oder nur ihnen zu erlauben, etwas für sich zu tun. Einige der Angehörigen, mit denen ich gesprochen habe, sagten: ‚Das ist das erste Mal jetzt in diesem Kurs, dass es nur um mich geht. Es geht nicht um meinen Angehörigen, über den wir reden, wir reden darüber, wie ich mich fühle und wie ich meine Aufgaben erledigen kann.‘ (I: Ja) Und dann habe ich auch die Aufgabe ihnen zu helfen durch das System, die Kommune, zu kommen“ (DK P6: C206).*

Weiterhin wurde berichtet, dass die Einstellung solcher Angehörigenberater weiter ansteigt, um pflegende Angehörige besser zu unterstützen: *„Angehörigenberater oder -guide, wie ich es bin, da gab es in Dänemark 8 Stück letztes Jahr, und jetzt gibt es 16, 17 Stück und was man dabei auch merkt ist, dass sie dafür angestellt werden, da wurde nun viel Wert daraufgelegt“ (DK P6: C208).*

Das nachfolgende Zitat verdeutlichte ebenfalls, dass das Thema der Angehörigenunterstützung vermehrt an Aufmerksamkeit gewinnt und dort ein partizipatives und bedürfnisorientiertes Modell zur Unterstützung pflegender Angehöriger konzipiert wurde und nun implementiert werden soll: *„B1: Ja, und das Einzigartige daran ist, dass es sich um ein Modell handelt, das mit Führungskräften, Mitarbeitern, Interessengruppen, Angehörigen, Politikern und allen gemeinsam gemacht wurde. [...] Man muss gemeinsam mit dem Angehörigen daran arbeiten. [...] Und dann ist das Modell ein Teil dessen, wie sie es implementieren werden, und wir haben auch Mitarbeiter, die nur für einen Projektzeitraum in beschäftigt sind-- es ist eine akademische Position, Projektverläufe zu entwickeln, um es zu implementieren in allen Pflegeheimen, in allen sozialen Einrichtungen und überall“ (DK P6: C291).*

Freiwilligen-Organisationen (Unterstützungsleistungen). Von den dänischen Experten wurde außerdem die zusätzliche Unterstützung und Beratung durch Freiwilligen-Organisationen als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf benannt, wobei es sich u.a. um stundenweise Entlastungsangebote, wie z.B. Arztbesuche, Hilfe bei Medikamenteneinnahme oder Freizeit für den Angehörigen handelt (DK P1: C273, C274, C293; DK P2: C295, C296; DK P6: C289). Die Freiwilligenverbände organisieren sich selbst und sind unabhängig in ihren Leistungen von der Kommune: *„Und das Prinzip ist, dass die*

Freiwilligen von Freiwilligen geführt werden sollen. (I: Ja) Sie sollen nicht von der Kommune geführt werden oder in die Pläne der Kommune reinkommen. Sie sollen selbst bestimmen“ (DK P1: C272). Das nachfolgende Zitat verdeutlicht beispielhaft Leistungen der Freiwilligenorganisationen.

*„Es gibt einige Patientenverbände, die eine **Beratung** anbieten und es gibt auch freiwillige Organisationen, die verschiedene Möglichkeiten für z. B. **Besucherfreunde** ermöglichen und auf diese Weise kann man Unterstützung bekommen. (I: Ja) Aber es kann sein, dass man vor allem, wenn man erwerbstätig ist besonders Hilfe benötigt. (I: Ja) Da gibt es also viele Sektoren, die einige Möglichkeiten anbieten“ (DK P7: C229).*

Interessenorganisationen (Kommunikation). Von den dänischen Experten wurde benannt, dass die Interessenorganisationen, wie z.B. *"Pårørende i Danmark"* hinsichtlich der Kommunikation über die Problematik in einer Pflegesituation zu sein, förderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf sein kann, da so mehr Sensibilität für die Thematik entwickelt werden kann (DK P2: C276). Das nachfolgende Zitat verdeutlicht die Aufgaben der Interessenorganisation exemplarisch.

„Wir haben eine Interessenorganisation in Dänemark mit dem Namen ‚Pårørende i Danmark‘ (I: Ja) und die arbeiten viel daran, die Belastung, die es ist, Angehöriger zu sein, präzise und umsichtig zu gestalten. Um es legal zu machen und überhaupt darüber zu sprechen, weil es eigentlich ein großes Tabuthema ist“ (DK P5: C188).

Gesundheitsversicherung. Eine weitere kommunale Maßnahme zur Unterstützung von Menschen in einer Pflegesituation kann laut der Experten mittels einer Gesundheitsversicherung erfolgen, wobei es vor allem um eine psychologische Unterstützung geht (DK P8: C221). *„B2: Ja, aber es gibt auch einige Angebote über die Gesundheitsversicherung im psychologischen Bereich für Angehörige, die in einer Krise stecken, aber auch durch den eigenen Arzt, also kann man eine Bescheinigung von einem Arzt bekommen. [...] Wenn man es braucht, dann kann einem ein Psychologe empfohlen werden“ (DK P8: C222).*

Online-Kurse. Onlinekurse wurden von den Experten in Dänemark hinsichtlich der besseren zeitlichen Vereinbarkeit zur Unterstützung bei einer Pflegesituation als förderlich bewertet, Dabei war vor allem relevant, dass es unabhängig von der Diagnose der Pflegeperson in Anspruch genommen werden kann (DK P8: C226, 233).

Kasten 27: Fazit der Oberkategorie förderliche kommunale Maßnahmen DK.

Fazit DK. In Dänemark bestehen eine Vielzahl von **kommunalen Maßnahmen**, die im Bereich der **Gesundheitsförderung** von den verschiedenen Kommunen angeboten werden und von den Experten als förderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf bewertet wurden. Dabei ist die Grundhaltung, dass die individuelle Person im Fokus steht. Beispielhaft dafür ist ein Kursangebot, das pflegende Angehörige im Alltag mit der Pflegesituation und den auftretenden Belastungen unterstützen soll, auf dessen Grundlage ein landesweites einheitliches Konzept entwickelt werden soll. Weiterhin existieren Maßnahmen, wie allgemeine Entlastungsangebote, Angehörigenberater, Unterstützungsmaßnahmen und Beratungsleistungen von **Freiwilligen-Organisationen** sowie die Schaffung von mehr Transparenz durch kommunikative Maßnahmen von **Interessenorganisationen**, Maßnahmen zur Unterstützung im Rahmen einer **Gesundheitsversicherung** mit psychologischem Fokus und die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von verschiedenen **Online-Kursen**.

Oberkategorie VII: Förderliche Maßnahmen im Unternehmen DE

In dem nachfolgenden Abschnitt werden die förderlichen Maßnahmen, die aus Sicht der deutschen Experten in Unternehmen als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bewertet wurden, dargestellt. Hierbei konnte in *Kooperationen mit Unternehmen*, *Innerbetriebliche Maßnahmen* im Rahmen einer betrieblichen Gesundheitsförderung sowie eine *gesundheitsförderliche Unternehmenskultur* induktiv kategorisiert werden. Die Abbildung 37 visualisiert den entsprechenden Kategorienbaum.

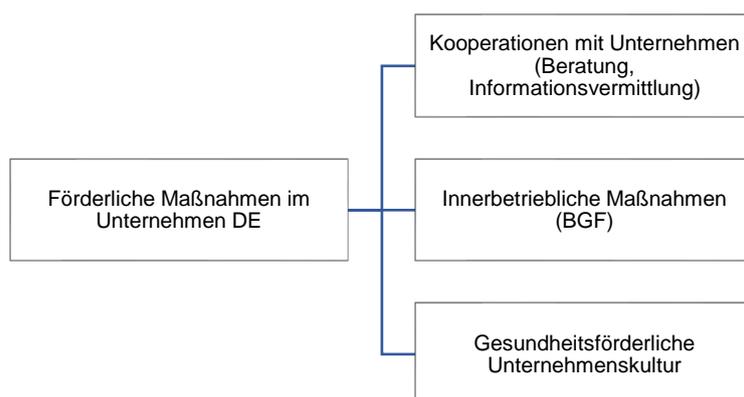


Abbildung 37: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche Maßnahmen im Unternehmen DE.

Kooperationen mit Unternehmen (Beratung, Informationsvermittlung). Die deutschen Experten bewerteten es förderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf, wenn in Unternehmen Kooperationen mit anderen Unternehmen bestehen, die über vorhandene Angebote zur Unterstützung in einer Pflegesituation oder über allgemeine gesundheitsförderliche Maßnahmen informieren und diese dann vermitteln.

„B1: Das ist auch sinnvoll, es gibt ja auch einige Unternehmen, die kooperieren schon mit Fitnessstudios und wenn die anerkannt sind, dann zahlt die Kasse da ja auch was zu und dass man das vielleicht sagt, das eventuell ein pflegender sich bewegen möchte“ (DE P3 C92).

Aber auch Unternehmen und Mitarbeiter können durch Institutionen beraten werden: *„B2: Also wir sind morgen in einem Unternehmen genau zu diesem Thema, die gesagt haben, wir möchten das, also die sie sind aufmerksam geworden über ein Projekt zu diesem Thema, uns gibt es, wir erzählen auch was dazu und gehen dann im Prinzip in diese Vortragsgeschichte und erzählen was, aber...das bezieht sich auf die Rahmenbedingungen, wann kann ich was in Anspruch nehmen, wie groß muss das Unternehmen sein und so weiter und wie finanziere ich das Ganze, oder auch nicht [lacht], ne, aber das ist tatsächlich so die Frage, Angehörige in diesem Zusammenhang häufig haben, man muss ja trotzdem seine Rechnung und Kredite und so weiter bezahlen“ (DE P2: C109).*

Innerbetriebliche Maßnahmen (BGF). Die Experten benannten weiterhin Maßnahmen in Unternehmen, die vereinzelt zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger bestehen, wobei es sich hierbei um allgemeine Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung handelt, die teilweise während der Arbeitszeit in Anspruch genommen werden können (DE P5: C141). *„[...] bieten wir natürlich im Rahmen des Gesundheitsmanagements innerbetriebliche Fortbildungen an und Angebote zur Meditation oder zur Ruhe zu kommen, also Auszeiten, es gibt hier Yoga und Atemfitness und und und, das ist ja etwas, was wir anbieten, weil wir unsere Mitarbeiter natürlich auch stärken wollen für den normalen Arbeitsalltag, aber zusätzlich sie sind ja auch Eltern oder Angehörige und haben zu Hause oft die Doppelbelastung, [...]“ (DE P5: C137).*

Gesundheitsförderliche Unternehmenskultur. Die deutschen Experten benannten eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf als förderlich, wobei hier vor allem der Aspekt der Kommunikation und Sensibilisierung des Themas genannt wurden, aber auch die Verbreitung von Informationen, dass es Angebote zur Unterstützung gibt (DE P3: C78).

„Wichtig ist die Offenheit und Kommunikation mit einer Vertrauensperson im Unternehmen“ (DE P3: C89, C90).

„[...] also dass die Unternehmen sich informieren, wo kann man Informationen einholen und das würde vielleicht für mehrere Unternehmen einfach, [...] aber dass die das einfach wissen und Ihren Mitarbeitern mit diesen Informationen einfach schon behilflich sein könnten, es gibt ja in jedem größerem Unternehmen wahrscheinlich einen Personalrat oder einen Betriebsrat oder Betriebsarzt oder sonst was und da müsste es ja eigentlich so hinterlegt sein, wenn so eine Situation eintritt, dann könnten die sagen, da und da erhalten sie Informationen oder wenden sie sich zunächst auch an die Pflegekasse und so weiter, einfach dass das viel mehr kommuniziert wird“ (DE P3: C86).

Kasten 28: Fazit der Oberkategorie förderliche Maßnahmen im Unternehmen DE.

Fazit DE. Als förderliche Maßnahmen in Unternehmen wurden von den Experten **Kooperationen mit anderen Unternehmen** genannt, die über vorhandene Angebote zur Unterstützung bei einer Pflegesituation oder über allgemeine gesundheitsförderliche Maßnahmen informieren und diese vermitteln. **Innerbetriebliche Maßnahmen** im Rahmen von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurden außerdem als förderlich bewertet. Weiterhin wurde hinsichtlich einer **gesundheitsfördernden Unternehmenskultur** geäußert, dass diese die Kommunikation und Sensibilisierung des Themas sowie die Verbreitung von Informationen, über Angebote zur Unterstützung in einer Pflegesituation, fördern kann.

Förderliche Maßnahmen im Unternehmen DK. Die dänischen Experten nannten aufgrund dessen, dass die Verantwortung für Gesundheitsförderung in Dänemark bei den Kommunen liegt kaum förderliche Maßnahmen, die zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen am Arbeitsplatz umgesetzt werden (DK P3: C281). Es wurden eher allgemeine verhaltensbezogene Maßnahmen genannt, was das nachfolgende Zitat belegt. „Aber ich weiß, dass es mehrere Unternehmen gibt, die Gesundheitsprojekte in der Arbeitszeit haben und auch außerhalb der Arbeitszeiten, z.B. das mit dem Fitnesscenter oder sowas, was gratis ist, also das Unternehmen muss es bezahlen“ (DK P1: C245)

Ein Experte, der bei einer Kommune angestellt ist, berichtete, dass ein Kursangebot für pflegende Angehörige dort auch für die Mitarbeiter angeboten wurde: „B2: Ja, ich weiß, dass es ein Projekt gab, das hier in der Gesundheitsabteilung durchgeführt wurde für Angehörige von schwerkranken oder chronisch Kranken. (I: Hmm) Und es wurde auch auf politischer Seite wahrgenommen [...]. Aber ich denke, es geht viel damit umzugehen Angehöriger von jemanden mit einer ernsthaften Erkrankung zu sein und darüber zu sprechen und herauszufinden, wie man Unterstützung im Alltag bekommt, und das ist es, dass man auch noch einen Job nebenbei hat“ (DK P4: C258)

Kasten 29: Fazit der Oberkategorie förderliche Maßnahmen im Unternehmen DK.

Fazit DK. In Dänemark liegt die Verantwortung für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei der Kommune, wodurch in den Unternehmen **wenige Maßnahmen**, vor allem für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen, angeboten werden. Dabei konnte herausgefunden werden, dass es sich um allgemeine verhaltensbezogene Maßnahmen für alle Mitarbeiter handelt, bei denen pflegende Angehörige miteinbezogen sind.

Oberkategorie VIII: Hinderliche gesetzliche Maßnahmen DE

Die Oberkategorie der hinderlichen gesetzlichen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf ließ sich anhand der Äußerungen der deutschen Experten in die Unterkategorien der *Familienpflegezeit* und *Pflegezeit* hinsichtlich der *Antragstellung*, der *Zurückzahlung eines zinslosen Darlehens*, der *Verhinderungspflege*, der *Inanspruchnahme* von gesetzlichen Leistungen aufgrund von *mangelnden Wissen* und der *Kommunikation* darüber, die *finanziellen Einbußen* bei einer *Inanspruchnahme* einer *kurzzeitigen Arbeitsverhinderung* und *Betreuungsleistungen* kategorisieren. Die Abbildung 38 stellt den Kategorienbaum der hinderlichen gesetzlichen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf mit den jeweiligen Unterkategorien dar.

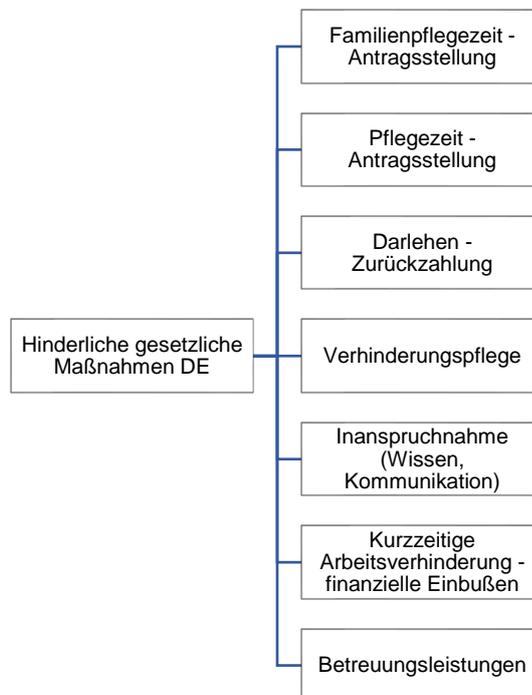


Abbildung 38: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – hinderliche gesetzliche Maßnahmen DE.

Familienpflegezeit – Antragstellung. Die deutschen Experten benannten Schwierigkeiten bei der Antragstellung der Familienpflegezeit, was als hinderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf exploriert werden konnte, da Pflegesituationen oft unerwartet und plötzlich eintreten und die Antragstellung dann eine zusätzliche Belastung darstellt (DE P1: C19; DE P4: C58). Der nachfolgende Textausschnitt verdeutlicht dies: *„Die Antragstellung sind das die Barrieren dafür, dass die Familienpflegezeit und die Pflegezeit eher nicht in Anspruch genommen werden, es sind ja Dinge, jemand wird pflegebedürftig, die meist jetzt und gleich passieren, aber die Antragszeit, und wenn ich sage, heute ist der Bedarf da und ich muss jetzt ein viertel Jahr frei nehmen, dann kann ich nicht erst in acht Wochen eine Zusage für ein Darlehen zu bekommen.“* (DE P1: C13).

Pflegezeit – Antragstellung. Für die Inanspruchnahme der Pflegezeit gelten laut der Expertenmeinungen die gleichen Schwierigkeiten wie bei der Antragstellung für die Familienpflegezeit. Die Unterstützung und Freistellung wird demzufolge akut und mit wenig Aufwand benötigt (DE P1: C13, C19; DE P4: C58), bedarf aber einer Vorlaufzeit. *„B1: Genau, aber dass ich jetzt zum Beispiel sage, ich bleibe jetzt ein halbes Jahr zu Hause, weil ich meinen Angehörigen pflege, da gehört ja schon eine Ankündigungszeit zu“* (DE P2: C119).

Darlehen – Zurückzahlung. Weiterhin benannten die Experten als hinderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf die Zurückzahlung des zinslosen Darlehens bei Inanspruchnahme der Familienpflegezeit oder Pflegezeit (vgl. DE P1: C16; DE P2: C121). Zum einen aus finanziellen Gründen und zum anderen, da die Pflegedauer nicht genau zu definieren ist (DE P3: C83). Das nachfolgende Zitat stellt die Problematik exemplarisch dar: *„Zinsloses Darlehen, ja, aber das muss auch zurückgezahlt werden und ich habe für den Moment kein Verdienst, wenn ich vollkommen im Rahmen zum Beispiel der Pflegezeit die Pflege übernehme und die laufenden Kosten müssen weitergetragen werden“* (DE P3: C82).

Verhinderungspflege. Hinsichtlich der Verhinderungspflege wurde von den Experten lediglich geäußert, dass es für den Angehörigen schwierig sein kann, die zu pflegende Person abzugeben (DE P1: C24). *„Aber man muss natürlich gerade bei der Verhinderungspflege immer jemanden finden, dem man auch vertraut und der auch zuverlässig ist, sodass der Pflegende dann auch ein gutes Gefühl hat und weiß ok, ich bin jetzt drei Wochen im Urlaub und dann wird das auch vernünftig weitergemacht, das ist nicht so einfach“* (DE P4: C38).

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung – finanzielle Einbußen. Hinderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf wurden von den Experten die finanziellen Einbußen während der Inanspruchnahme einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung genannt (DE P2: C120). *„B1: Weiß ich auch nicht, ob das jemand in Anspruch nimmt und die finanziellen Einbußen sind einfach auch zu groß, ich glaube das ist wirklich so individuell, [...]“* (DE P2: C115).

Betreuungsleistungen. Die Betreuungsleistungen, die zur Unterstützung bei einer Pflegesituation dienen, werden laut Äußerungen der Experten zu wenig genutzt, da zu wenig Wissen in der Bevölkerung über die Nutzungsmöglichkeiten bestehe (DE P2: C131; DE P4: C36, C53). „[...] und dann nutzen und das wissen einfach viele auch gar nicht und auch diese Eigenanteile von Kurzzeitpflege werden immer gezahlt und die wissen nicht, dass sie das zur Erstattung einreichen können. Also da fehlt wirklich der Informationsfluss und, dass die Menschen auf solche Sachen hingewiesen werden“ (DE P4: C55).

Kasten 30: Fazit der Oberkategorie hinderliche gesetzliche Maßnahmen DE.

Fazit DE. Es konnten laut der Expertenäußerungen Schwierigkeiten bei der **Antragstellung** der **Familienpflegezeit** und der **Pflegezeit** als hinderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf exploriert werden, da diese kompliziert ist und viel Zeit in Anspruch nimmt. Eine Unterstützung in Form der gesetzlichen Leistungen wird bei Auftreten einer Pflegesituation akut und mit wenig Aufwand benötigt. Hinderlich bei der **Inanspruchnahme eines zinslosen Darlehens** wurde von den Experten die **Zurückzahlung** genannt, welche eine Inanspruchnahme aus finanziellen Gründen verhindern kann. Weiterhin wurde dabei die Ungewissheit der Pflegedauer benannt. Bei der Inanspruchnahme einer **Verhinderungspflege** kann es für den Angehörigen schwierig sein, die zu pflegende Person abzugeben. Die **finanziellen Einbußen** während der Inanspruchnahme einer **kurzzeitigen Arbeitsverhinderung** wurden ebenfalls als hinderlich benannt. **Betreuungsleistungen**, die zur Unterstützung bei einer Pflegesituation dienen, werden laut Äußerungen der Experten zu wenig genutzt, da zu wenig Wissen über die Nutzungsmöglichkeiten besteht.

Oberkategorie VIII: Hinderliche gesetzliche Maßnahmen DK

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Oberkategorie der hinderlichen gesetzlichen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in Dänemark dargestellt. Hierbei konnten zwei Kategorien induktiv gebildet werden, zum einen, dass es *keine Unterstützung bei Inanspruchnahme der Pflegezeit in der terminalen Phase* gibt und zum anderen, dass es *keine Teilzeitlösungen bei der Inanspruchnahme einer Pflegezeit* gibt. Die Abbildung 39 visualisiert den entsprechenden Kategorienbaum.

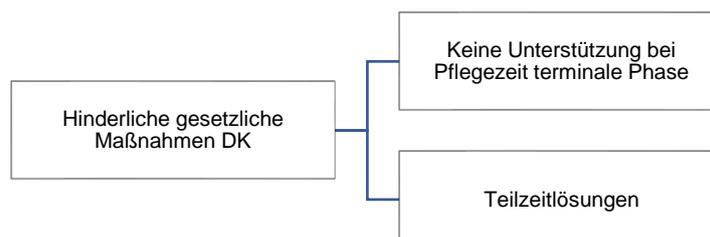


Abbildung 39: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – hinderliche gesetzliche Maßnahmen DK.

Keine Unterstützung bei Pflegezeit terminale Phase. Die dänischen Experten benannten als hinderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf, dass es während der Inanspruchnahme bei Genehmigung einer Pflegezeit mit Freistellung von der Berufstätigkeit keine gesetzliche Unterstützung bei der Ausführung der Pflege gibt.

„[...] Wenn du die Freistellung genehmigt bekommst, dann musst Du ganz aufhören zu arbeiten. (I: Ja) Und dann hört die Kommune auch auf mit praktischen Aufgaben zu helfen. Und dann bist es Du als Angehöriger, der sich um diese ganzen Dinge kümmern muss“ (DK P2: C159).

„B: Dann bekommt man keine Hilfe mehr für zu Hause. Man kann natürlich Hilfe von einer Krankenschwester bekommen, (I: Ja) aber man bekommt keine praktische Hilfe. Das muss man alleine hinbekommen“ (DK P2: C160).

Außerdem wurde von einem Experten berichtet, dass es innerhalb der verschiedenen Kommunen unterschiedlich sein kann, welche Unterstützung in Anspruch genommen werden kann: *„Die Kommunen haben gesetzliche Rahmenbedingungen, aber können dennoch definieren, wie hoch oder zu niedrig das Serviceniveau ist. (I: Ja) Und dann erleben viele, dass es schwierig sein kann, den tatsächlich benötigten Service zu bemessen. (I: Hmm) Dies gilt sowohl für ältere Menschen als auch für Behinderte. (I: Ja) Und wenn es keine anderen gibt, der sich kümmert, dann fällt es auf die Angehörigen zurück“ (DK P2: C286).*

Teilzeitlösungen. Die gesetzlichen Regelungen in Dänemark ermöglichen eine Freistellung von der Erwerbstätigkeit in Teilzeit lediglich, wenn es sich bei den Pflegepersonen um Sterbende handelt (DK P2: C161, C278; DK P4: C196; DK P9 C239; DK P6 C290), was von den Experten als hinderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bewertet wurde. Die nachfolgenden Äußerungen verdeutlichen dies:

„B1: Pflegeurlaub gibt es nur in der letzten Phase“ (DK P6: C202).

„[...] man kann eine Freistellung bekommen, wenn man jemanden unterstützen muss oder einen Sterbenden pflegen muss. Aber für viele andere Krankheiten sind 6 oder 9 Monate ja gar nichts. (I: Ja) Da fehlen also einige Teilzeitlösungen in Bezug auf die Freistellung“ (DK P2: C162).

Die Inanspruchnahme einer Freistellung auf Teilzeit wurde laut folgender Aussage eher negativ bewertet: *„[...] dann gibt es ja noch die Möglichkeit für erwerbsaktive Angehörige, dass man selbst ganz viel machen kann, was helfen kann. Da kann man mit seiner eigentlichen Arbeit aufhören und sich dann als Hilfe für zu Hause einstellen lassen. (I: Ja, ok) Und das ist dann oft auf Teilzeit. Dann wechselt man quasi von einem gutlaufenden Vollzeitjob zu einer schlechtlaufenden Teilzeitarbeit“ (DK P2: C164).*

Außerdem wurde berichtet, dass viele pflegende Angehörige ihre Freizeit für die Pflege aufgeben müssen, wenn sich die Pflegepersonen nicht in der terminalen Phase befinden: „*Sie haben nicht die gleichen Möglichkeiten, sie müssen ihre Ferien zusammenschieben oder haben Sonderangebote an ihren Arbeitsplätzen (I: Hmm) ja*“ (DK P4: C192).

Die gesetzlichen Maßnahmen variieren laut der Äußerungen der Experten in den verschiedenen Kommunen, was sich hinderlich auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auswirken kann: „*Das Problem mit der Gesetzgebung besteht darin, dass sie offen für Interpretationen sind. Es gibt also Kommunen, die sagen: ‚Ja, aber dort steht, dass man entweder Entlastung oder Ablösung gewähren muss.‘ (I: Ja) Bei uns haben wir nur das eine, aber das war nicht die Absicht der Gesetzgebung. Wenn man zurückblickt und sich die Vorbereitungen der Gesetzgebung noch einmal ansieht, dann ist klar, dass man gesehen hat, dass es zwei Bedürfnisse gibt, die die Kommune dazu veranlassen könnte, beide Bedürfnisse zu befriedigen, aber das ist nicht so, aber das sind die Bedingungen*“ (DK P6: C212).

Kasten 31: Fazit der Oberkategorie hinderliche gesetzliche Maßnahmen DK.

Fazit DK. Als hinderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf benannten die dänischen Experten, dass es bei der **Inanspruchnahme einer Pflegezeit** keine gesetzlichen Unterstützungsleistungen bei der Ausführung der Pflege gibt, sowie dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen von den Kommunen unterschiedlich interpretiert werden und es somit Unterschiede in den Unterstützungsmaßnahmen geben kann. Weiterhin konnte als hinderlich exploriert werden, dass die gesetzlichen Regelungen in Dänemark keine **Freistellung von der Erwerbstätigkeit in Teilzeit** gewährleisten, lediglich wenn es sich bei den Pflegepersonen um Sterbende handelt. In diesem Zusammenhang wurde berichtet, dass viele pflegende Angehörige ihre Freizeit für die Pflege aufgeben müssen, wenn sich die Pflegepersonen nicht in der terminalen Phase befinden. Außerdem ist die Freistellung in den meisten Fällen im Vergleich zur vorherigen Erwerbstätigkeit schlecht bezahlt.

Oberkategorie X: Hinderliche Aspekte Arbeitsmodelle DE

Die deutschen Experten bewerteten hinsichtlich der Arbeitsmodelle einige Aspekte als hinderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf, wobei hier die Unterkategorien des *Home-Office*, *Inanspruchnahme einer Freistellung von der Arbeit* und *mangelnde Flexibilität* gebildet werden konnten. Die Abbildung 40 stellt den Kategorienbaum der Oberkategorie der hinderlichen Aspekte in Bezug auf die Arbeitsmodelle in Deutschland dar.

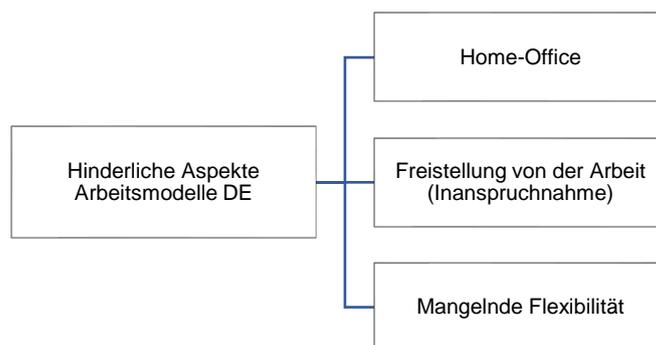


Abbildung 40: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – hinderliche Aspekte Arbeitsmodelle DE.

Home-Office. Als hinderlich wurde hinsichtlich der Möglichkeiten zu Hause zu arbeiten von den Experten benannt, dass hierbei ausreichend Vertrauen auf Seiten des Arbeitgebers vorhanden sein muss (vgl. DE P1: C8) und die zu pflegende Person die Arbeitsleistung hemmen könnte (DE P3: C84). Außerdem sind die Möglichkeiten abhängig vom Arbeitsplatz (DE P5: C256). *„Meine Funktion erlaubt es also, dass ich meine Arbeit flexibel gestalten kann, wenn ich als Angehöriger gebraucht werde. (I: Hmm) Aber, wenn ich Lehrer gewesen wäre oder in einer Produktionsfirma gewesen wäre oder etwas Anderes, wo die mich gebraucht hätten, wo ich hätte dort sein müssen, dann ist es schwierig, flexibel zu sein, nicht wahr?“* (DE P5: C257).

Freistellung von der Arbeit (Inanspruchnahme). Hinsichtlich der Inanspruchnahme einer Freistellung von der Arbeit wurde zum einen die Größe des Unternehmens genannt, da mindestens 15 Mitarbeiter in dem Unternehmen beschäftigt sein müssen, um die Maßnahme geltend zu machen (DE P3: C77). und zum anderen wurden die finanziellen Einbußen als hinderlich bewertet: *„[...] wenn man in die Situation kommt, dass man arbeitet und jemanden pflegen muss, dieser ganze Gesetzesrahmen, dass ja eben das Pflegegeld und die Pflegeversicherung weiterbezahlt wird, weil man eben ohne Gehalt, ich denke das ist ein großes Kriterium, dass viele das gar nicht können, ich muss ja das Geld verdienen, ich habe ja meine anderen laufenden Sachen, [...] wo man dann lieber sagt, es gibt ja die Möglichkeit, dass manche dann eben krankgeschrieben werden bis zu 6 Wochen, dass man das eben auf dieser Ebene laufen lässt, weil es ja keine andere Möglichkeit gibt, [...]“* (DE P3: C79).

Mangelnde Flexibilität. Als hinderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf wurde eine mangelnde Flexibilität am Arbeitsplatz bewertet, da diese die Grundlage für Möglichkeiten der Pflege eines Angehörigen darstellen: *„Na eigentlich alles sofort. Also ich wüsste jetzt nicht, also sicher bei den Geschichten Arbeitszeitkonten, die andere Geschichte ist dann eine pflichtige Geschichte, mit den Gesetzen, da kann man als Abreiter ja gar nicht gegen tun, da einfach nochmal zu sagen, wenn es erstmal darum geht, Flexibilisierung zu ermöglichen“* (DE P1: C25).

Kasten 32: Fazit der Oberkategorie hinderliche Aspekte Arbeitsmodelle DE.

Fazit DE. Als hinderliche Aspekte in Bezug auf die Arbeitsmodelle konnte exploriert werden, dass **Möglichkeiten von zu Hause zu arbeiten** ein hohes Maß an Vertrauen auf der Arbeitgeberseite erfordern und dass die Leistungsfähigkeit durch die Pflegesituation zu Hause beeinträchtigt werden kann. Eine **Inanspruchnahme einer Freistellung von der Arbeit** kann hinderlich sein, da Unternehmen mit weniger als 15 Mitarbeitern dies nicht gewährleisten können und es aufgrund der mangelnden Gehaltszahlung zu finanziellen Einbußen führt. **Mangelnde Flexibilität am Arbeitsplatz** wurde außerdem als hinderlich bewertet, da diese die Grundlage für Möglichkeiten der Pflege eines Angehörigen darstellen.

Oberkategorie XI: Hinderliche Aspekte Arbeitsmodelle DK

Die dänischen Experten bewerteten bei den Arbeitsmodellen Aspekte des Arbeitens im *Home-Office* sowie *mangelnde Flexibilität* am Arbeitsplatz als hinderlich zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Der Kategorienbaum ist in Abbildung 41 dargestellt.

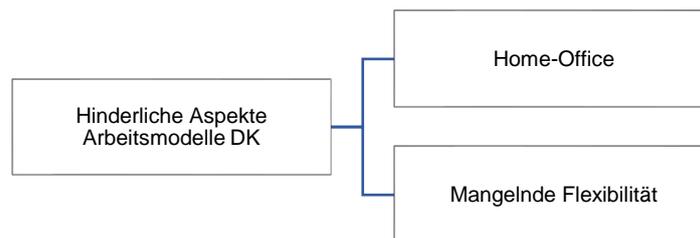


Abbildung 41: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – hinderliche Aspekte Arbeitsmodelle DK.

Home-Office. Als hinderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bewerteten die dänischen Experten, wenn es keine Möglichkeiten gibt, zu Hause arbeiten zu können (DK P3: C251), was wiederum abhängig von Arbeitsplatz und der Arbeitsaufgabe ist (DK P4: C263; DK P5: C256). „Also die, die ein Büro haben, in dem sie flexibel sein können, es planen kann ab und zu für einen Bürger da zu sein, und dann zu Hause mit dem weiter zu arbeiten, also das was man am Computer machen kann. (I: Ja) Es ist also nur ein kleiner Teil der Bevölkerung, wie man es sagen kann. Der andere Teil ist zumindest, also ich bin ja selbst eine Führungskraft im sozialen Bereich. Man möchte herzlich gerne helfen und tut, was man kann, aber es ist oft schwierig. Man sollte sich um diese Leute kümmern. Wenn es aber ein längerer Kurs ist, dann belastet man auch die anderen Mitarbeiter und riskiert Stress bei ihnen“ (DK P6: C266).

Mangelnde Flexibilität. Mangelnde Flexibilität am Arbeitsplatz kann laut der Experten in Dänemark für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf hinderlich sein, da dies die Grundlage für die Pflege darstellt (DK P8: C231, C232). Diese Flexibilität ist abhängig von Berufsart und individuell unterschiedlich, was der nachfolgende Textausschnitt verdeutlicht: „[...] wo man direkten Kundenkontakt hat, also z. B. wenn man unterrichtet oder bei der Polizei ist oder einer im Laden steht und da kann es sehr schwierig sein frei zu bekommen, um zu Treffen im Pflegeheim zu gehen oder mit zu einem Arzttermin zu gehen. Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass 40% sagen, dass sie nicht einmal die Möglichkeit haben beim Arzt anzurufen oder bei der Kommune während der Arbeitszeit. (I: Hmm ok, ja) Also bei einigen Arbeitsplätzen gibt es Flexibilität und bei anderen nicht“ (DK P2: C166).

Kasten 33: Fazit der Oberkategorie hinderliche Aspekte Arbeitsmodelle DK.

Fazit DK. Bei den dänischen Experten konnte festgestellt werden, dass **mangelnde Möglichkeiten**, Arbeitsaufgaben im **Home-Office** zu erledigen, sowie eine **mangelnde Flexibilität am Arbeitsplatz** als hinderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bewertet wurden. Beide Faktoren sind abhängig von Arbeitsplatz und Arbeitsaufgabe.

Oberkategorie XII: Hinderliche kommunale Maßnahmen DE

Für die Oberkategorie der *hinderlichen kommunalen Maßnahmen* in Deutschland wurde kein Kategorienbaum erstellt, da lediglich die eine induktive Kategorie *Wissen* aus dem Datenmaterial herausgebildet werden konnte.

Hinderliche kommunale Maßnahmen DE. Kommunale Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger werden beispielsweise durch die familiäre Pflege durch Pflegekurse gewährleistet. Diesbezüglich berichtete ein Experte, dass über diese Angebote ein mangelndes Wissen über die Existenz dieser Angebote bestehe: „B2: Aber das Problem sehe ich auch einfach darin, dass wenn man mit dem Thema nicht zu tun hat, dann kümmere ich mich nicht darum, also es gibt wirklich auch Kollegen, die immer noch nicht wissen, familiäre und familiäre Pflege und auch nicht wissen, was wir tun, obwohl wir das breit kommunizieren“ (DE P3: C101).

Oberkategorie XIII: Hinderliche kommunale Maßnahmen DK

Die Experten in Dänemark bewerteten hinsichtlich der kommunalen Maßnahmen zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen einige Aspekte bei den *Freiwilligen-Organisationen*, bezüglich eines *mangelnden Wissens über das System* und die *Ökonomie* als hinderlich. Die Abbildung 42 stellt den Kategorienbaum der mit den induktiv gebildeten Kategorien dar.

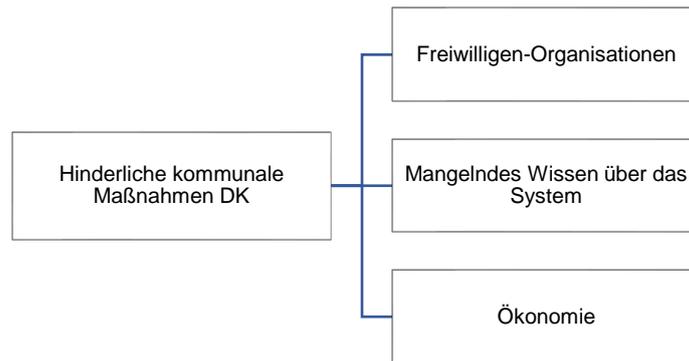


Abbildung 42: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – hinderliche kommunale Maßnahmen DK.

Freiwilligen-Organisationen. Bei den Maßnahmen der Freiwilligen-Organisationen wurde von den Experten benannt, dass es zu wenige Freiwillige gibt, die Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige ausführen. „[...] aber wir haben überhaupt nicht genug Freiwillige, um das große Problem dort zu lösen“ (DK P1: C151).

„Also wir können das einfach freiwillig machen. Das können wir. Es ist schwer, sodass dort auch viele sind, die keine Hilfe bekommen, die alleine zurechtkommen müssen“ (DK P1: C153).

Mangelndes Wissen über das System. Zum einen konnte bei dieser Unterkategorie exploriert werden, dass es politisch im dänischen System noch keine Lösung für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen gibt, was das nachfolgende Zitat verdeutlicht: „Das Problem ist auch, dass die Kommune auch nicht wirklich ein System hat, (I: Ja) das sich um die Angehörigen kümmert. Ich finde in Dänemark haben wir mächtig und viel Hilfe für die Älteren, für die Kranken. (I: Ja, für die Älteren selbst.) Ja, für den, der krank ist. Die Angehörigen kriegen keine Hilfe. (I: Ja, ok) Die kriegen keine Hilfe. Es sind fast nur Freiwillige, die hingehen und helfen. Das ist rein politisch, dass das noch sehr reifen muss, oder?“ (DK P1: C153).

Zum anderen konnte exploriert werden, dass viele pflegende Angehörige über viele Angebote, die sie neben den gesetzlichen Maßnahmen zur Unterstützung in Anspruch nehmen können, nicht Bescheid wissen oder nicht richtig aufgeklärt werden (vgl. DK P2: C165; DK P8: C224). „B2: Und viele dieser Angehörigen wissen nicht, dass es diese Angebote gibt. Also wir sehen einige, die denken, dass es nur die Leistungen des Dienstleistungsgesetzes gibt, denn auf die Kurse werden sie nicht aufmerksam gemacht. Das ist etwas, was sie selbst herausfinden müssen, also da ist auch ein Mechanismus, der auch interessant ist, wo ich denke, dass es tatsächlich viele Möglichkeiten gibt, viele Angebote, aber das ist einfach nicht immer so, dass die Angehörigen sie auch finden“ (DK P8: C223).

Ökonomie. Als hinderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf wurden von den dänischen Experten finanzielle Aspekte benannt, vor allem bei Inanspruchnahme einer Pflegezeit, bei der es finanzielle Unterstützung gibt. (DK P5: C187; DK P8: C225). *„Also, das ist eine gute Ökonomie, dass man diese Hilfe den Angehörigen gibt. (I: Ja) Das ist tatsächlich so, dass die Angehörigen das Geld bekommen von der Firma, aber das, was sie rausbekommen, was sie nur hätten bekommen, wenn sie arbeitslos gewesen wären. (I: Ja) Und das ist dann die Arbeitslosenhilfe- und Unterstützung in Dänemark. Das liegt recht hoch in Dänemark, aber das ist nicht das Budget. Es kostet, es kostet sie Geld, trotzdem (DK P1: C157).*

Als hinderlich wurde ebenfalls benannt, dass zu wenig aussagekräftige gesetzliche Regelungen zur Unterstützung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen existieren: *„[...] wir denken ja, dass es verkehrt ist das Ökonomische auf die Unternehmen zu schieben. (I: Ja) Das ist ja da, wo wir gerne Regeln dafür hätten, wie viel Urlaub man bekommen kann, wie viele Sonderurlaubstage man bekommen kann. (I: Ja) Und dann kann der Arbeitgeber es kompensieren, genauso wie beim Mutterschaftsurlaub. (I: Ja) Und wir finden, dass es bei der Pflege genauso sein soll, es kann nicht sein, dass einzelne Unternehmen Angst davor haben müssen, jemanden einzustellen, weil was ist denn, wenn (..) da plötzlich etwas mit einem Angehörigen ist, der gepflegt werden muss“ (DK P2: C167).*

Des Weiteren wurde berichtet, dass die gesetzlichen Regelungen ebenfalls einer strengen Ökonomie unterliegen, was sich dementsprechend auf die Genehmigung von Anträgen zur Inanspruchnahme von gesetzlichen Leistungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auswirken kann: *„Ja, dann gibt es auch einige Herausforderungen in Bezug auf das Dienstleistungsgesetz, die so verstanden werden, dass (...) es wieder um die Ökonomie geht, das heißt, jeder möchte mehr Geld haben. (I: Hmm) Die Kommunen möchten auch mehr Geld haben und das ist in den dänischen Medien sehr aktuell, dass das Dienstleistungsgesetz sehr streng gehandhabt wird“ (DK P5: C287).*

Kasten 34: Fazit der Oberkategorie hinderliche kommunale Maßnahmen DK.

Fazit DK. Hinsichtlich der hinderlichen Faktoren konnte bei den Maßnahmen der **Freiwilligen-Organisationen** herausgefunden werden, dass es zu wenige Freiwillige gibt, die Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige ausführen. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass es **im dänischen System noch keine einheitliche politische Lösung** für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen gibt und dass eine Vielzahl der pflegenden Angehörigen über die Angebote, die sie neben den gesetzlichen Maßnahmen zur Unterstützung in Anspruch nehmen können, nicht Bescheid wissen oder nicht richtig aufgeklärt werden. Außerdem wurde der **ökonomische Aspekt** als hinderlich bewertet, wobei es vor allem um die finanzielle Situation von pflegenden Angehörigen bei einer Freistellung von der Erwerbstätigkeit ging. Weiterhin wurde die unzureichende Aussagekraft der gesetzlichen Regelungen zur Unterstützung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen benannt, da diese einer strengen Regelung unterliegen.

3.4.2 Forschungsfrage 2

Ausgehend von der Forschungsfrage „*Welche Aspekte beeinflussen aus Sicht der Experten die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in deutschen und dänischen Unternehmen?*“ und den beiden darunterfallenden Auswertungsfragen wurden förderliche und hinderliche Aspekte, die die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen beeinflussen, exploriert. Um die subjektive Einschätzung der Experten zu explorieren, wurden auch hier die beiden Auswertungsfragen sowohl durch das Selektionskriterium als auch durch das Abstraktionsniveau genau definiert (s. Kap. 3.3). Demzufolge wurden aus den Themen des Leitfadens und des vorab festgelegten Abstraktionsniveaus die Oberkategorien der *förderlichen Aspekte* in Deutschland und Dänemark sowie die *hinderlichen Aspekte* in Deutschland und Dänemark jeweils eingeteilt. Aus dem Material heraus wurden induktiv dazugehörige Unterkategorien gebildet. Die Abbildung 43 visualisiert eine Übersicht über die Oberkategorien der zweiten Forschungsfrage.

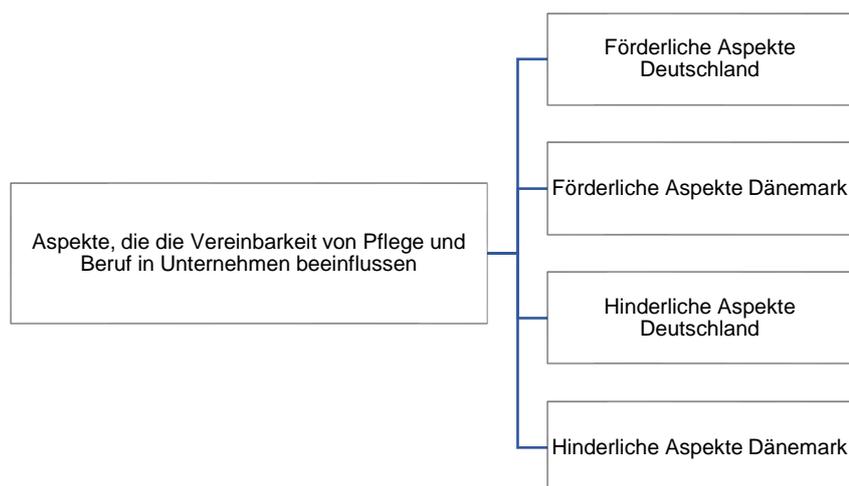


Abbildung 43: Kategorienbaum der zweiten Forschungsfrage.

Oberkategorie I: Förderliche Aspekte Deutschland

Im folgenden Abschnitt werden die *förderlichen Aspekte*, die die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in deutschen Unternehmen aus der Sicht von Experten beeinflussen, dargestellt. Dabei konnten die induktiven Kategorien *Anlaufstelle*, *gesundheitsförderliche Maßnahmen*, *Unternehmenskultur* und *Arbeit als Auszeit* gebildet werden. Die Abbildung 44 stellt die Oberkategorie mit den jeweiligen Unterkategorien für die förderlichen Aspekte in Deutschland dar.

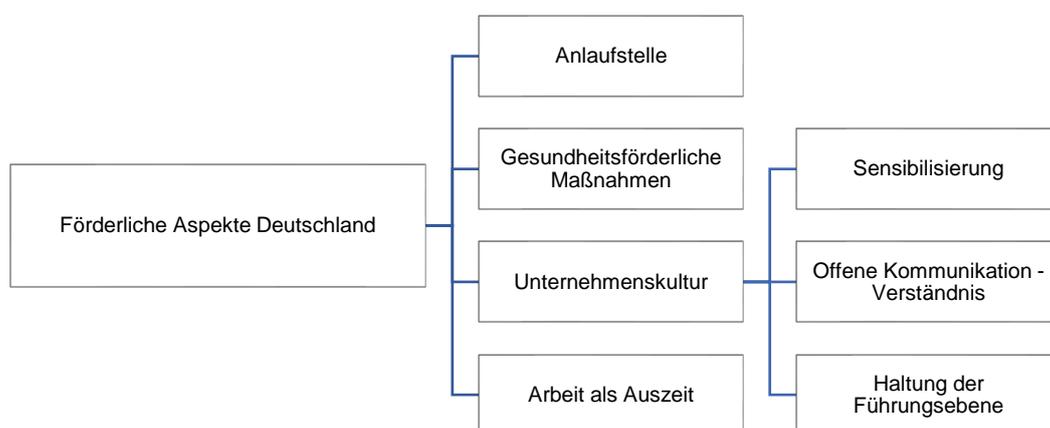


Abbildung 44: Kategorienbaum der zweiten Forschungsfrage – Förderliche Aspekte Deutschland.

Anlaufstelle. Die deutschen Experten benannten eine Anlaufstelle zur Beratung als allgemeinen Ansprechpartner und für die emotionale Unterstützung in einer Pflegesituation als förderlich im Unternehmen (DE P1: C1) „*Und dann eben ein Beratungsangebot, wo man sagt, da kann jemand akut kommen und sich kurzfristig einen Termin nehmen, Hilfe bei Antragstellungen bekommen. Das wäre aus meiner Sicht an Unterstützungsmaßnahmen im*

Unternehmen sehr wichtig. Also Im Betrieb schon aufgefangen zu werden, wenn man in einer solchen Situation ist“ (DE P1: C3).

Weiterhin wurde benannt, dass es förderlich sein kann, wenn es im Unternehmen eine Vertrauensperson gibt, sodass pflegende Angehörige ein Gespräch wahrnehmen können, wenn es ihnen nicht gut geht (vgl. DE P1: C2; DE P2: C1; C69). „B2: *Ja, genau das könnte ich mir tatsächlich vorstellen, für Krisensituationen eine Ansprechperson im Haus...ja“ (DE P2: C77).*

Hierbei konnte außerdem exploriert werden, dass es förderlich sein könnte, wenn die Ansprechperson selbst bereits eine Pflegesituation bewältigt hat, im Sinne eines Multiplikators. „*Also erstmal so die Info überhaupt, dass alle das Wissen und vielleicht auch tatsächlich so Menschen, die tatsächlich schon gepflegt haben, also jemanden im Unternehmen als Ansprechpartner im Unternehmen haben, der hat die gesetzlichen Leistungen tatsächlich schon in Anspruch genommen und war in der Situation und kann einfach auf Augenhöhe berichten, [...] Also jemandem zu haben, der es aus der Praxis berichten kann und Empfehlungen geben kann“ (DE P2: C64).*

Die Anlaufstelle sollte laut der Experten nicht nur in akuten und belastenden Situationen pflegende Angehörige unterstützen, sondern auch präventiv wirksam werden: „*[...] also mal überlegt, was die Menschen vorher, auch wenn sie noch nicht in der Situation sind, schon mal schaut, was brauchen die Menschen an Informationen schon vorab“ (DE P1: C19).* Die Anlaufstelle sollte aber auch eine beratende Funktion haben und über die gesetzlichen Rahmenbedingungen aufklären und individuell beraten (DE P5: C85). „*Informationen als pflegender Angehöriger erhalten und zwar lebenspraktisch und an meine Situation auch zu Hause angepasst und eine Hilfe bei der Antragstellung und dann natürlich auch ein paar fachliche Informationen“ (DE P5: C88).*

Gesundheitsförderliche Maßnahmen. Allgemeine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, wie z.B. „*Yoga oder bewegte Pause“ (DE P1: C6), „eine Relaxliege“ (DE P2: C57)* wurden von den Experten als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen angesehen. Ein Experte berichtete: „*Und natürlich gibt es auch andere Fortbildungen, wie jetzt erholsamer Schlaf, weil ja viele Mitarbeiter ja auch Schlafstörungen haben und so weiter, dann gibt es hier Kurse, das ist dann allerdings ein Fortbildungstag, der wird dann natürlich dienstlich eingetragen und dafür wird man freigestellt und das ist quasi während der Dienstzeit“ (DE P5: C81).*

Unternehmenskultur. Hinsichtlich der Unternehmenskultur ließen sich induktiv nochmals drei Themen unterteilen, die in den Gesprächen mit den Experten bedeutsam waren, darunter konnte exploriert werden: die Sensibilisierung für das Thema Angehörigenpflege, offene

Kommunikation und das Verständnis für pflegende Angehörige am Arbeitsplatz und die Haltung der Führungsebene gegenüber des Themas.

Sensibilisierung. Die Experten äußerten, dass das Unternehmen und die Führungsebene in Unternehmen vermehrt für das Thema Angehörigenpflege und die Vereinbarkeit mit dem Beruf sensibilisiert werden sollte (DE P1: C8; DE P3 C52). *„So die Frage ist, die legt die Führungsspitze so etwas vor, wie also im gesamten Betriebsablauf, wo gibt es Wertschätzung, für alte, für junge, also wo drückt so ein Betrieb so etwas aus, wo ein Werteverständnis von alten und jungen Mitarbeitern vorherrscht, das ist wichtig“* (DE: P1 C16).

Weiterhin konnte exploriert werden, dass das Thema Älterwerden im Beruf vermehrt Aufmerksamkeit bekommen sollte (DE P1: C21) und Mitarbeiterbefragungen die Wirksamkeit eines gesundheitsförderlichen Unternehmens, welches sensibel für pflegende Angehörige ist, belegen könne (DE P1: C23). Hinsichtlich einer sensiblen Unternehmenskultur wurde von den Experten außerdem die Achtsamkeit gegenüber der Mitarbeiter (DE P3: C56), vor allem in einer Pflegesituation als förderlich angesehen, was der nachfolgende Textauschnitt verdeutlicht: *„Wenn man sowas integrieren könnte, dass man da auch so eine Sensibilität bei den Menschen erreichen kann, dass man da auch durchaus bereit ist, nicht nach Feierabend den Bleistift fallen zu lassen, sondern dann eben auch was zurückgeben, das kann ich mir gut vorstellen, wenn die einfach merken, der Arbeitgeber wertschätzt die Mitarbeiter und tut auch was für sie, dann sind die Mitarbeiter auch ganz anders eingestellt und wenn ich morgens den Kurs hatte und ich konnte über meine Situation zu Hause, wo ich pflege, konnte da mal drüber sprechen und mich entspannen und setze mich dann an Schreibtisch und habe den Kopf frei, dann bleibe ich auch gern mal länger oder was auch immer“* (DE P2: C78).

Es konnte außerdem exploriert werden, dass das Wissen hinsichtlich der gesetzlichen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in kleinen Unternehmen häufig fehle: *„Also das dafür wahrscheinlich in vielen Betrieben auch noch gar nicht sensibilisiert wurde, also ich meine für das Thema Pflege, vor allem in den Betrieben. So und wenn ich mir jetzt vorstelle, ich habe so einen kleinen Betrieb mit 25 oder 26 Mitarbeitern, bin eigentlich verpflichtet als Arbeitgeber die gesetzlichen Unterstützungsmaßnahmen anzubieten, woher sollen die das wissen?“* (DE P2: C59).

Offene Kommunikation – Verständnis. Die Experten verdeutlichten, dass eine offene Kommunikation über das Thema Angehörigenpflege im Unternehmen wichtig sei (DE P1: C9). Dabei ist das Verständnis unter den Kollegen bedeutsam, aber auch das Verständnis auf Seiten des Arbeitgebers (vgl. DE P2: C60; DE P3: C46, C49). *„Also die Unternehmenskulturen müssten wieder offener werden, das Vertrauen untereinander muss gestärkt werden und dann werden auch Themen wie Pflege eher kommuniziert werden, sodass die Arbeitgeber dann vielleicht auch mehr hinhören und mehr unterstützen, von denen hängt ja aber auch viel ab,*

weil die die Kultur im Unternehmen prägen und die müssen das halt leben, eine offene, vertrauensvolle und hilfsbereite Unternehmenskultur und schon werden die Leute auch lieber zur Arbeit gehen und ihre Arbeit vielleicht besser machen“ (DE P3: C51).

Haltung der Führungsebene. Als wichtig und förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen wurde von den deutschen Experten benannt, dass die Haltung der Führungsebene eine bedeutende Rolle spiele, was die nachfolgenden Textausschnitte verdeutlichen.

„[...] so in der gesamten Unternehmenskultur, [...] also die Haltung und Führung ist auch sehr wichtig, die von der Geschäftsführung ins Unternehmen getragen wird“ (DE: P1 C10).

„Das setzt voraus, dass die Führungskräfte sich informieren, auch bei Ihren Mitarbeitern mal hinhören, sensibel für das Thema werden und dann auch zu ermöglichen, dass Pflege und Beruf besser vereinbart werden können“ (DE P3: C50).

„B1: Da ist natürlich dann auch das A und O von der Führungsebene das zu unterstützen, Raum für den Austausch zu geben und die Leute überhaupt im Unternehmen zu finden, wer hat es denn gemacht und wer ist denn bereit da überhaupt drüber zu reden, das ist ja auch nochmal ein heikles Thema“ (DE P2: C65).

Arbeit als Auszeit. Unter der Kategorie Arbeit als Auszeit konnten zum einen die Auszeiten während der Arbeit vom Alltag als förderlich exploriert werden und zum anderen, dass pflegende Angehörige die Arbeit als eine Auszeit von der Pflege nutzen können: *„[...] da fällt mir zum Beispiel auch ein, im Betrieb, wo hat man die Möglichkeit sich gemütlich niederzulassen und eine Auszeit zu nehmen, also kann ich da mal fünf Minuten Kraft tanken, gibt es sowas überhaupt im Unternehmen“ (DE P1: C11).*

Dabei wurde deutlich, dass so ein Raum, indem die Auszeit genommen werden soll, auch ansprechend und bedürfnisorientiert gestaltet sein sollte. *„Ne es geht mir da nochmal um mehr, also einfach zu sagen, wie Kraftschöpfend und gemütlich ist so ein Raum gestaltet und wie würden auch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen den Raum für Auszeiten gestalten“ (DE P1: C12).*

„Ja, wichtig wäre vor allem dieser Raum, kennen Sie snoozy Räume? Die kommen aus Holland“ (DE P1: C13).

Die nachfolgenden Textausschnitte verdeutlichen, dass die Arbeit für pflegende Angehörige auch eine kraftschöpfende Auszeit von der Pflege sein kann: *„[...] aber für die war die Arbeit erholsamer, als die Pflege ihrer Mutter, klar hatte sie auch Arbeitsstress, aber ich kann mich beruhigt auf meine Arbeit konzentrieren und muss nicht immer mit einem Ohr lauschen, was meine Mutter jetzt wieder macht“ (DE P3: C40).*

„[...] man ist manchmal glücklich, wenn man rauskommt und zur Arbeit gehen darf und die Situation zu Hause mit der Pflege mal verlassen kann“ (DE P3: C41).

Kasten 35: Fazit der Oberkategorie förderliche Aspekte Deutschland.

Fazit DE. Als förderliche Aspekte zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen stellte sich heraus, dass eine **Anlaufstelle** zur (präventiven) Beratung, zum Austausch und für die emotionale Unterstützung in einer Pflegesituation hilfreich sein kann. Hierbei wurde benannt, dass es eine feste **Vertrauensperson** geben sollte. Allgemeine Maßnahmen zur **Gesundheitsförderung**, wie z.B. Bewegungsangebote wurden von den Experten ebenfalls als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen angesehen. Bei der Unterkategorie **Unternehmenskultur** ließen sich nochmals drei Themen unterteilen, wobei exploriert wurde, dass die **Sensibilisierung für das Thema Angehörigenpflege** beim Kollegium sowie bei der Führungsebene, **eine offene Kommunikation und das Verständnis** für pflegende Angehörige am Arbeitsplatz und die **Haltung der Führungsebene** gegenüber des Themas förderlich sind. Dabei sollte das Thema Älterwerden im Beruf vermehrte Aufmerksamkeit erhalten. Mitarbeiterbefragungen können die Wirksamkeit eines gesundheitsförderlichen Unternehmens und die Sensibilität gegenüber pflegenden Angehörigen belegen. Unter der Kategorie **Arbeit als Auszeit** konnten zum einen die Auszeiten während der Arbeit vom Alltag als förderlich herausgefunden werden und zum anderen, dass die Arbeit als Auszeit von der Pflegesituation dienen kann.

Oberkategorie II: Förderliche Aspekte Dänemark

Nachfolgend werden die förderlichen Aspekte für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in Unternehmen aus der Sicht von den Experten aus Dänemark dargestellt. Es konnten die induktiven Kategorien *Anlaufstelle*, *gesundheitsförderliche Maßnahmen*, *Unternehmenskultur* und *Entlastung – Maßnahmen für den Angehörigen*, *Arbeit als Auszeit*, *Politischen Einfluss erhöhen – Änderung der Gesetzgebung*, *Bildung – Austausch mit Gleichgesinnten* und *Flexibilität* gebildet werden. Die Abbildung 45 stellt die Oberkategorie mit den jeweiligen Unterkategorien für die förderlichen Aspekte in Dänemark dar.

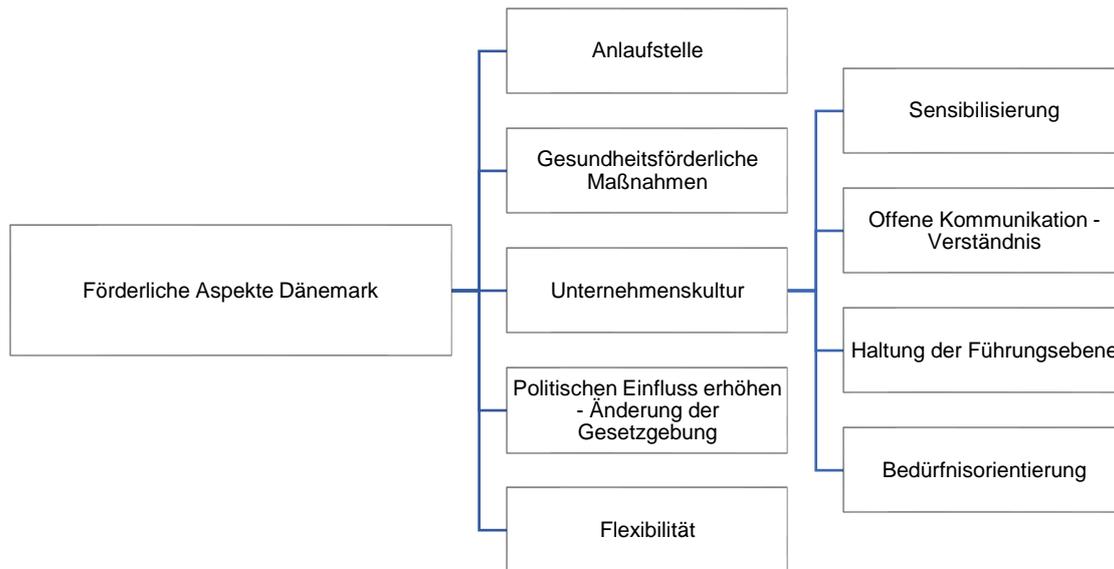


Abbildung 45: Kategorienbaum der zweiten Forschungsfrage – Förderliche Aspekte Dänemark.

Anlaufstelle. Eine Anlaufstelle wurde von den Experten in Dänemark als förderlich zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen bewertet, sodass pflegende Angehörige beraten werden können und sich besser im System zurechtfinden (DK P4: C132, C133).

„Ich denke auch daran, dass so etwas wie ein Bürgerguide oder wie wir es nennen, der-- (I: Ja, für Informationen) Ja, und da können sie dann anrufen und sagen: ‚Helfen Sie mir, wo muss ich nun in diesem Fall hin? Wer ist mein Berater?‘ Ich denke, das könnte gut sein, denn es ist komplex sich zurechtzufinden, und es ist so etwas wie Du sagtest, sodass sie wissen, dass es ein Ort gibt, wo geholfen werden kann“ (DK P4: C131).

Gesundheitsförderliche Maßnahmen. Auch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die im Unternehmen oder während der Arbeitszeit in Anspruch genommen werden können, wurden von den Experten als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf angesehen, hierbei wurde vor allem der Fokus auf Stress und Stressbewältigung bei der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen deutlich.

„Wenn ich es also insgesamt sagen soll, dann denke ich, dass etwas Wichtiges darin besteht, dass sie einige Werkzeuge bekommen, mit denen sie umgehen können. (I: Hmm) Jetzt sage ich nur Stress, aber mit Belastungen auf jeden Fall (I: Ja) Also bekommen sie ein paar Werkzeuge, um damit umzugehen Angehöriger zu sein und so auch bei sich selbst zu bleiben. (I: Ja) Und das können Interventionen in vielerlei Hinsicht sein, es können sowohl Gruppen sein als auch Gruppen, die sich gegenseitig spiegeln und Input geben, aber es kann auch individuell sein, und ich denke viel, das ist etwas, was wir brauchen [...]“ (DK P6: C147).

Weiterhin wurde davon berichtet, dass es hilfreich sein könne, Multiplikatoren in den Unternehmen für das Thema Gesundheit auszubilden, die sich um eine ganzheitliche Gesundheitsförderung bei den Mitarbeitern kümmern: *„Wir nannten es das Unternehmen mit Gewinn, in dem wir Schlüsselpersonen für Gesundheit in Unternehmen ausgebildet haben und nicht nur für die körperliche, sondern auch für die geistige Gesundheit“* (DK P6: C152).

Unternehmenskultur. Auch hier konnte bei der Unterkategorie Unternehmenskultur nochmals in die Sensibilisierung für das Thema Angehörigenpflege, offene Kommunikation und das Verständnis für pflegende Angehörige am Arbeitsplatz und die Haltung der Führungsebene gegenüber des Themas unterteilt werden.

Sensibilisierung. Eine Sensibilisierung seitens der Arbeitgeber wurde von den Experten als förderlich angesehen, um pflegende Angehörige an ihrem Arbeitsplatz zu unterstützen. Hierbei stellte sich heraus, dass dafür zunächst die Sensibilisierung des Arbeitgebers notwendig ist, was derzeit in Dänemark noch mehr Gehör finden sollte (DK P2: C200; DK P5: C128). Der nachfolgende Textausschnitt verdeutlicht dies.

„Man muss ganz ruhig mit ihnen anfangen und dann muss man auch geduldig sein, dann wird auch mehr darüber gesprochen und dann kommen vielleicht Kollegen und sprechen über dieses Angebot vom Unternehmen: ‚Glaubst Du, das ist auch etwas für mich? Weil ich habe ja dieses und jenes zu Hause.‘ Und dann kommen sie nach und nach“ (DK P3: C180).

Es wurde beispielhaft von einem Unternehmen berichtet, dass sensibel für das Thema Angehörigenpflege ist und dementsprechend mit den Mitarbeitern umgeht: *„Einfach gesagt, ist es Teil ihrer gesamten Grundlage für die Art und Weise, wie sie mit ihren Mitarbeitern umgehen, dass sie sich tatsächlich auf das Recht berufen, einzugreifen, um zu helfen. (I: Hmhm) Es gehört also zu ihrer Ideologie, dass sie tatsächlich sehr flexibel arbeiten und die Gelegenheit aktiv nutzen, um rechtzeitig mit der Arbeitszeit herauf und herunter zu gehen“* (DK P5: C126).

Weiterhin wurde beispielhaft von dem Vorgehen bei einer dänischen Kommune berichtet: *„B2: Ja, es gibt kein Gesetz, das besagt, dass man es so machen kann. Aber es hängt sehr davon ab, was für eine Kultur es ist, was es ist, was man als angenehm empfindet. Ich bezweifle also nicht, dass wir, wenn wir uns das in unserer Abteilung ansehen, also wenn jemand Angehöriger wird, kann es sehr einfach sein, also dann gucken wir und finden es heraus und sagen, vielleicht könnte es helfen von Zuhause aus zu arbeiten-- und das weiß man auch in anderen Unternehmen“* (DK P6: C153).

In Dänemark gewinnt das Gehör für die pflegenden Angehörigen laut der Experten mehr an Bedeutung und es findet eine langsame Veränderung statt (vgl. DK P5: C228). *„Es ist also eine ganz andere Art zu denken. Jetzt fangen einige Arbeitgeber an und sehen, dass es sich*

lohn kann, sich ein wenig mit dem zu befassen, was darüber hinaus im Privatleben der Arbeitnehmer vor sich geht, da Flexibilität in beide Richtungen kommen und gehen kann. (I: Ja) Aber man ist auch als Angestellter nicht verpflichtet, seinem Arbeitgeber viel über sein Privatleben zu erzählen. Wir dürfen sagen, dass es nicht schön ist. (I: Ja) Und das ist vielleicht eine langjährige Tradition, die auch einige Herausforderungen mit sich bringt oder?“ (DK P5: C231).

Offene Kommunikation – Verständnis. Von den Experten wurde als wichtig angesehen, dass über Pflegesituationen im Unternehmen offen kommuniziert wird, sodass der Arbeitgeber und die Kollegen Verständnis zeigen können (DK P3: C136; DK P6: C151; DK P7: C159). Dies erfordert auch Mut auf Seiten des Angehörigen dies am Arbeitsplatz zu kommunizieren.

„B2: Ja, da denke ich, wenn man sich einen Angestellten in einem Unternehmen ansieht, dann wäre eine Offenheit und das Verständnis dafür, dass man sich in einer schwierigen Phase befindet, in der man eine Krankheit in der Familie hat und sich das auf die Tatsache bezieht, dass sich die Gewichtung von Privatleben und Arbeitsleben für einen Zeitraum geringfügig verändern kann und man dabei auf Verständnis trifft, das denke ich. Ich denke, ich wäre es sofort. Und, dass man sich auch traut, es in seinem Unternehmen zu sagen: ‚Ich fühle mich zurzeit schlecht, weil es eine Menge in meiner Familie gibt, was mich belastet, also muss ich ein wenig kürzertreten, ist das okay‘“ (DK P4: C137).

Außerdem wurde berichtet, dass Pflege in Dänemark vor allem am Arbeitsplatz ein tabuisiertes Thema darstellt, über das wenig gesprochen wird (DK P4: C136). „Also wir müssen es in Gang setzen darüber zu sprechen. Wir müssen sowohl die Angehörigen als auch die Arbeitgeber verstehen lassen, dass es hier einige Belastungen gibt, die natürlich zum Privatleben der Angehörigen dazugehören, bei denen die Arbeitgeber jedoch eine große Unterstützung sein können, dass sie die Mitarbeiter nicht verlieren [...] Und ich denke, es ist an der Zeit, dass wir darüber reden, sodass wir das Tabu auflösen, was sie nämlich daran hindern kann, auf sich selbst aufzupassen und wir auf die Angehörigen aufpassen, dass diese Hinderungen minimiert werden. (I: Ja) Und die eine Firma kann auch einer anderen Firma davon erzählen“ (DK P5: C172).

Haltung der Führungsebene. Bedeutsam für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen in den Unternehmen war laut der Experten die Haltung der Führungsebene. Hier konnte exploriert werden, dass es wichtig ist, dass die Führungskräfte Verständnis zeigen z.B. hinsichtlich einer geringeren Leistungsfähigkeit (DK P4: C138), aber auch, dass es für die Führungskraft selbst schwierig sein kann eine passende Lösung zu finden (DK P6: C236). „B1: Ja, es ist wirklich eine schwierige Balance und es gibt nichts was man als Führungskraft lieber möchte, denn man möchte es gerne klären, aber das funktioniert nicht immer, denn man hat auch die Verantwortung für die anderen Mitarbeiter“ (DK P6: C154).

Bedürfnisorientierung. Eine Unternehmenskultur, die den Bedürfnissen der Mitarbeiter entspricht wurde von den Experten als förderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf benannt. Hierbei haben große Unternehmen mehr Möglichkeiten als kleine Unternehmen und „es kommt darauf an, was man benötigt“ (DK P4: C135). „B1: Aber es gibt auch einige Teile in den großen Unternehmen, die sehen die Aufgabe der Angehörigen, sodass sie ihre Arbeitsbedingungen ändern, und ich kenne einen meiner Kollegen, wo es gerade im Gespräch ist, der in einem großen Unternehmen ist, im Baugewerbe, wo es wenig Aufgaben gibt, die Zuhause oder im Büro erledigt werden können und stattdessen kann er nun wahrscheinlich eine Zeitlang frei bekommen. Dann sind die großen Unternehmen besser dran und haben auch die Macht, dies zu tun, als ein kleines Unternehmen“ (DK P6: C171).

Politischen Einfluss erhöhen - Änderung der Gesetzgebung. Es konnte exploriert werden, dass die Experten in der Erhöhung des politischen Einflusses hinsichtlich einer Änderung in der dänischen Gesetzgebung eine Möglichkeit sehen, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen zu fördern, also das System weiter auszubilden (DK P8: C124; DK P5: C217).

„Unser Weg ist es also, herauszugehen und mit möglichst viel Gehör zu erzählen, was es gibt und dann zu hoffen, dass wir die Menschen dort erreichen-- wir haben auch wirklich viele Patientenvereinigungen in Dänemark. [...] also Interessensorganisationen, die versuchen das zu kommunizieren“ (DK P5: C178).

„Es ist also wichtig, dass ein anständiges Serviceniveau definiert wird, damit dann die Menschen, die Hilfe benötigen und Anspruch auf die Hilfe nach dem Servicegesetz haben, auch bekommen. Und auch tatsächlich die Hilfe auf einem Niveau bekommen, womit sie etwas anfangen können. (I: Ja) Und es ist auch eine Diskussion über Werte. (I: Ja) Aber das ist der Antrieb, den wir für die dänische Regierung in diesem Jahr gewählt haben [...]“ (DK P5: C215).

Eine konkrete Maßnahme hierfür ist vorgesehen, dass es die Möglichkeit geben soll, Pflegetage in Anspruch nehmen zu können: „B1: Aber genau das ist unter anderem mit Angehörigen- oder Pflgetagen vorgesehen, so wie man hier Pflgetage für Kinder bekommt. (I: Hmm) Das ist ein Vorschlag, dass man ein paar freie Tage im Jahr bekommt, die bezahlt werden, um sich um Angehörige zu kümmern nicht wahr? (I: Ja) Also das ist das Ziel, auch von der EU (B2: Ja). Es ist klein, aber es sind Schritte auf dem Weg, um an den richtigen Ort zu gelangen“ (DK P6: C235).

Flexibilität. Die Flexibilität am Arbeitsplatz wurde von den Experten als sehr bedeutsam für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf benannt. Hierbei wurden vor allem die Möglichkeiten die Arbeitszeit und den Arbeitsort flexibel zu gestalten (vgl. DK P5: C213; DK P8: C119) und dass es eine Möglichkeit außerhalb der terminalen Phase gibt, in Teilzeit zu arbeiten und zu pflegen, als bedeutsam exploriert.

„Ja, also das ist ja das, was wohl im Moment am meisten gebraucht wird. (I: Ja) Das sind flexible Arbeitszeiten und Möglichkeiten von zu Hause aus zu arbeiten“ (DK P2: C198).

„Ja, also es gibt einige Wünsche, dass man eine Freistellung auf Teilzeit bekommen kann“ (DK P2: C191).

Kasten 36: Fazit der Oberkategorie förderliche Aspekte Dänemark.

Fazit DK. Als förderliche Aspekte zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in dänischen Unternehmen konnte exploriert werden, dass eine **Anlaufstelle** zur Beratung und Zurechtfindung im System hilfreich sein kann. Weiterhin wurden Maßnahmen zur **Gesundheitsförderung**, die im Unternehmen oder in der Kommune während der Arbeitszeit in Anspruch genommen werden können als förderlich angesehen, wobei der Fokus auf Stress und Stressbewältigung insbesondere bei der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen liegen sollte. Als gesundheitsförderliche Maßnahme könnte die Ausbildung von Multiplikatoren für das Thema Gesundheit in den Unternehmen hilfreich sein. Hinsichtlich einer **gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur** konnte exploriert werden, dass die **Sensibilisierung für das Thema Angehörigenpflege**, eine **offene und verständnisvolle Kommunikation** am Arbeitsplatz und die **Haltung der Führungsebene** gegenüber des Themas bedeutsam sind. Die Sensibilisierung der Arbeitgeber sollte laut der Experten in Dänemark noch vermehrt in den Fokus rücken. Die Unternehmenskultur sollte dabei so gestaltet sein, dass diese individuell, lösungs- sowie bedürfnisorientiert auf die Mitarbeiter eingehen kann. Die **Erhöhung des politischen Einflusses** hinsichtlich einer Änderung in der dänischen Gesetzgebung könnte laut der Experten die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen fördern, indem das System weiter ausgebildet wird und z.B. die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegetagen in der Gesetzgebung verankert wird. Außerdem als sehr bedeutsam stellte sich die **Flexibilität am Arbeitsplatz** heraus, wobei vor allem die flexiblen Möglichkeiten zur Gestaltung der Arbeitszeit und des Arbeitsortes und in Teilzeit zu arbeiten benannt wurden.

Oberkategorie III: Hinderliche Aspekte Deutschland

Im folgenden Abschnitt werden die hinderlichen Aspekte, die in Deutschland die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen beeinflussen, aus Sicht der Experten dargestellt. Dabei konnten die induktiven Kategorien: *Kommunikation in Politik und Gesellschaft*, *Fehlende Informationen* und *Kommunikation im Unternehmen* gebildet werden. Die Abbildung 46 stellt die Oberkategorie mit den jeweiligen Unterkategorien für die hinderlichen Aspekte in Deutschland dar.

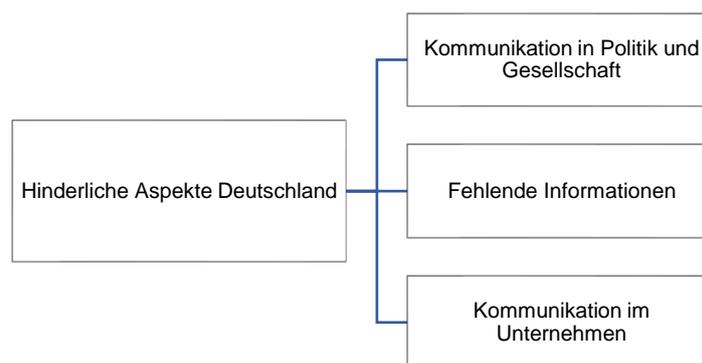


Abbildung 46: Kategorienbaum der zweiten Forschungsfrage – Hinderliche Aspekte Deutschland.

Kommunikation in Politik und Gesellschaft. Als hinderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf wurde von den Experten benannt, dass das Thema vermehrte Aufmerksamkeit in der Politik und Gesellschaft erhalten muss, sodass die Problematik verdeutlicht wird, da es sich eher um ein tabuisiertes Thema handelt (DE P3: C31, 47; DE P4: C26). Beispielhaft stellt dies der nachfolgende Textausschnitt dar: „[...] *ich glaube es muss noch mehr an oberster Stelle noch mehr in der Politik und der Gesellschaft ankommen, dass dieses Thema einfach unglaublich wichtig ist, dass man darüber einfach informiert wird*“ (DE P4: C24).

Fehlende Informationen. Fehlende Informationen über die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen bei einer Pflegesituation, wie z.B. der Pflegestützpunkt können sich laut der Experten hinderlich auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auswirken, da viele Angehörige die Maßnahmen nicht wahrnehmen oder darüber Bescheid wissen (DE P2: C58; DE P3: C32).

Kommunikation im Unternehmen. Es konnte exploriert werden, dass sich eine mangelnde Kommunikation über das Thema Angehörigenpflege im Unternehmen hinderlich auf die Vereinbarkeit mit der Erwerbstätigkeit auswirken kann. Hierbei war vor allem die Kommunikation über die Möglichkeiten zur Entlastung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen bedeutsam (DE P3: C44). „B1: *Viele nehmen ihren Urlaub, um einen Angehörigen zu pflegen, weil die gar nicht wissen, dass es diese gesetzlichen Rahmenbedingungen gibt und es eben in den Betrieben nicht kommuniziert wird, oder vielleicht wissen sie es schon, aber es wird nicht drauf hingewiesen, dass sie sagen, ich habe erstmal Urlaub eingereicht*“ (DE P3: C37).

Außerdem konnte exploriert werden, dass Pflege ein tabuisiertes Thema darstellt, worüber am Arbeitsplatz oft nicht gesprochen wird: „*Pflege ist ein Tabuthema, darüber spricht man nicht gerne mit jedem, das ist auch ähm, wir haben es Tag täglich, aber so im Verwandten- oder*

Bekanntenkreis, da spricht keiner darüber“ (DE P3: C55). Es gehört auch Mut dazu, sich als Angehöriger zu überwinden darüber zu sprechen und Unterstützung anzunehmen: „[...] also ich glaube die Hemmschwelle von jemandem, der dann pflegt ist einfach so groß, die Angebote auch in Anspruch zu nehmen, weil alles ist so selbstverständlich und alle haben Verständnis für die armen Eltern mit kleinen Kindern, aber nicht für die Pflegebedürftigen. Und über dieses Thema wird halt auch einfach noch viel zu wenig geredet, also das ist ja auch echt so ein Problem. Und bei Kindern ist es so normal und bei pflegenden Angehörigen ist es echt eine große Hemmschwelle, das zu äußern und auch die Angebote in Anspruch zu nehmen“ (DE P2: C62).

Kasten 37: Fazit der Oberkategorie hinderliche Aspekte Deutschland.

Fazit DE. Als hinderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in Unternehmen konnte exploriert werden, dass das Thema Angehörigenpflege vermehrte **Aufmerksamkeit in der Politik und Gesellschaft** erhalten sollte, sodass die Problematik verdeutlicht und Tabus abgebaut werden können. Auch **fehlende Informationen** über die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen bei Auftreten einer Pflegesituation können sich laut der Experten hinderlich auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auswirken. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass sich eine **mangelnde Kommunikation** über das Thema Angehörigenpflege im Unternehmen hinderlich auf die Vereinbarkeit mit dem Beruf auswirken kann, insbesondere bei der Kommunikation über die Möglichkeiten zur Entlastung und Unterstützung in einer Pflegesituation.

Oberkategorie IV: Hinderliche Aspekte Dänemark

Der folgende Abschnitt stellt die hinderlichen Aspekte, die die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in dänischen Unternehmen aus der Sicht von Experten beeinflussen dar. Es konnten die induktiven Kategorien *Überforderung durch zu viel Bürokratie, geringes politisches Engagement, mangelnde Flexibilität, Arbeitsaufgabe (Tätigkeiten), vorzeitiger Ausstieg aus der Arbeit* und *Unternehmenskultur* aus dem Material heraus gebildet werden. Die Abbildung 47 stellt den Kategorienbaum übersichtlich dar.

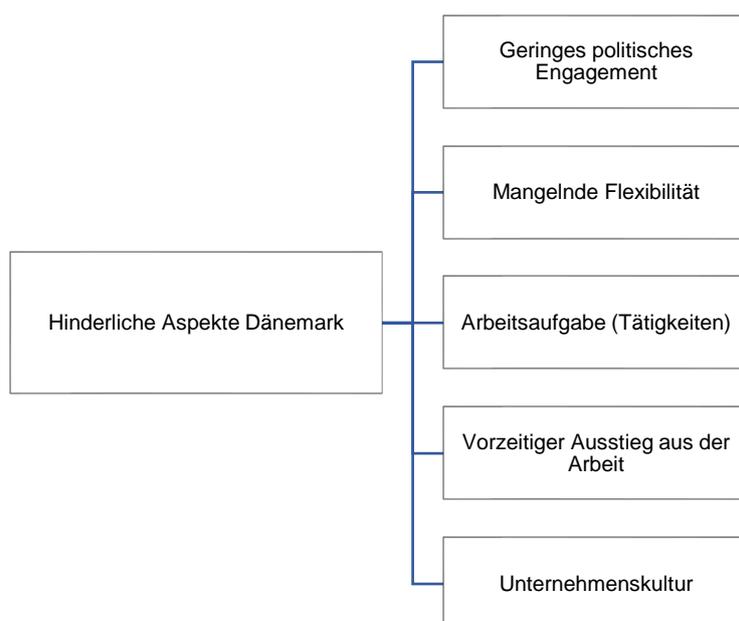


Abbildung 47: Kategorienbaum der zweiten Forschungsfrage – Hinderliche Aspekte Dänemark.

Geringes politisches Engagement. Es konnte seitens der dänischen Experten exploriert werden, dass sich das geringe politische Engagement hinsichtlich des Themas Angehörigenpflege hinderlich auf die Unterstützung in Unternehmen auswirkt (DK P1: C183 ;DK P2: C202). „In Dänemark wird es aus den Unternehmen herausgenommen und die Krankenversicherung liegt auch im öffentlichen Sektor. (I: Ja, richtig) Dann hat der Arbeitgeber keine Verantwortung dafür. (I: Ja) Es ist Aufgabe der Kommunen, Regionen und des Staates“ (DK P5: C222).

Mangelnde Flexibilität. Eine mangelnde Flexibilität am Arbeitsplatz wirkt sich außerdem laut der Experten hinderlich auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf aus. Hierbei konnte festgestellt werden, dass pflegende Angehörige häufig weniger Flexibilität haben, als bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und es sehr abhängig von der Arbeitsaufgabe ist, die ausgeführt wird (DK P2: C194). Der nachfolgende Textausschnitt verdeutlicht dies beispielhaft: „B: Ja, das ist das eine und dann ist da die Flexibilität, die benötigt wird, weil man nach Hause gehen muss und einige Herausforderungen hat und dafür muss man die Möglichkeit haben. (I: Ja) Wir haben zwei Arbeitstage in Dänemark oder wir haben das Recht in Dänemark, wenn unsere Kinder krank sind, einen Tag frei zu nehmen, ohne dass uns jemand glauben muss. (I: Ja) Und es ist dasselbe, was man auch vorschlagen könnte, dass man es für Angehörige einführt, die eine schwerkranke Person oder eine Person mit Demenz pflegen, sodass sie auch die Möglichkeit haben“ (DK P7: C114).

Es wird deutlich, dass es keine einheitliche Lösung bzw. personalpolitische Regelung gibt und es somit individuell in den einzelnen Unternehmen geregelt werden muss: *„Aber es gibt ein Recht, (I: Ja) und das ist es ja, wenn es nicht als Personalpolitik gilt, dann wird jedes Mal individuell verhandelt“* (DK P2: C195; s.a. DK P2: C197).

Arbeitsaufgabe (Tätigkeiten). Weiterhin konnte exploriert werden, dass es von der Arbeitsaufgabe und den Tätigkeiten des Berufes abhängt, ob diese sich förderlich oder hinderlich auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auswirken (vgl. DK P4: C101; DK P5: C226). Die Experten benannten, dass vor allem die Arbeitsaufgabe hinderlich für die Flexibilität sein kann, wie die nachfolgenden Textausschnitte belegen:

„Ja, zumindest so wie unser System aufgebaut ist, man kann also sagen, dass die Flexibilität und der räumliche Arbeitsmarkt, die Reduktion der Arbeitszeit und die Möglichkeiten zu Hause zu arbeiten, davon abhängen, was für eine Arbeitsaufgabe man hat. (I: Ja) Wenn man in einer Produktionsfirma ist und sich in einem Team treffen muss und Teil eines Teams ist, kann es schwierig sein, zu Hause zu arbeiten, richtig? (I: Ja) Weil sich dort alles abspielt“ (DK P5: C224).

„Es kommt also darauf an, wie groß ein solches Unternehmen ist. (I: Ja, das stimmt) Was für ein Unternehmen es ist und ob es ein kommunales oder ein privates Unternehmen ist. Ist es eine Einzelperson, wie bei einem kleinen Tischler, Maurer, dann wird es--“ (DK P6: C106).

Vorzeitiger Ausstieg aus der Arbeit. Die dänischen Experten berichteten, dass viele Angehörige mit einer Pflegesituation vorzeitig aus der Erwerbstätigkeit aussteigen: *„Wenn wir die Daten zur Gesamtbevölkerung in Dänemark verwenden, sprechen wir von ca. 1000 Menschen pro Jahr, die sich zunächst vom Arbeitsmarkt zurückziehen. Also sie gehen in den Ruhestand, hören auf zu arbeiten, werden vorzeitig entlassen. Der Grund ist, dass sie sich um die kümmern müssen oder von durch die Angehörigenrolle belastet sind“* (DK P7: C111-C113).

Unternehmenskultur. Die Unternehmenskultur kann die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen hinderlich beeinflussen, indem dort weniger Verständnis seitens des Arbeitgebers für private Angelegenheiten vorhanden ist und die Privatsphäre gewahrt wird (vgl. DK P2: C196; DK P4: C146).

„Wir haben also einen sehr großen Respekt für die Privatsphäre in Dänemark und das bedeutet, dass Arbeitgeber nicht beeinflussen können und wollen, was sich im privaten Bereich ihrer Mitarbeiter befindet, weil die Arbeitgeber auch glauben, dass sie die Stunden gekauft haben und die Qualifikationen dieser Person und sie zahlen ein Gehalt dafür und was die Person ansonsten in ihrem Leben macht, geht sie nichts an“ (DK P5: C230).

Weiterhin konnte exploriert werden, dass die dänischen Unternehmen überwiegend keine interne Politik für Angehörige haben, da diese Aufgabe bei den Kommunen liegt. „Soweit ich weiß, gibt es keine dänischen Unternehmen, die eine Politik für Angehörige haben“ (DK P2: C192).

Kasten 38: Fazit der Oberkategorie hinderliche Aspekte Dänemark.

Fazit DK. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen kann laut der Experten hinderlich beeinflusst werden durch ein zu **geringes politisches Engagement, durch eine mangelnde Flexibilität am Arbeitsplatz**, vor allem im Vergleich zu den Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf und in Bezug auf die aufzuführenden Tätigkeiten der Arbeit. Hier wurde deutlich, dass es **keine einheitliche personalpolitische Regelung** gibt. Weiterhin konnte exploriert werden, dass viele pflegende Angehörige vorzeitig aus der Erwerbstätigkeit aussteigen. Die **Unternehmenskultur** kann die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen durch ein geringes Verständnis des Arbeitgebers und eine hohe Privatsphäre hinderlich beeinflussen. Viele dänische Unternehmen verfügen nicht über eine Politik für Angehörige, da diese Aufgabe bei den Kommunen liegt.

3.4.3 Forschungsfrage 3

Ausgehend von der Forschungsfrage „*Was sollte aus Sicht der Experten bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark berücksichtigt werden?*“ und den beiden zugehörigen Auswertungsfragen wurde auch hier in die Oberkategorien *förderliche* und *hinderliche Faktoren*, die für die Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige berücksichtigt werden sollte, unterteilt. Zur Exploration der subjektiven Einschätzung der Experten wurden wie vorherig die beiden Auswertungsfragen durch das Selektionskriterium und das Abstraktionsniveau definiert (s. Kap. 3.3). Demzufolge wurden aus den Themen des Leitfadens und des vorab festgelegten Abstraktionsniveaus die Oberkategorien der förderlichen Faktoren in Deutschland und Dänemark sowie die hinderlichen Faktoren in Deutschland und Dänemark gebildet. Aus dem Material heraus wurden induktiv dazugehörige Unterkategorien gebildet. Die Abbildung 48 visualisiert eine Übersicht über die Oberkategorien der dritten Forschungsfrage.

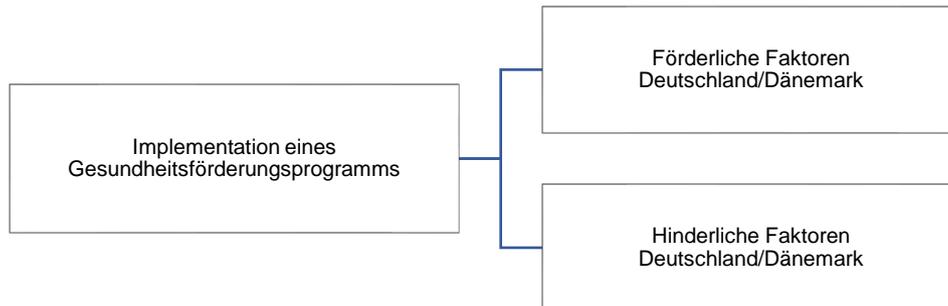


Abbildung 48: Kategorienbaum der dritten Forschungsfrage.

Oberkategorie I: Förderliche Faktoren Deutschland

Der folgende Abschnitt stellt die förderlichen Faktoren, die bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige aus Sicht von deutschen Experten berücksichtigt werden sollte, dar. Es konnten induktiv folgende Unterkategorien gebildet werden: *Erreichbarkeit der Zielgruppe durch Kooperationen*, *Informationen über das Intranet*, *Vertrauensperson* und *zielgerichtete und personenzentrierte Maßnahmen*. Die Abbildung 49 stellt die Oberkategorie mit den jeweiligen Unterkategorien für die förderlichen Faktoren in Deutschland dar.

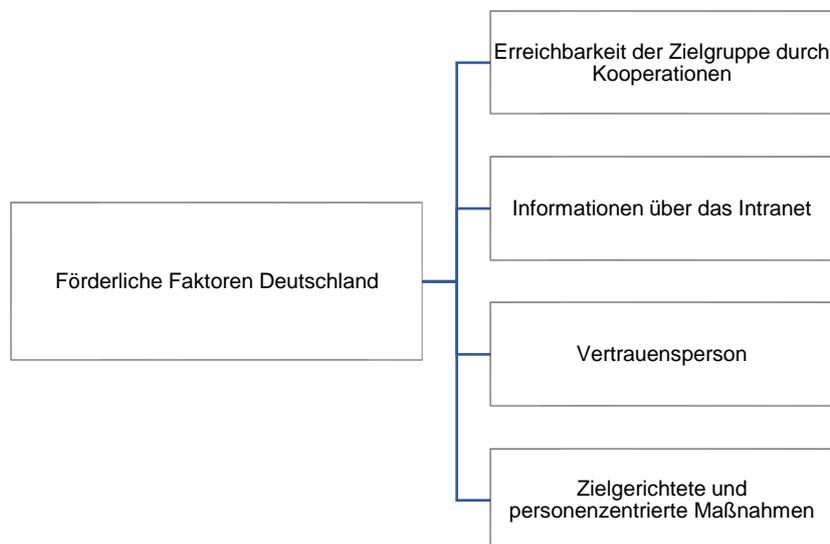


Abbildung 49: Kategorienbaum der dritten Forschungsfrage – Förderliche Faktoren Deutschland.

Erreichbarkeit der Zielgruppe durch Kooperationen. Aus den Aussagen der deutschen Experten konnte entnommen werden, dass es förderlich wäre, wenn Unternehmen sich zusammenschließen, um die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu verbessern und eine adäquate Teilnehmeranzahl zu rekrutieren. Dies wäre vor allem für Unternehmen mit wenigen Mitarbeitern eine gute Lösung, wie die nachfolgenden Textausschnitte verdeutlichen.

„B2: Und dann ist ja auch die Frage, muss es ein Unternehmen geben, dass das komplett anbietet oder ich denke, wenn wir jetzt ein Unternehmen haben mit 25, 26 oder 30 Mitarbeitern, dann zu sagen, es gibt das dann irgendwo angebunden und mehrere kleine Unternehmen tun sich zusammen, damit ich in den kleinen Unternehmen nicht nur zwei oder wenn überhaupt drei Leute in den Modulen sitzen habe, die einen Angehörigen pflegen und betroffen sind, sondern man die Betroffenen aus den kleinen Unternehmen an einem zentralen Ort zusammenkommen lässt. Also zwei Unternehmen kooperieren miteinander und dann findet das vielleicht in der VHS statt, um mehr Leute zusammenzubringen, damit sich das dann auch lohnt“ (DE P2: C14).

„B1: Ja, um alle zusammenzubringen und zu bündeln, weil wenn ich vielleicht 25 Angestellte hab, hab ich vielleicht ein oder zwei, die es betrifft und um dann einen Kurs anzubieten, wären das schon echt wenig Teilnehmer“ (DE P2: C15).

Informationen über das Intranet. Die Kursangebote für pflegende Angehörige sollten nach Meinung der Experten über das Intranet des jeweiligen Unternehmens kommuniziert werden und Informationsmaterial bereitgestellt werden. Außerdem kann ein Forum dem Austausch untereinander dienen: „Im Intranet, wo alle Informationen für alle Mitarbeiter bereitstehen und dann haben wir ein Forum noch, wo man immer mal was dazu äußern kann“ (DE P4: C7).

Vertrauensperson. Eine Vertrauensperson im Unternehmen als Ansprechpartner für pflegende Angehörige sowie der Austausch untereinander während der Kurseinheiten sollte bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes laut der Experten mitberücksichtigt werden (DE P2: C13, C18). „Und vielleicht braucht es auch eine Ansprechperson zum Thema Pflege im Unternehmen, man hat ja immer so innerbetriebliche, wo man hingehen kann, wenn man zum Beispiel suchterkrankt ist, also so eine Vertrauensperson, vielleicht wäre sowas auch nochmal wichtig, wenn man weiß, da gibt es eine Kollegin oder einen Kollegen, der hat die ein oder andere Information für mich, aber da kann ich auch mal hingehen, wenn mir das Wasser bis zum Hals steht und einfach mal sagen, ich schaffe es nicht“ (DE P2: C17).

Zielgerichtete und personenzentrierte Maßnahmen. Bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige sollte berücksichtigt werden, dass die Maßnahmen zielgerichtet und personenzentriert für die jeweilige Zielgruppe des Unternehmens konzipiert werden: „Das kommt glaube ich aufs Klientel an, also ich habe jetzt erwerbstätige pflegende Angehörige, die sind fachlich geschult, die wissen, wie arbeite ich rückenschonend, das ist ein ganz anderes Bedürfnis, als wenn ich pflegender Angehöriger bin aus einem ganz anderen Bereich“ (DE P5: C19).

Kasten 39: Fazit der Oberkategorie förderliche Faktoren Deutschland.

Fazit DE. Aus den Aussagen der deutschen Experten konnte für die Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige entnommen werden, dass es förderlich sein könnte, **wenn kleine Unternehmen sich zusammenschließen**, um eine angemessene Teilnehmerzahl zu rekrutieren und somit die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu verbessern. Die Kursangebote für pflegende Angehörige sollten über das **Intranet** des jeweiligen Unternehmens kommuniziert und Informationsmaterial bereitgestellt werden. Dabei kann laut der Experten ein Forum dem Austausch untereinander dienen. Eine **Vertrauensperson** im Unternehmen als Ansprechpartner für pflegende Angehörige sowie der Austausch untereinander während der Kurseinheiten sowie eine zielgruppenspezifische und personenzentrierte Konzeption der Maßnahmen sollte bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes mitberücksichtigt werden.

Oberkategorie II: Förderliche Faktoren Dänemark

In dem folgenden Abschnitt werden die förderlichen Faktoren, die bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige aus Sicht von dänischen Experten berücksichtigt werden sollten, dargestellt. Dabei konnten die induktiven Unterkategorien aus dem Datenmaterial gebildet werden: *Während der Arbeitszeit*, *Einführung von Pflagetagen*, *Entwicklung eines kommunalen Konzeptes (politische Gleichheit)*, *Erreichbarkeit der Zielgruppe durch Kooperationen* und *zielgerichtete und personenzentrierte Maßnahmen*. Die Abbildung 50 stellt die Oberkategorie mit den jeweiligen Unterkategorien für die förderlichen Faktoren in Dänemark dar.

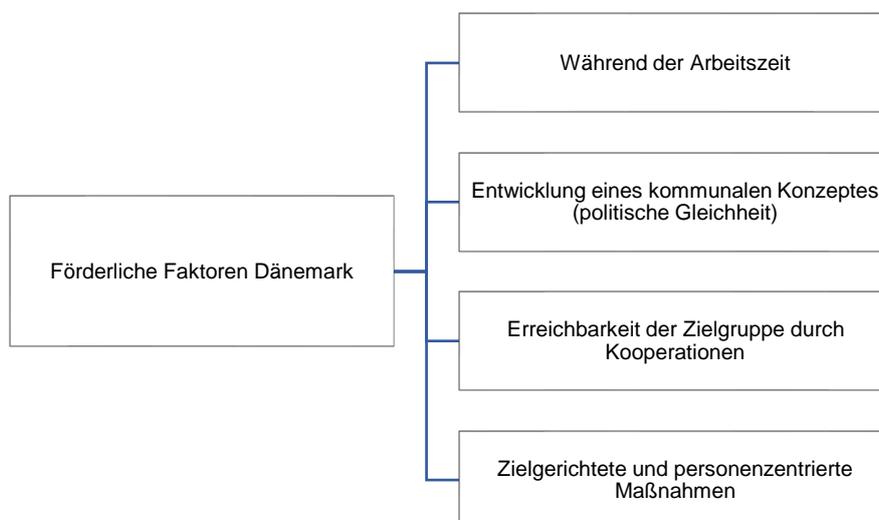


Abbildung 50: Kategorienbaum der dritten Forschungsfrage – Förderliche Faktoren Dänemark.

Während der Arbeitszeit. Aus den Äußerungen der Experten konnte exploriert werden, dass es förderlich wäre, wenn Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige während der Arbeitszeit stattfinden würden, dabei insbesondere die Gesetzgebung mitwirken (DK P6: C30) und die Vorgesetzten die Teilnahme unterstützen würden. Die nachfolgenden Textausschnitte stellen dies deutlich dar:

„[...] und man würde das während seiner Arbeitszeit machen, sodass es nichts ist wo man auf dem Weg nach Hause noch hin muss oder (I: Ja) wofür man sich in seiner Freizeit noch Zeit nehmen muss, also da ist der Unterschied wirklich groß, aber sodass man das als einen Teil der Arbeitszeit integrieren könnte, weil es auch dem Arbeitgeber etwas gibt“ (DK P8: C36).

„[...] man könnte also Vereinbarungen treffen, dass sie die Arbeitszeit für solche Kurse nutzen können“ (DK P5: C44). Es wurde hierbei auch von Erfahrungen mit Kursangeboten berichtet, die während der Arbeitszeit in Anspruch genommen werden konnten: *„[...] aber einige von ihnen, haben eine Vereinbarung mit ihrem Arbeitgeber darüber gehabt, dass sie es in ihrer Arbeitszeit machen durften“ (DK P5: C41).*

Weiterhin konnte exploriert werden, dass während der Arbeitszeit Online-Angebote gut genutzt werden könnten und gleichzeitig für mehr Flexibilität sorgen würden: *„[...] also ich habe momentan eine Zeitlang mit Online-Angeboten gearbeitet (I: Hmm). Also verbessert man die Flexibilität, die in diesem Ansatz liegt. (I: Ja) Weil man es dann machen kann, auch wenn es dort die eine Hälfte Arbeitszeit und die andere Hälfte Freizeit ist, wie Du sagst, dann gibt es plötzlich einige Dinge, mit denen man spielen kann“ (DK P8: C38).*

Entwicklung eines kommunalen Konzeptes (politische Gleichheit). Für die Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige wäre es laut der Experten bedeutsam, wenn es eine politische Regelung für alle Kommunen in Dänemark geben würde (DK P8: C25). Hieran wird momentan noch gearbeitet, wie in dem nachfolgenden Textausschnitt deutlich wird: *„Schließlich sind es die Kommunen, die eine größere Verantwortung für Rehabilitation und Prävention tragen (I: Hmhm) und das ist die Regie auf die man aufpassen muss, also ihre Rolle in Dänemark. Aber sie hatten nicht viele Fähigkeiten dafür. (I: Ja) Und in der Tat helfen wir, ein Verständnis aufzubauen, das besagt, dass es viel besser ist, eine zentral entwickelte Intervention durchzuführen, oder dass zumindest die Kommunen ihre eigenen machen müssen. (I: Ja) Also unser Modell in Zusammenarbeit mit den Kommunen zählt in dieser Frage zu einer so seltsamen Sache, weil wir es gerade vollständig in die Kommune integriert haben“ (DK P8: C24).*

Erreichbarkeit der Zielgruppe durch Kooperationen. Es konnte festgestellt werden, dass eine allgemeine Maßnahme im Sinne einer Informationsvermittlung zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf hilfreich sein könnte:

„B2: Ja, aber ich denke, es liegt ein Teil in einem unterrichtenden Teil, von dem man sagen kann, dass dieser für alle Angehörigen etwas Allgemeines sein kann, unabhängig davon (I: welche Diagnose), ja, und ob sie aus einer privaten Firma oder einem privaten oder kommunalen Unternehmen kommen oder (I: Hmhm) was auch immer es ist, dass man auf dem Arbeitsmarkt macht, das wird für jeden etwas sein. (I: Ja) Und ich denke, es ist ganz einfach, und hier sollten wir meiner Meinung nach tatsächlich mit einem Jobcenter zusammenarbeiten. (I: Ja) Es könnte Angehörigen bei der Arbeit helfen oder es gibt verschiedene Themen und es könnte auch in der Kommune stattfinden“ (DK P6: C29).

Zielgerichtete und personenzentrierte Maßnahmen. Die dänischen Experten halten es für wichtig, dass die Maßnahmen eines Gesundheitsförderungsprogrammes zielgerichtet und personenzentriert sind, d.h. dass diese individuell auf die Person, die Unterstützung benötigt, angepasst werden sollten, um die Lebensqualität der Mitarbeiter zu erhöhen (DK P7: C34). „Was wir tatsächlich wissen, ist, dass man durch diese personenzentrierten Maßnahmen und durch gezielte Unterstützung und Beratung, Aufklärung, soziale Gemeinschaft und die Möglichkeit gemeinsamer Aktivitäten für Angehörige und Familien eine höhere Lebensqualität erzielen kann, [...] also für die Kommunen sind das sehr große Vorteile, d.h. sie erreichen sowohl die Angehörigen, die nicht krank werden und den Arbeitsmarkt nicht verlassen, aber gleichzeitig reduzieren sie auch einige Kosten für den Patienten, da der Patient erst später in ein Pflegeheim umzieht oder überhaupt nicht in ein Pflegeheim umzieht. (I: Ja) Und es ist ein sehr, sehr großes Thema, also müssen wir darüber reden“ (DK P7: C35).

Kasten 40: Fazit der Oberkategorie förderliche Faktoren Dänemark.

Fazit DK. Als förderliche Faktoren zur Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige konnte festgestellt werden, dass Maßnahmen, die **während der Arbeitszeit** in Anspruch genommen werden können und eine Mitwirkung in der dänischen Gesetzgebung sowie eine Unterstützung zur Teilnahme von den Vorgesetzten und digitale Angebote hilfreich sein könnten. Weiterhin war die **Einführung** einer bestimmten Anzahl von **Pflegetagen** im Jahr bedeutsam. Förderlich für die Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes war laut der Experten, wenn es eine **politische Regelung für alle Kommunen** in Dänemark geben würde, woran derzeit gearbeitet wird. Es konnte außerdem herausgefunden werden, dass eine allgemeine Maßnahme in Form einer Informationsvermittlung zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf hilfreich sein könnte. Die Maßnahmen eines Gesundheitsförderungsprogrammes sollten **zielgerichtet und personenzentriert** ausgerichtet sein, sodass diese individuell auf die Bedürfnisse der Person angepasst werden können, um die Lebensqualität zu erhöhen.

Oberkategorie III: Hinderliche Faktoren Deutschland

Nachfolgend werden die hinderlichen Faktoren, die bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige aus der Sicht von deutschen Experten berücksichtigt werden sollten, dargestellt. Es konnten die Unterkategorien *geringe Motivation der Mitarbeiter/Angehörigen*, *schlechte Erreichbarkeit der Zielgruppe* und *während der Arbeitszeit (zu lange)* aus dem Datenmaterial gebildet werden. Diese sind in der Abbildung 51 dargestellt.

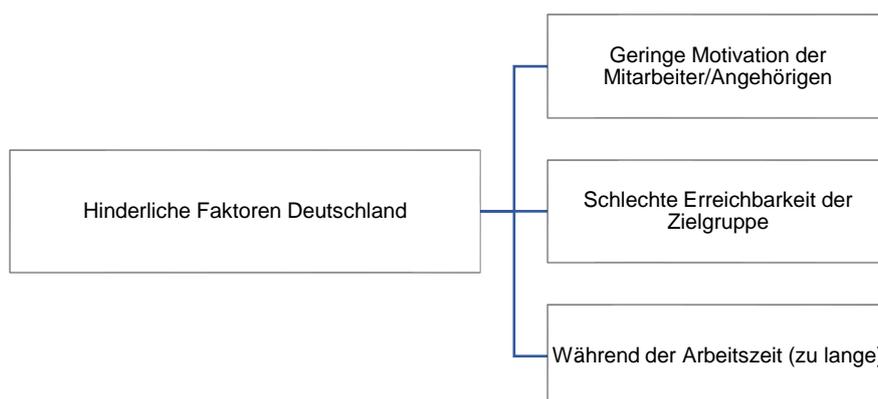


Abbildung 51: Kategorienbaum der dritten Forschungsfrage – Hinderliche Faktoren Deutschland.

Geringe Motivation der Mitarbeiter/Angehörigen. Hinderlich für die Inanspruchnahme eines Gesundheitsförderungsprogrammes könnten sich laut der Experten die Implementierung in den Alltag hinsichtlich einer Verhaltensänderung auswirken, da Routinen verändert werden müssten: *„Ok, also wer hält das denn nach, also wer kontrolliert denn sozusagen, dass diese Module zu 90 Minuten umgesetzt worden sind? Ich frage deswegen so ganz doof, weil wenn ich da an mich selber denke, das klingt ja immer so ganz super, aber man hat ja so seinen Trott, in dem man nun mal drin steckt und da den Alltag zu verändern ist sehr schwer, also schwieriger, als ich selbst dachte und man weiß ja auch, ok das sind alles gute Dinge und man sollte das auch unbedingt nutzen, aber das in den Alltag zu integrieren ist gar nicht so einfach, ich müsste eigentlich alle zwei Tage ins Fitnessstudio, aber das Sofa lockt dann doch nun mal mehr und deswegen frage ich da so doof mal nach“* (DE P4: C3). Außerdem wurde die Nachhaltigkeit der Maßnahmen und Umsetzung im Alltag als *„eine ganz ganz große Schwierigkeit“* benannt (DE P4: C8).

Schlechte Erreichbarkeit der Zielgruppe. Es konnte weiterhin festgestellt werden, dass ein solches Programm eine verpflichtende Teilnahme beinhalten sollte, um die Inanspruchnahme zu gewährleisten. *„[...] , dass man dann auch verpflichtend dran teilnimmt, ja, soweit würde ich tatsächlich gehen, ansonsten habe ich die große Befürchtung, dass das aber leider viel zu wenig genutzt wird“* (DE P4: C10).

Während der Arbeitszeit (zu lange). Laut der Äußerungen der Experten wären 90 Minuten als Kurslänge während der Arbeitszeit bzw. nach Feierabend zu lange, sodass dies sich hinderlich auf die Inanspruchnahme auswirken könnte (DE P3: C12; DE P4: C6).

„Also ich denke so 10 Minuten, das investiert man eher, aber, wenn ich daran denke, ich soll mich 90 Minuten noch am Tag daransetzen und habe eben den Tisch voll, ne dann mache ich das gar nicht. Also und dann während der Arbeitszeit muss ich gestehen ist so eine weitere Hürde, nicht nur, dass ich dann daran teilnehme, sondern das ist dann eben auch noch meine Freizeit, die ich dafür investiere, da macht man es echt eher, wenn es nicht so viel Zeit beansprucht“ (DE P4: C11).

Kasten 41: Fazit der Oberkategorie hinderliche Faktoren Deutschland.

Fazit DE. Hinderlich für die Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes könnten sich laut der deutschen Experten die **Implementierung in den Alltag** hinsichtlich einer Verhaltensänderung auswirken, da Routinen verändert werden müssten. Weiterhin sollte das Programm eine verpflichtende Teilnahme voraussetzen, um die **Inanspruchnahme** zu gewährleisten. Laut der Äußerungen der Experten waren 90 Minuten als **Kurslänge** während der Arbeitszeit bzw. nach Feierabend **zu lange**, sodass dies sich hinderlich auf die Inanspruchnahme auswirken könnte.

Hinderliche Faktoren Dänemark. Von den dänischen Experten wurden keine hinderlichen Faktoren für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen genannt, da es bislang keine gesetzliche Regelung für Unternehmen diesbezüglich in Dänemark gibt. Aus diesem Grund fühlen sich die Kommunen laut eines Experten teilweise nicht verantwortlich, erwerbstätige pflegende Angehörige zu unterstützen (vgl. DK P9: C39).

3.4.4 Forschungsfrage 4

Ausgehend von der Forschungsfrage *„Wie würden die Experten ein bestehendes Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland bzw. in Dänemark weiterentwickeln?“* und den drei zugeordneten Auswertungsfragen wurde in die Oberkategorien *inhaltliche Aspekte*, *Rahmenbedingungen* und *Barrieren* eingeteilt, die für die Weiterentwicklung eines bestehenden Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige berücksichtigt werden sollten. Die Ergebnisdarstellung der einzelnen Oberkategorien erfolgt in diesem Kapitel aufgrund der Übersichtlichkeit und der daraus resultierenden Weiterentwicklung des Gesundheitsförderungsprogrammes erst gesamt für Deutschland und dann für Dänemark. Zur Exploration der subjektiven Einschätzung der Experten wurden auch hier die Auswertungsfragen durch das Selektionskriterium und das

Abstraktionsniveau definiert (s. Kap. 3.3) und aus den Themen des Leitfadens und des vorab festgelegten Abstraktionsniveaus die Oberkategorien gebildet. Die induktiven Unterkategorien wurden aus dem Material gebildet. Die Abbildung 52 visualisiert eine Übersicht über die Oberkategorien der vierten Forschungsfrage.

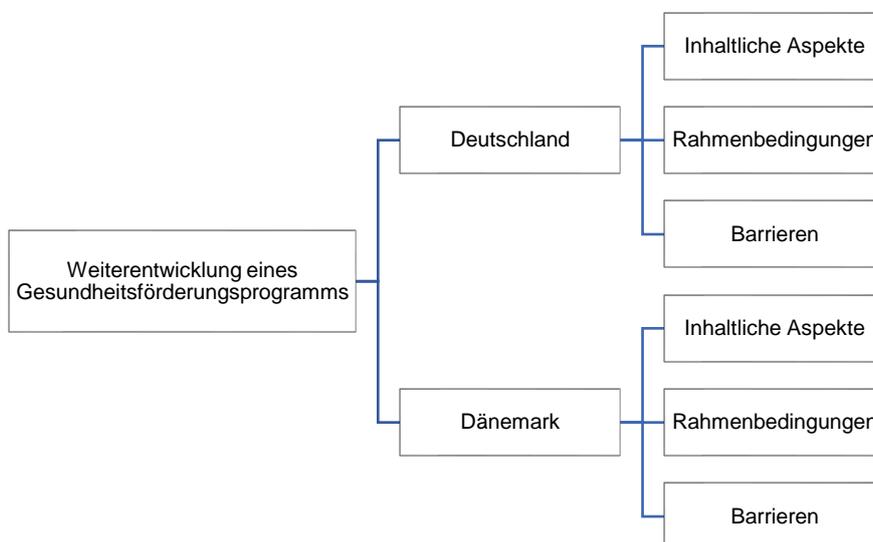


Abbildung 52: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage.

Oberkategorie I: Inhaltliche Aspekte Deutschland

Der folgende Abschnitt stellt die inhaltlichen Aspekte, die bei der Weiterentwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige aus Sicht der deutschen Experten berücksichtigt werden sollten, dar. Es konnten induktiv folgende Unterkategorien gebildet werden: *Ressourcenstärkung, Zeitmanagement, Stärkung und Erhalt der Muskulatur, Informationsmodul, Kommunikation, Konfliktlösung, körperliche Aktivität, Entspannung und Achtsamkeit* und *Vermittlung von gesundheitsfördernden Angeboten*. Die Abbildung 53 stellt den Kategorienbaum für die Berücksichtigung der inhaltlichen Aspekte in Deutschland dar.

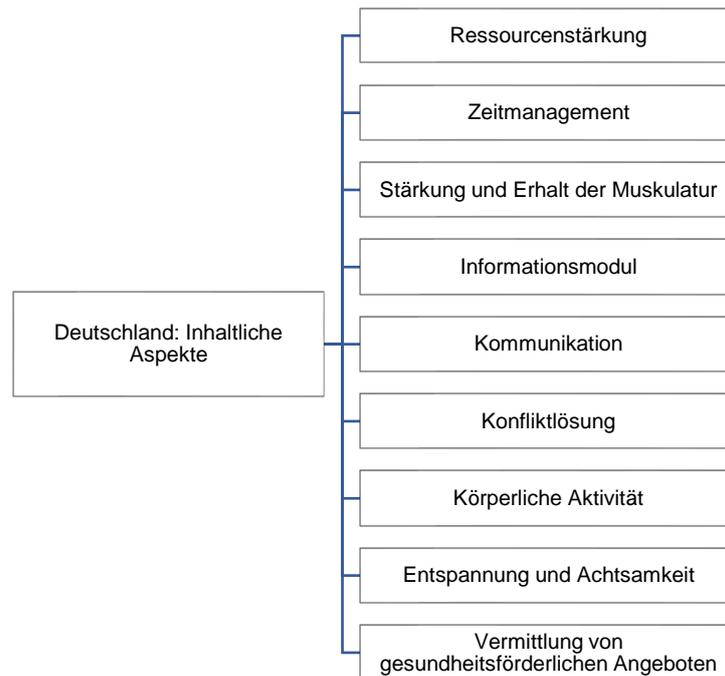


Abbildung 53: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage – Inhaltliche Aspekte Deutschland.

Ressourcenstärkung. Die deutschen Experten sahen es als bedeutsam an, dass innerhalb eines Gesundheitsförderungsprogrammes die Ressourcen der pflegenden Angehörigen gestärkt werden, sodass diese einen gesundheitsförderlichen Lebensstil verfolgen und sich Zeit für sich selbst nehmen, um ein Maß an Lebensqualität trotz der Belastungen zu haben. Die nachfolgenden Textausschnitte belegen die Wichtigkeit.

„Mhh...es geht ja darum, bei den pflegenden Angehörigen ist es ja häufig dann so, dass wenn die zum Beispiel 10 Jahre gepflegt haben, die ganz oft sagen, wo ist mein Leben geblieben? (I: Ok, also eine Lebensaufgabe fällt dann weg.) Ja, die wissen dann nicht mehr, was macht mir eigentlich Spaß, oder hat mir überhaupt vor der Pflege Spaß gemacht, also so richtig Kraftquellen, also wie Sorge ich für mich. [...] Das andere ist ja nicht nur, ich gebe Kraft und dann hole ich mir Kraft über Yoga, sondern es geht nochmal um die andere Geschichte, das ist so Kraftquelle mit Lebensqualität, ich finde im Moment keinen anderen Begriff dafür und das wäre so etwas, das würde für mich da nochmal so reingehören“ (DE P1: C2).

„Ja, genau und selber zu entdecken, wo sind denn meine Kraftquellen und daraus dann wieder Ressourcen zu schöpfen“ (DE P1: C4).

„Die vereinsamen ganz oft. Dann, je nachdem wie sich der zu pflegende Mensch verändert, oder wenn vielleicht noch demenzielle Veränderungen hinzukommen, dann bricht auch der Freundeskreis weg, weil es da Berührungspunkte einfach gibt. Und es geht halt nochmal darum, das eigene Leben neben der Pflege nicht zu vergessen. Ich sage mal so, der Erhalt der eigenen Lebensqualität, was bei dem zu Pflegenden oft einwandfrei funktioniert, muss

auch bei dem Pflegenden gewährleistet werden. Und nochmal bewusstmachen, hey, du hattest mal Hobbies, was ist aus denen geworden, wo ist das, gibt es da irgendwo einen Erhalt? Diesen Komplex würde ich als Anregung mit in das Konzept mit reinnehmen“ (DE P1: C5).

Zeitmanagement. Weiterhin konnte exploriert werden, dass das Zeitmanagement für pflegende Angehörige eine wichtige Rolle spiele, sodass die pflegenden Angehörigen die Freizeit nach ihren Bedürfnissen gestalten können.

„Es gibt ja dann auch für die Menschen, die Unterstützung einfach brauchen, die einfach sagen, einmal zum Frisör gehen, das ist wie Urlaub, dass die sich die Zeit nehmen und wie wichtig diese Momente sind. Und mir die Zeit für solche Momente nehmen, aber da muss ich natürlich sensibilisiert für sein, was macht mir Spaß, was will ich erhalten, also auch eine Priorisierung und wie baue ich das in meinen Alltag ein“ (DE P1: C7).

„Ja, dann geht es wirklich darum, sich vielleicht nur mal eine halbe Stunde in den Garten zu setzen oder sonst was machen, was einem guttut. Oft sind es ja auch Frauen, die noch so viele andere Verpflichtungen haben, wenn vielleicht auch noch Kinder da sind und dass dann alles unter einen Hut zu bringen, die brennen dann eben auch schnell aus“ (DE P1: C8).

Stärkung und Erhalt der Muskulatur. Die deutschen Experten bewerteten die Stärkung und den Erhalt der Muskulatur als wichtig für pflegende Angehörige, da sie bei einer Pflegesituation häufig auch körperliche Belastungssituationen zu bewältigen haben:

„Ich denke die Stärkung der Muskulatur ist wichtig, aber auch der Erhalt der Muskulatur“ (DE P1: C9).

„[...] durch gezielte Übung oder Bewegung die Muskeln zu stärken“ (DE P3: C20).

Informationsmodul. Aus den Äußerungen der deutschen Experten konnte entnommen werden, dass ein Modul mit Informationen, wie mit einer Pflegesituation ressourcenorientiert umgegangen werden kann, welche Unterstützungsangebote es gibt und welche gesetzlichen Maßnahmen geltend gemacht werden können, im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprogrammes, hilfreich sein kann.

„Also die Informationen fehlen hier auf jeden Fall, die benötigen die Menschen“ (DE P4: C11).

„[...] und wenn die dann die Informationen hätten, dass man sich da Unterstützung und Hilfe holen kann und in welchem Rahmen das möglich ist, dann könnten die Leute auch eher ihren Hobbies und Interessen wieder ein bisschen nachkommen und das wäre ganz wichtig“ (DE P3: C22).

„Also nochmal kurzgefasst, man sollte die Informationen als pflegender Angehöriger erhalten und zwar lebenspraktisch und an meine Situation auch zu Hause angepasst und eine Hilfe bei der Antragstellung und dann natürlich auch ein paar fachliche Informationen. Und natürlich sollte es auch so Kurse geben, wie pflegende Angehörige, wo man allgemeines Wissen nochmal weitergibt“ (DE P5: C52).

Kommunikation. Das Thema Kommunikation spielt laut der deutschen Experten in einer Pflegesituation eine bedeutende Rolle, da dort häufig Konflikte mit dem zu Pflegenden auftreten.

„Und das Modul Kommunikation finde ich wirklich gut, weil man erlebt das tatsächlich häufiger, ich hatte witziger Weise erst heute dazu ein Gespräch, die Ehefrau ist pflegebedürftig, nimmt auch rapide ab und der Ehemann möchte was in die Wege leiten, kann es aber schlichtweg nicht, weil sie soweit noch alles kann, aber keine Hilfe annehmen will und der Ehemann war leider ein bisschen verzweifelt, tat mir auch wirklich leid, aber wenn die Frau das nicht möchte, das nützt das alles nichts und wie gesagt, das Modul passt zu der Thematik sehr gut und taucht häufiger auf, als man meint“ (DE P4: C12).

„Also die Kommunikation da nochmal zu schulen, sehe ich als sinnvoll“ (DE P4: C14).

Konfliktlösung. In Ergänzung zur Schulung der Kommunikation benannten die Experten im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprogrammes auch Fähigkeiten zur Konfliktlösung als bedeutsam, da es bei Auftreten einer Pflegebedürftigkeit zu Veränderungen im Alltag, aber auch in der Persönlichkeit kommen kann: *„[...] gerade Konflikte kommen in der Pflegesituation dann häufiger und man verändert sich dann ja auch, wenn man pflegebedürftig wird oder eine schlimme Diagnose erhält“ (DE P4: C13).*

Körperliche Aktivität. Aus den Äußerungen der Experten konnte abgeleitet werden, dass sie es als wichtig ansehen, im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige Maßnahmen zu berücksichtigen, die auf eine Steigerung der körperlichen Aktivität abzielen, wie die nachfolgenden Textausschnitte verdeutlichen:

„B1: Also Bewegung finde ich ganz wichtig, weil das kommt ja sowieso viel zu kurz, bei den pflegenden Angehörigen“ (DE P3: C18).

„[...] oder durch Ausdauer Stress abzubauen“ (DE P3: C21).

„B1: Für die pflegenden Angehörigen, weil die haben ja keine Zeit mehr zum Sport zu gehen oder sonst irgendwas zu machen und wenn sie dann spazieren gehen, dann gehen sie wahrscheinlich mit ihrem pflegenden Angehörigen vor die Tür, aber nicht in ihrem Tempo und einfach auch mal den Kopf frei kriegen und nicht jetzt wieder gucken, geht sie richtig oder stolpert er“ (DE P3: C19).

Entspannung und Achtsamkeit. Maßnahmen zur Entspannung und Achtsamkeit im Alltag wurde von den Experten für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf als förderlich benannt, da so die Leistungsfähigkeit bei der Arbeit verbessert werden könnte:

„[...] wenn ich aber diese Probleme im Kopf habe und ich weiß, so ich soll ja nachher noch dies dann finde ich das schon schwierig“ (DE P3: C23).

„[...] und ist man auch viel flexibler und kann individueller vorgehen und dann passt man sich an die Tagesstruktur im Unternehmen an und vielleicht kann man morgens mal 30 Minuten Entspannung anbieten oder so“ (DE P3: C28).

Vermittlung von gesundheitsfördernden Angeboten. Im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige könnten laut der Experten gesundheitsförderliche Angebote über Kooperationen vermittelt werden, sodass bedürfnisorientiert ausgewählt werden kann.

„Dass man dann einfach sagt, dann gehen wir eine Kooperation mit dem oder dem Sportverein oder dem Fitnessstudio ein, dann bieten wir das an und jeder kann nach seinen Bedürfnissen trainieren und sich bewegen“ (DE P3: C26).

„B2: Ich würde es auch so machen, ich würde viele Kooperationen aufbauen, ich sage jetzt mal mit uns, wir kommen dann in das Unternehmen, geben Vorträge und Informationen für alle und dann kommen auch wirklich die, die da Interesse dran haben und man kann da auch schon mal vorbeugen, weil vielleicht kommt der ein oder andere demnächst auch in die Situation pflegen zu müssen, dann hat man vielleicht ein Fitnessstudio, wo die sich dann bewegen und trainieren können“ (DE P3: C27).

Kasten 42: Fazit der Oberkategorie inhaltliche Aspekte Deutschland.

Fazit DE. Aus den Gesprächen mit den deutschen Experten konnte hinsichtlich der **inhaltlichen Aspekte** zur Weiterentwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes entnommen werden, dass die Maßnahmen auf **Ressourcenstärkung** zur Vermittlung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, wobei **Zeitmanagementstrategien** wichtig sind, die **Stärkung und den Erhalt der Muskulatur** sowie **körperliche Aktivität, Kommunikation und Konfliktlösetraining** und **Entspannung und Achtsamkeit** ausgerichtet sein sollten. Weiterhin konnte ein Informationsmodul über einen ressourcenorientierten Umgang mit einer Pflegesituation sowie über mögliche kommunale und gesetzliche Unterstützungsangebote als geeignet exploriert werden. Kooperationen und die Vermittlung von gesundheitsförderlichen Angeboten könnten laut der Experten eine bedürfnisorientierte und vielseitige Auswahl an Maßnahmen für die Zielgruppe bereitstellen.

Die nachfolgende Abbildung 54 stellt zusammenfassend die Nennungen der Experten zu den unterschiedlichen inhaltlichen Aspekten dar, die bei der Weiterentwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige mitberücksichtigt werden sollten. Die Abbildung visualisiert, dass 5 (19%) Äußerungen im Bereich **Ressourcenstärkung** und für ein **Informationsmodul**, 3 (12%) zur **körperlichen Aktivität**, 3 (11%) für das **Zeitmanagement** und zur **Kommunikation**, 2 (8%) zur **Stärkung und dem Erhalt der Muskulatur**, zur **Entspannung und Achtsamkeit** und zur **Vermittlung zu gesundheitsförderlichen Angeboten** und 1 (4%) zur **Konfliktlösung** von den deutschen Experten genannt wurden.

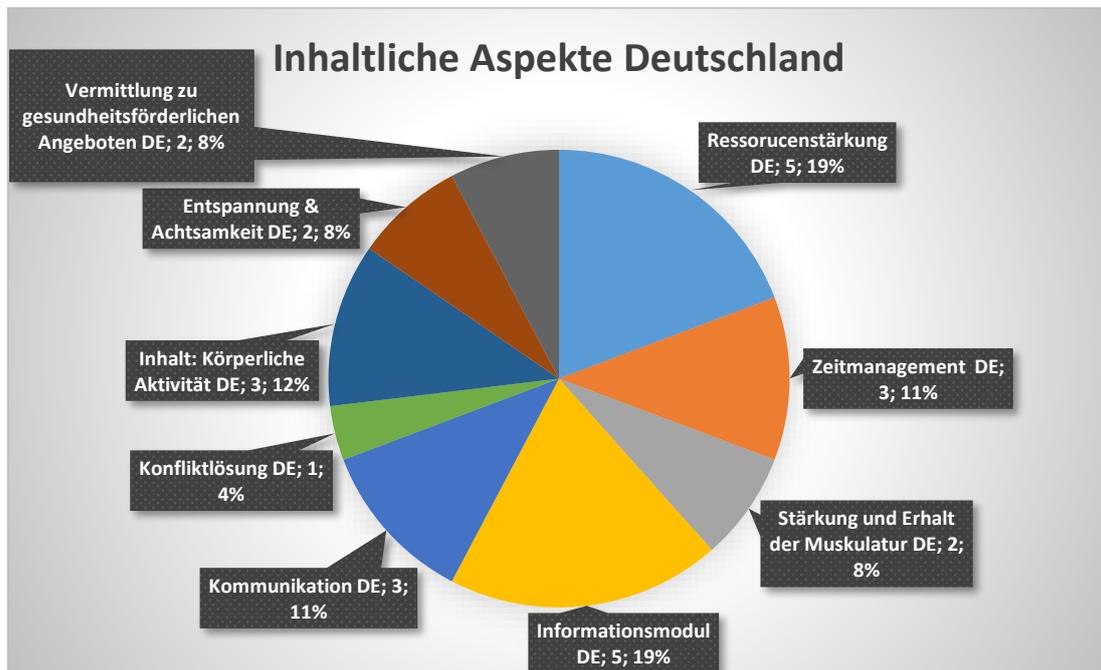


Abbildung 54: Anzahl der Nennungen zur Unterkategorie inhaltliche Aspekte Deutschland.

Oberkategorie II: Rahmenbedingungen Deutschland

Der folgende Abschnitt stellt die Rahmenbedingungen zur Weiterentwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige aus Sicht der deutschen Experten dar. Es konnten induktiv die folgenden Unterkategorien gebildet werden: *Allgemein*, wobei es um allgemeine Rahmenbedingungen geht, *spezifische Diagnosen der*

Angehörigen, zielgruppenspezifisch, Nachhaltigkeit und Arbeitszeit. Der entsprechende Kategorienbaum wird in der Abbildung 55 visualisiert.

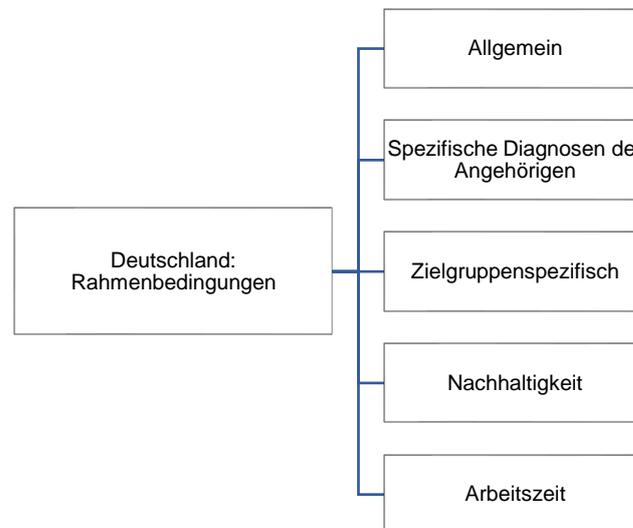


Abbildung 55: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage – Rahmenbedingungen Deutschland.

Allgemein. Hinsichtlich der allgemeinen Rahmenbedingungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitsförderungsprogrammes konnte festgestellt werden, dass es schwierig sei, dies festzulegen, da es individuell unterschiedlich in den Unternehmen umgesetzt werden würde, was in den nachfolgenden Textausschnitten deutlich wird:

„B1: Ja, das ist schwierig, man kann ja auch nicht sagen, 90 Minuten, zack ab jetzt, man muss ja erstmal runterfahren, gerade für diese Entspannungsübungen und so oder autogenes Training, da kann man ja nicht plötzlich einen Schalter umlegen und sagen, ab jetzt mache ich das, das funktioniert nie“ (DE P3: C24).

„B1: Vier Wochen ist vielleicht für den Anfang gar nicht schlecht, um erstmal zu gucken, ob man es ausbaut also thematisch oder nicht. Ob es in der Arbeitszeit ist, ist ja auch wieder so eine individuelle Geschichte, machbar oder nicht oder eben direkt vor oder nach der Arbeitszeit das dranzuhängen und den Mitarbeitern dann irgendwas dafür wiederzugeben, an Arbeitszeit oder...schwer zu sagen“ (DE P2: C32).

„[...] also vier Wochen, da habe ich meine Probleme damit, denn Autogenes Training und dergleichen, das ist etwas, das kann ich mir mal anhören, aber ich kann es in der Zeit von 90 Minuten über vier Wochen nicht umsetzen, man kann vielleicht Angebote vermitteln“ (DE P5: C57).

Außerdem wurde vorgeschlagen, dass es einen gesamten Tag als Gesundheitstag für pflegende Angehörige im Unternehmen geben könnte, an dem die Maßnahmen stattfinden, *„um sich drauf einlassen zu können“ (DE P5: C56).*

Spezifische Diagnosen der Angehörigen. Die deutschen Experten hielten es für relevant, wenn die Maßnahmen auf die Krankheitsbilder der zu pflegenden Personen ausgerichtet werden, da der Umgang mit den Belastungen entsprechend unterschiedlich sein könne (vgl. DE P2: C24). Der nachfolgende Textausschnitt belegt dieses, stellt aber auch die Schwierigkeit heraus, ob bei Implementation in einem Unternehmen ein Austausch unter Gleichgesinnten stattfinden kann.

„Und dann sollte man auch gucken, also wieder spezifisch im Unternehmen, ob man die Module da auf die spezifischen Krankheitsbilder der Angehörigen ausrichtet, aber dann ist fraglich, finde ich dort Gleichgesinnte und findet da dann ein Austausch statt“ (DE P5: C44).

Zielgruppenspezifisch. Weiterhin benannten die Experten, dass die Maßnahmen zielgruppenspezifisch für pflegende Angehörige mit Erwerbstätigkeit konzipiert sein sollten:

„Und die Spezifikation der Module hängt dann ja auch immer von der Adressatengruppe ab, einige brauchen noch zusätzliche Informationen und die Leute aus der Pflege aber nicht, zumindest nicht fachlich und wenn es jetzt ein Fitnessclub ist oder was weiß ich, da muss ich wahrscheinlich nicht die Bewegung stärken, sondern den zeigen, wie man denn jemanden richtig umlagert oder so. Also den Fokus immer auf die Adressatengruppe richten“ (DE P5: C48).

„Das kommt glaube ich aufs Klientel an, also ich habe jetzt erwerbstätige pflegende Angehörige“ (DE P5: C49).

„Und dann macht es vielleicht auch Sinn, wenn man das vielleicht so ein bisschen zielgruppenspezifisch macht“ (DE P2: C33).

Nachhaltigkeit. Aus den Äußerungen der Experten konnte exploriert werden, dass Aufbaukurse oder Wiederholungsmaßnahmen die Nachhaltigkeit eines Gesundheitsförderungsprogrammes festigen könnten, sodass die pflegenden Angehörigen eine langfristige Unterstützung bekommen.

„Das könnte ich mir tatsächlich vorstellen, dass man sagt, man hat einen Grundkurs vier Wochen lang und dass da die Menschen reinkommen, die dann neu betroffen sind von der Pflegesituation und die das gar nicht kennen und dass man dann sagt, man macht dann auch aus den Gruppen, die sich draus entwickeln fortlaufende Kurse“ (DE P2: C39).

„[...] und die Aufbaukurse sind dann außerhalb der Arbeitszeit“ (DE P2: C40).

„[...] eine Refreshing-Geschichte, weil das muss ja geübt werden im Alltag, was haben sie umgesetzt in der Zeit oder so, dass man einfach auch eine Kontinuität irgendwo begleitet hat“ (DE P5: C46).

„[...] das Ganze zu einem späteren Zeitpunkt nochmal wiederholen, um zu gucken, was konnte umgesetzt werden, wo gibt es vielleicht Probleme und wo braucht man noch Hilfestellungen“ (DE P5: C47).

Arbeitszeit. Die Meinungen der Experten, die Maßnahmen während der Arbeitszeit anzubieten waren unterschiedlich. Hierbei konnte festgestellt werden, dass eine Maßnahme während der Arbeitszeit in die Tagesstruktur passen müsse und nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen dürfe (vgl. DE P3: C29). Weiterhin sollten die Module dann kürzer, aber regelmäßig angeboten werden:

„Und wenn man es im Unternehmen anbietet, sollte man es, wie ich schon gesagt haben die Module nicht so zeitintensiv zu gestalten und dann über einen längeren Zeitraum anbieten und dann auch regelmäßig daran zu erinnern“ (DE P4: C16).

„B1: Also ich könnte mir schon vorstellen, so gedanklich, dass man einmal die Woche sagt, wir starten hier nicht um 8.00 Uhr morgens im Büro, sondern um halb 10 Uhr und dann ist hier mal der AB an solange, aber dafür habe ich die Mitarbeiter ja in ihrer Persönlichkeit gestärkt und in ihrem Stressempfinden und sie gehen ganz anders an ihre Arbeit heran, als wenn sie die Belastungen aus der Pflege immer mit sich rumschleppen, also da ist ja ein Benefit auf beiden Seiten da“ (DE P2: C42).

Weiterhin wurde vorgeschlagen, die Maßnahmen zu Beginn während der Arbeitszeit anzubieten und weiterführende Maßnahmen dann außerhalb der Arbeitszeit: *„B2: Und das ist ja dann auch die Frage, ob das dann noch in Arbeitszeit sein muss, sodass man einmal sagt, man gibt vier Wochen die Möglichkeit, dass die Betroffenen das während der Arbeitszeit machen dürfen und die Aufbaukurse sind dann außerhalb der Arbeitszeit“ (DE P2: C41).*

Es konnte außerdem festgestellt werden, dass ein Maß an Eigenverantwortung gegenüber der Inanspruchnahme von Maßnahmen auf Seiten der Zielgruppe erforderlich sei: *„[...] wann findet so etwas statt und ich denke, man kann da klar trennen, zwischen Fortbildungen, die direkt etwas mit dem Beruf zu tun haben, die finden dann in der Arbeitszeit statt, aber alles, was einfach vorsorglich ist, sollte außerhalb des Berufes stattfinden und da unterstützt der Arbeitgeber ja schon, indem er so etwas organisiert und machbar macht und gegebenenfalls auch finanziert, aber dann ist eben auch wieder die Eigenverantwortlichkeit gefragt“ (DE P5: C54).*

Kasten 43: Fazit der Oberkategorie Rahmenbedingungen Deutschland.

Fazit DE. Hinsichtlich der **Rahmenbedingungen** zur Weiterentwicklung des Gesundheitsförderungsprogrammes konnte exploriert werden, dass es schwierig ist einen **allgemeinen zeitlichen Rahmen** festzulegen, da es individuell unterschiedlich in den Unternehmen umgesetzt werden würde. Dabei kann es stundenweise während der Arbeitszeit oder in der Freizeit bzw. anteilig stattfinden oder geblockt an einem oder mehreren Tagen. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass die Maßnahmen **krankheitsspezifisch** ausgerichtet sein sollten, da der Umgang mit Belastungen unterschiedlich sein kann. Außerdem sollten die Maßnahmen **auf die Zielgruppe** der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen **ausgerichtet** sein. **Aufbaukurse** oder sich wiederholende Maßnahmen könnten die Nachhaltigkeit eines Gesundheitsförderungsprogrammes sichern, sodass die pflegenden Angehörigen eine langfristige Unterstützung bekommen. Die Meinungen der Experten, die Maßnahmen **während der Arbeitszeit** anzubieten, waren unterschiedlich. Es konnte exploriert werden, dass die Maßnahme während der Arbeitszeit nicht zu zeitintensiv sein darf. Die Maßnahmen sollten kürzer, aber regelmäßig angeboten werden. Es wurde vorgeschlagen, die Maßnahmen zu Beginn während der Arbeitszeit anzubieten und weiterführende Maßnahmen außerhalb der Arbeitszeit. Bei der Inanspruchnahme ist ein **Maß an Eigenverantwortung** auf Seiten der Zielgruppe erforderlich.

Die Abbildung 56 stellt zusammenfassend die Nennungen der Experten zu den unterschiedlichen Rahmenbedingungen eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige dar. Für die Rahmenbedingungen eines Gesundheitsförderungsprogrammes gab es insgesamt 5 Nennungen (23%) zu **allgemeinen zeitlichen Rahmenbedingungen** und dazu die Maßnahmen **während der Arbeitszeit** anzubieten, 4 (18%) Nennungen für die Kategorie der **spezifischen Diagnosen der Angehörigen**, für **zielgruppenspezifische Maßnahmen** und zur **Sicherung der Nachhaltigkeit**.

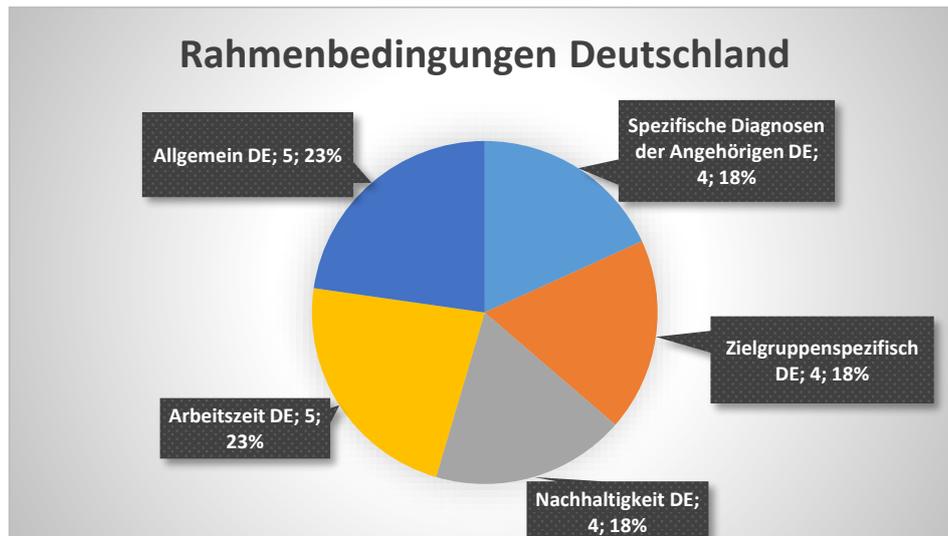


Abbildung 56: Anzahl der Nennungen zur Unterkategorie Rahmenbedingungen Deutschland.

Oberkategorie III: Barrieren Deutschland

Der folgende Abschnitt stellt die Barrieren, die bei der Weiterentwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige aus Sicht der deutschen Experten auftreten können, dar. Es konnten induktiv Barrieren hinsichtlich der *Arbeitszeit* und dem *Unternehmen als Ort* gebildet werden. Die Abbildung 57 stellt den Kategorienbaum dar.

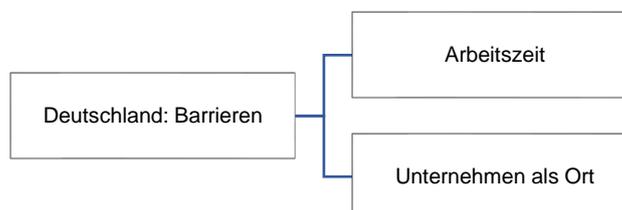


Abbildung 57: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage – Barrieren Deutschland.

Arbeitszeit. Die deutschen Experten äußerten, dass es schwierig sein könnte, die Maßnahmen während der Arbeitszeit umzusetzen: *„In der Theorie finde ich das wirklich gut, weil es ist... es geht ja um den Angehörigen, dass der Kraft schöpft, vielleicht geht das auch in einigen Unternehmen, dass man sowas umsetzen kann, aber ich stelle es mir schwierig vor“* (DE P3: C31).

„B2: Und mein Geschäft läuft vielleicht nicht mehr, wenn das während der Arbeitszeit stattfindet, wenn alle in einem kleinen Unternehmen dran teilnehmen“ (DE P2: C37).

Unternehmen als Ort. Das Unternehmen als Ort für ein Gesundheitsförderungsprogramm könnte aus Sicht eines Experten ungeeignet sein und sollte hinsichtlich der Räumlichkeiten Flexibilität aufweisen: *„[...] das eventuell ein Pflegender sich bewegen möchte, aber ich mache das doch nicht in der Firma und turne da rum und danach müsste ich auch wieder duschen“*

und sonst irgendwas, aber ich würde das im Anschluss bei uns im Ort im Fitnessstudio oder beim Sportverein, da würde ich das gern in Anspruch nehmen, da muss das ganze Konzept auch noch ein bisschen flexibler sein irgendwie“ (DE P3: C25).

Kasten 44: Fazit der Oberkategorie Barrieren Deutschland.

Fazit DE. Barrieren für die Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige konnten bei der **Umsetzung während der Arbeitszeit** und **beim Unternehmen als geeigneten Ort** festgestellt werden. Ein Experte wünschte sich bei den Räumlichkeiten bei z.B. Bewegungsangeboten mehr Flexibilität.

Die Abbildung 58 visualisiert zusammenfassend die Nennungen der Experten zu den Barrieren, die bei einer möglichen Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige auftreten können. Es konnten 6 Nennungen (86%) für die Kategorie **Arbeitszeit** verzeichnet werden und 1 Nennung (14%) für das **Unternehmen als Ort** für ein Gesundheitsförderungsprogramm.

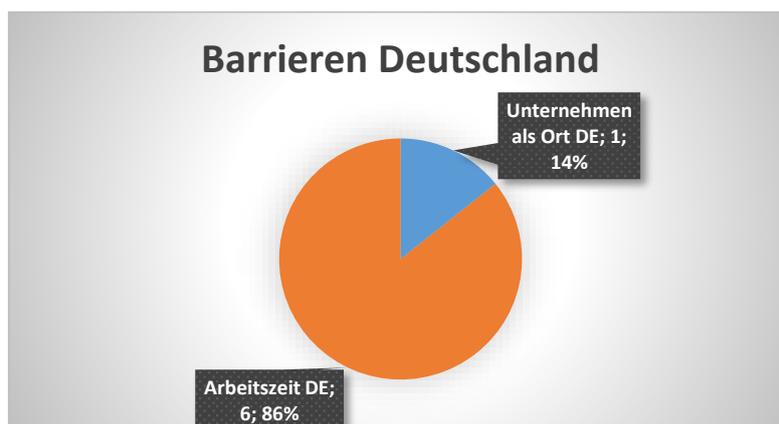


Abbildung 58: Anzahl der Nennungen zur Unterkategorie Barrieren Deutschland.

Oberkategorie IV: Inhaltliche Aspekte Dänemark

Im folgenden Abschnitt werden die inhaltlichen Aspekte, die für die Weiterentwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige aus Sicht der dänischen Experten relevant waren, beschrieben. Es konnten induktiv folgende Unterkategorien aus dem Datenmaterial gebildet werden: *Beratung zu Unterstützungsmaßnahmen & professionelle Beratung, Programm: "Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen", Rollen und Identität, Vermittlung von gesundheitsförderlichen Angeboten, Förderung der mentalen Gesundheit, Fokus auf Stressbewältigung und Kommunikation, Kommunikation,*

Konfliktlösung, körperliche Aktivität, soziale Unterstützung annehmen lernen und Schlaf. Die Abbildung 59 stellt den Kategorienbaum dar.

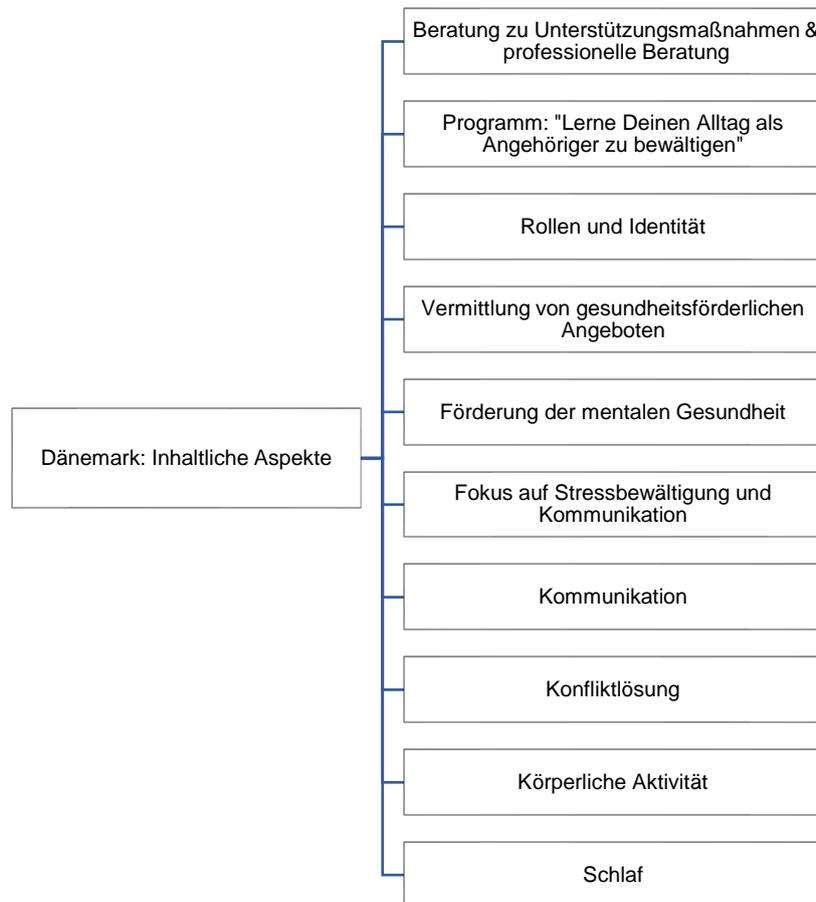


Abbildung 59: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage – Inhaltliche Aspekte Dänemark.

Beratung zu Unterstützungsmaßnahmen & professionelle Beratung. Beratung hinsichtlich der Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen für erwerbstätige pflegende Angehörige sowie Beratung zum Umgang mit einer Pflegesituation könnte laut eines Experten im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojektes thematisiert werden: *„Zum Beispiel, aber es könnte auch professionelle Hilfe sein. (I: Ja) Hilfe zum Umgang, wie bekommt man Hilfe, wie es funktioniert unter anderem, sodass die Angehörigen sich darüber bewusst sind, was für Möglichkeiten sie haben“* (DK P1: C58).

Programm: „Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“. Die dänischen Experten berichteten von einem Gesundheitsförderungsprogramm, das in einigen dänischen Kommunen durchgeführt wird und gaben die Empfehlung sich daran zu orientieren. Das Programm fokussiert vor allem Zeitmanagement und Stressbewältigung.

„Da würde ich mich an einem Kurs orientieren, den wir entwickeln mussten und der nun von den dänischen Kommunen angeboten wird. (I: Ja) Und dieser Kurs heißt ‚Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen‘ [...] Ja, der Kurs ist auf dem Stanford-Modell aufgebaut, was sich auf die Bewältigung von chronischen Erkrankungen fokussiert“ (DK P2: C59).

„Dort geht es eher um die Handlungen, nicht um das Verständnis und das Akzeptieren, dass jetzt im Leben etwas anders ist. (I: Ja) Das ist eher so eine Orientierungssache, jetzt wo die Dinge anders sind, wie gehe ich damit um. Und dafür braucht man wirklich sehr viel Zeit. (I: Ja, das ist sehr wichtig) Und auch Zeitmanagement. Das ist auch etwas worüber wir sprechen, genauso wie der Umgang mit Stress. (I: Ja) Also dieser klare Fokus darauf, dass man ein Tagesprogramm aufteilen muss, sodass die Dinge mehr rational werden [...] Also das ist etwas, was Ihr in Euer Programm auch mitaufnehmen könntet“ (DK P2: C60).

„[...] Dann reden wir mehr über das Training als über die Rolle als Angehöriger, aber sie können dort auch teilnehmen. Und es enthält einige dieser Elemente (I: Ja), die hier enthalten sind (zeigt auf das Papier)“ (DK P6: C75).

Rollen und Identität. Von einem dänischen Experten wurde berichtet, dass positive Erfahrungen mit pflegenden Angehörigen zum Thema Rollen, Identität, Selbstverständnis/Selbstbild und dem Umgang mit Stressoren gemacht wurde (vgl. DK P5: C61). Dabei ging es vor allem darum, was die Pflegesituation mit einer Person macht und wie damit umgegangen werden kann: „Ich habe mit einem Psychologen zusammen unterrichtet, also haben wir viel mit Rollen und Identität gemacht. [...] Und da hatte mein psychologischer Kollege natürlich viel auf der psychologischen Ebene, warum haben wir dieses Selbstbild und haben auch mit den Angehörigen darüber gesprochen, dass es notwendig sein könnte auch mit dem Kranken darüber zu sprechen: ‚Ja, du bist krank, aber das ist auch schwer für mich‘, wodurch man die Ressourcen beider Parteien aktivieren kann, denn es gibt wirklich viele Kranke, die ein wenig in dieser Krankseinrolle gehalten werden und dass es ihnen nicht erlaubt wird sich dort einzubringen, indem was sie können. (I: Ja) Dann ist es so, dass man als Angehörige aufmerksam ist, dass dort jemand ist, der Hilfe benötigt, der aber tatsächlich auch mit Hilfe etwas beitragen kann, sodass die Angehörigen das auch annehmen können, was wirklich so sein kann“ (DK P5: C61).

Vermittlung von gesundheitsförderlichen Angeboten. Die dänischen Experten berichteten, dass sie in ihren Kursen für pflegende Angehörige weitere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung vermitteln, wie z.B. Bewegungsangebote, Entspannungs- und Achtsamkeitskurse oder Apps für das Smartphone. So können die pflegenden Angehörigen selbst entsprechend ihrer Bedürfnisse Maßnahmen auswählen und ein breites Themenspektrum kann abgedeckt werden.

„Wir diskutieren das sehr oft, weil man sagen kann, dass Entspannung, Achtsamkeit und Erholung wirklich gut sind, um mit Stress umzugehen. (I: Ja) Wir empfehlen es und sprechen darüber, dass es in Dänemark tausende von Achtsamkeitskursen gibt. (I: Ok) Du kannst also überall hingehen und einen Achtsamkeitskurs finden. (I: Ja) Dann gibt es zahlreiche Apps für das Smartphone und es ist wirklich viel im Internet zu finden. Also haben wir entschieden, dass wir darüber sprechen und sie auswählen können, ob sie es ausprobieren möchten und wenn sie das möchten, dann müssen sie rausgehen und sich etwas Geeignetes suchen, denn es könnte auch Bewegung sein, es könnte auch Badminton sein, es könnte Stricken sein, es gibt also viele verschiedene Dinge, die entspannend und energiesteigernd sein können“ (DK P5: C62).

„Und wir haben auch einen Kurs, in dem Achtsamkeit das Training unterstützt, in dem auf alle verschiedenen Patientenverbände und Angehörigenvereine verwiesen wird [...]“ (DK P8: C88).

Förderung der mentalen Gesundheit. Die dänischen Experten sahen die Förderung der mentalen Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung, aber auch für die Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen als wichtig an.

„In Dänemark spricht man viel über mentale Gesundheit, die Prävention von Unzufriedenheit und Störungen und auch viel darüber, etwas Sinnvolles und etwas Aktives zu tun und Dinge gemeinsam mit anderen zu machen. (I: Ja) Es war also genau der Teil, in dem wir uns darüber unterhielten und sagten: ‚Wo können Sie hingehen und etwas tun, das über Ihre Aufgabe zu Hause hinausgeht und bedeutungsvoll ist? Wo können Sie etwas gemeinsam mit anderen machen? Und wie können Sie aktiv sein?‘“ (DK P5: C63).

„Wir haben das ausgewählt anstatt auf Achtsamkeit und Entspannung einzugehen, sondern auf die mentale Gesundheit und die mentale Vorbeugung von Unzufriedenheit und dann schauen wir uns an, was man für die Steigerung der mentalen Gesundheit tun kann und was Risikofaktoren sein können. (I: Ja) Und je besser man dies macht, desto besser können sie es bei sich selbst identifizieren“ (DE P5: C64).

Fokus auf Stressbewältigung und Kommunikation. Aus den Gesprächen mit den dänischen Experten konnte entnommen werden, dass in Dänemark das Thema Stress und Kommunikation eine bedeutende Rolle spielt. Vor allem Stress in der Rolle als Angehöriger und dazu auftretende Arbeitsbelastungen wurden benannt. Demnach sahen die Experten es als wichtig an Stressbewältigung und Kommunikationstraining in das Gesundheitsförderungsprogramm aufzunehmen und arbeiten ebenfalls selbst in ihren Kursangeboten damit (vgl. DK P4: C65, C66). *„B1: Das ist das Hauptthema in Dänemark, das heißt, es geht um Stress. (I: Ja) Dieser Stress ist der Mittelpunkt des Unwohlseins als Angehöriger“ (DK P8: C83).*

„[...] denn diejenigen, die Angehörige sind, sind gestresst, so wie die anderen, die gestresst sind, weil man selten nur bei der Arbeit oder nur zu Hause gestresst ist, (B2: Es ist gemischt) aber nur bei denen, wo man sich von der Arbeit fernhalten kann, aber man kann sich nicht vom häuslichen Leben und der Rolle des Angehörigen und dergleichen fernhalten. [...] Aber was eine solide Sache sein könnte, es könnte mehr präventiv sein, wenn man nur im Alltag, wo jetzt die Zeit dafür ist und es alles in Ordnung ist, wenn man es dann vorbereiten könnte, dass sie es nicht erst machen, wenn sie schon von dem Stress betroffen sind“ (DK P6: C168).

Es wurde außerdem von Studienergebnissen berichtet, die die Stressproblematik von Angehörigen mit einer Pflegesituation belegen: *„Und wenn wir uns anschauen, ich kann tatsächlich die Studie, die wir über Angehörige gemacht haben, dort sind Stress, Angstzustände, Schlaflosigkeit und solche Dinge die größten gesundheitlichen Belastungen, die sie haben. Sie haben auch Muskelverspannungen“ (DK P7: C78).*

Kommunikation. Zum Thema Kommunikation konnte laut Äußerungen der Experten festgestellt werden, dass eine offene Kommunikation mit den Kollegen und den Vorgesetzten bedeutsam ist, aber auch die Kommunikation mit der zu pflegenden Person konnte als wichtig herausgestellt werden.

„Das ist ja tatsächlich das, was ich etwas vermisse, dass man die Möglichkeit hat offen über etwas zu sprechen. (I: Ja) Und dass man mit dem Vorgesetzten darüber sprechen kann. (I: Ja, ok) Und auch mit seinen Kollegen zu sprechen. Das ist ja auch diese formelle Sache, dass die Kollegen genervt sind, wenn sie immer wieder einspringen müssen, weil ein Kollege nicht so arbeiten kann, wie er soll, da er einen kranken Angehörigen hat, um den er sich kümmern muss“ (DK P2: C100).

Es wurde berichtet, dass im Rahmen von Angeboten für pflegende Angehörige *„[...] viel zur Kommunikation, um über die schwierigen Themen und dergleichen zu sprechen“ (DK P5: C111)* gemacht wurde.

„B1: Und das ist wie ein Puzzle, die größte kommunikative Herausforderung für Angehörige ist mit der größten kommunikativen Herausforderung für chronisch Kranke identisch. (I: Hmm) Und da könnte ich nein sagen. Hier kreisen wir also sehr viel um unsere Kommunikation, eigentlich geht es darum. (B2: Hmm) Und es ist die Stärke an sich, dass man sich traut, um Hilfe zu bitten und Nein zu sagen, [...], wenn man über 10 Jahre lang nicht nein gesagt hat, kann ich verstehen, dass man sich in einer angespannten Situation befindet“ (DK P8: C146).

Weiterhin wurde berichtet, dass der Austausch in einer Gemeinschaft wichtig sei, um ein gegenseitiges Verständnis zu entwickeln: *„[...] Man muss ein Forum schaffen, eine Gemeinschaft, in der sie reden dürfen. (I: Ja) Das heißt also, es ist eigentlich so, dass man am Arbeitsplatz Freiraum schaffen muss (I: Ja), wo dann die Möglichkeit besteht, dass man ein*

solches "sense-making" schaffen kann, also eine Verständigung, einen Anfang zu machen, ein Dialog, eine Kommunikation auf viele verschiedene Arten, also darüber, was es mit einer Krankheit (I: Ja) oder anderen Dingen für eine Bedeutung hat“ (DK P7: C142).

„Zentral ist also zunächst, dass Kommunikation darin besteht, Kommunikation zu nutzen, da es die Individuen sind, die einen gemeinsamen Sinn schaffen, sodass wir ein gegenseitiges Verständnis füreinander schaffen“ (DK P7: C143).

Konfliktlösung. Die dänischen Experten sahen ein Konfliktmanagement als ein wichtiges Thema für ein Gesundheitsförderungsprogramm an, um Probleme lösungsorientiert zu bewältigen (vgl. DK P5: C110).

„B2: Es ist oft so, dass wir auch mit Konflikt- und Belastungssituationen zu tun haben, wie man miteinander kommuniziert, und es sind auch beide Angehörige beteiligt, was eine wirklich schwierige Beziehung sein kann, wenn man sich nicht einig ist, was in Bezug auf den Kranken dort passieren soll, da kann es durchaus zu vielen Konflikten kommen, aber auch in Bezug auf den Arbeitgeber, sodass man dort in Bezug auf die Bedürfnisse, die man als Angehöriger hat, im Dialog stehen kann“ (DK P8: C147).

Es wurde außerdem das Nutzen des sozialen Netzwerkes benannt, um Entlastungen durch andere Personen anzunehmen. *„Und da denke ich, dass wir ein Problem in unserer Kommunikation haben, ich bin der Meinung, dass wir es nicht klar genug aussprechen, dass wir das Netzwerk brauchen. (I: Hmm) Also, wie lösen wir Probleme und schauen dabei auch ins Netzwerk hinein“ (DK P4: C119).*

Körperliche Aktivität. Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität wurden von den Experten als wichtig angesehen, aber dies sollte individuell an die Erwerbstätigkeit und die Bedürfnisse angepasst werden, wie die nachfolgenden Textausschnitte belegen:

„Also ich würde sofort sagen, dass das Ganze wichtig ist. (I: Ja) Ein bisschen davon abhängig, wie die Situation am Arbeitsplatz ist, sollte es verschiedene Dinge geben, also die Stärkung der Muskeln kann Arbeitsplätzen wichtig sein, an denen körperliche Belastungen auftreten. (I: Ja) Das mag ein ruhiger, sitzender Arbeitsplatz sein, wo man ruhig ist, also wenn man einen einseitigen Job hat, bei dem man nur einige Muskeln verwendet, dann muss man möglicherweise auch einige andere Muskeln beanspruchen, um ein Verständnis dafür zu erlangen, aber ich denke nicht unbedingt, dass es Krafttraining sein muss, aber es kann sein“ (DK P7: C76).

„B1: Aber insgesamt mit der körperlichen Aktivität, da geht es nicht nur um Muskelaufbau. (I: Nein.) Manchmal würde ich dann denken, ich kann das nicht mit meinen kaputten Knien, aber

Joggen oder so einen Spaziergang, wo man nur geht schon, um vielleicht seinen Kopf frei zu bekommen oder vielleicht ein paar Dinge zu überlegen“ (DK P6: C70).

Schlaf. Von einer Expertengruppe wurde das Thema Schlaf benannt, um es in das Gesundheitsförderungsprogramm aufzunehmen und Praxistipps zu vermitteln, um einen guten Schlaf zu fördern.

„B2: Was ist mit Schlaf? (I: Ja) Ich denke, das könnte man auch aufnehmen. B3: Ja, weil es keine natürliche Sache ist, (B2: Nein, ist es nicht), dass man diese 7 oder 8 Stunden schläft oder was auch immer empfohlen wird. Und wenn man Angehöriger ist, ist man die ganze Zeit auf der Hut. (I & B3: Ja.) Es könnte also gut ein Thema rund um den Schlaf geben. (Alle: Ja) Wenn man es ein bisschen erweitern würde“ (DK P6: C128).

„Aber auch gut wäre: "Was mache ich, wenn ich nicht einschlafen kann?" Also, "Wie kann ich sicherstellen, dass ich überhaupt einschlafe?" Einige ununterbrochene Stunden, weil wir den Menschen viel Wissen geben können. (I: Ja) Wir können unterrichten, wir können erzählen, aber wenn es wirklich Sinn machen soll, dann muss es etwas sein, das sie auch nutzen“ (DK P6: C72).

Kasten 45: Fazit der Oberkategorie inhaltliche Aspekte Dänemark.

Fazit DK. Für die Oberkategorie der **inhaltlichen Aspekte** zur Weiterentwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige konnte herausgefunden werden, dass eine **Beratung** hinsichtlich der Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen und zum Umgang mit einer Pflegesituation wichtig sind. Die dänischen Experten berichteten von einem **dänischen Gesundheitsförderungsprogramm** mit Fokus auf Zeitmanagement und Stressbewältigung und gaben die Empfehlung, sich daran zu orientieren. Es wurden u.a. positive Erfahrungen mit pflegenden Angehörigen zum **Thema Rollen, Identität, Selbstverständnis/Selbstbild** und dem Umgang mit Stressoren gemacht. Die **Vermittlung von weiteren gesundheitsförderlichen Angeboten** im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprogrammes kann eine bedürfnisorientierte und eigenverantwortliche Auswahl der Maßnahmen auf Seiten der Angehörigen fördern. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass die **Förderung der mentalen Gesundheit** und der **Fokus auf Stressbewältigung und Kommunikation** bedeutsam sind. Hinsichtlich der Kommunikation konnte festgestellt werden, dass eine **offene Kommunikation** mit den Kollegen und den Vorgesetzten, aber auch die Kommunikation mit der zu pflegenden Person und der Austausch in einer Gemeinschaft für ein gegenseitiges Verständnis relevant ist. Weitere Themen zur Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes konnten hinsichtlich eines **effektiven Konfliktmanagements**, Maßnahmen zur **Steigerung der körperlichen Aktivität** und Praxistipps für einen **gesunden Schlaf** exploriert werden.

Die Abbildung 60 visualisiert zusammenfassend die Nennungen der dänischen Experten zu den unterschiedlichen inhaltlichen Aspekten, die bei der Weiterentwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige mitberücksichtigt werden sollten. Zu den inhaltlichen Aspekten wurden 10 Nennungen (29%) zur **Fokussierung auf Stressbewältigung und Kommunikation**, 8 Nennungen (23%) zum Thema **Kommunikation**, 3 Nennungen (8%) zum Thema **körperliche Aktivität**, zum Thema **Konfliktlösung** und zur Orientierung an dem **Programm „Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“**, 2 Nennungen (6%) zur **Vermittlung von gesundheitsförderlichen Angeboten**, zur **Förderung der mentalen Gesundheit** und zum Thema **Schlaf**, 1 Nennung (3%) zu **Beratungen für Unterstützungsmaßnahmen und professioneller Hilfe** und zum Thema **Rollen und Identität** von den dänischen Experten verzeichnet.

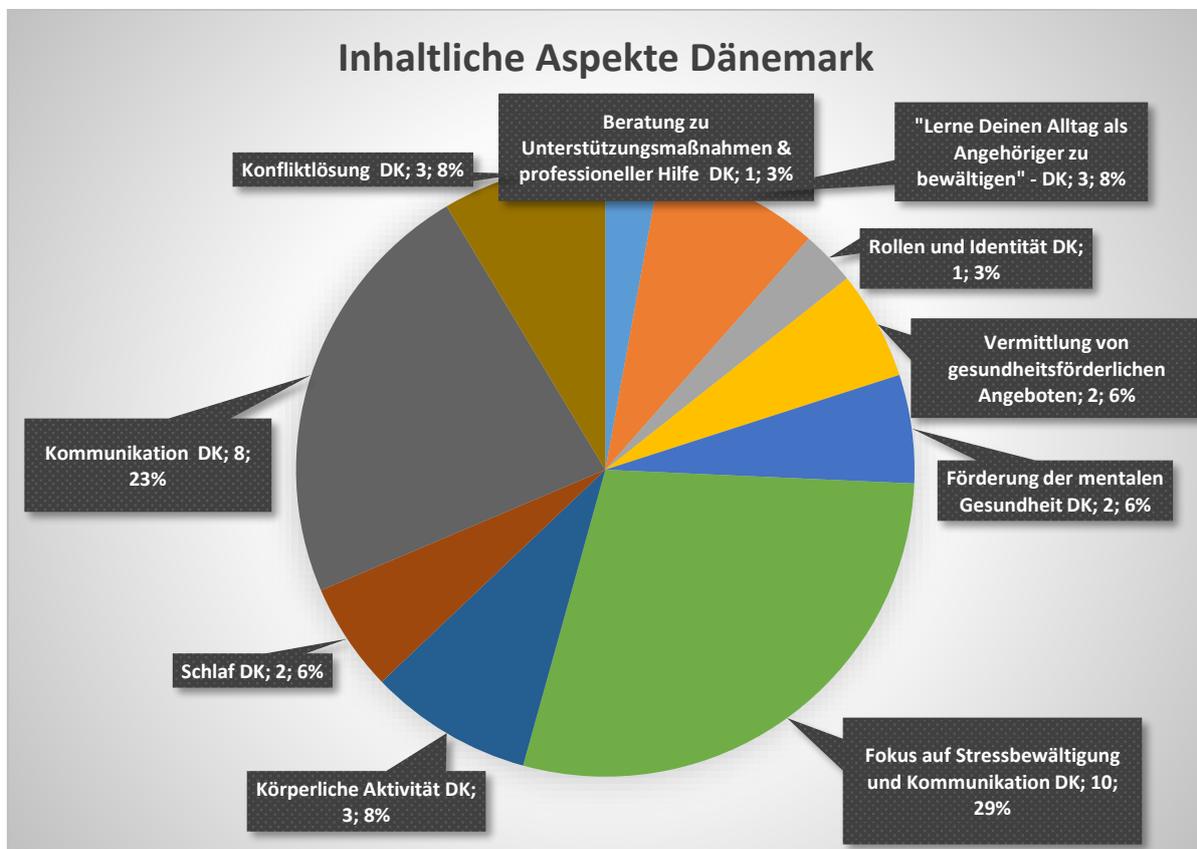


Abbildung 60: Anzahl der Nennungen zur Unterkategorie inhaltliche Aspekte Dänemark.

Oberkategorie V: Rahmenbedingungen Dänemark

In dem nachfolgenden Abschnitt werden die Rahmenbedingungen, die für die Weiterentwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige aus Sicht der dänischen Experten exploriert wurden, dargestellt. Es konnten folgende induktive Unterkategorien gebildet werden: *Allgemeine Rahmenbedingungen*,

zeitlicher Rahmen, während der Arbeitszeit, mehr Praxis als Theorie, spezifische Diagnosen der Angehörigen, spezifische Arbeitsplätze, zielgruppenspezifisch und Peer-to-Peer Ansatz. Der Kategorienbaum wird in der Abbildung 61 dargestellt.

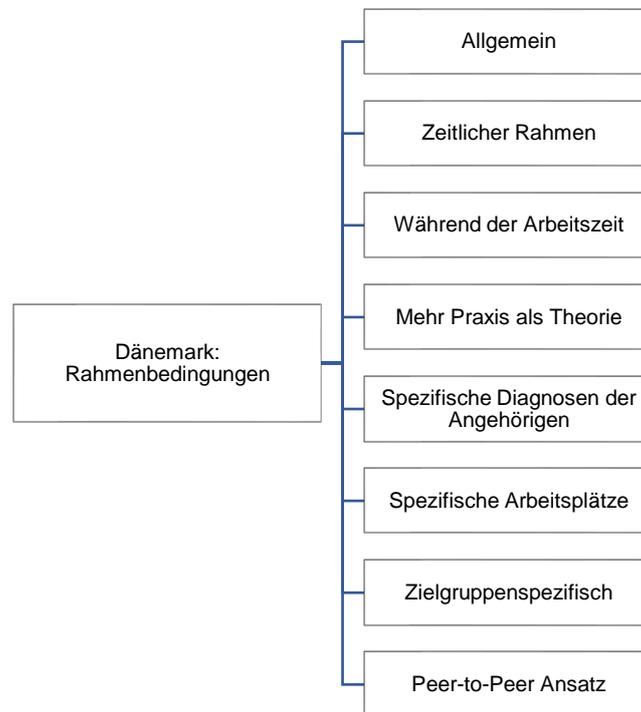


Abbildung 61: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage – Rahmenbedingungen Dänemark.

Allgemein. Zu den allgemeinen zeitlichen Rahmenbedingungen gab es unterschiedliche Äußerungen auf Seiten der Experten. Die zeitlichen Rahmenbedingungen bewegten sich dabei zwischen 6 bis 10 Wochen für 2 Stunden (vgl. DK P5: C112, C114; DK P6: C131, C132). Die nachfolgenden Textausschnitte stellen beispielhaft die Überlegungen der Experten dar.

„B2: Ja, also so wenig Aufwand wie möglich, damit sie teilnehmen können. Ich denke also über das Volumen nach. Je mehr es ist, desto besser ist es, aber desto weniger können wir sichern, dass es jemanden gibt, der die Möglichkeit dazu hat. (I: Hmm) Also kann ich verstehen, dass wir irgendwann 6 Module haben werden, also wir haben 7 Module, 7 Treffen, (I: Ja) und ich kann merken, dass es einige gibt, die Prioritäten setzen, sodass sie nur 6-mal kommen konnten, weil 7 Wochen eine wirklich lange Zeit ist, und ich denke viel darüber nach, dass das eine Barrieren in unserem Programm ist, nicht?“ (DK P8: C149).

„[...] , wenn man es unter 6 Wochen macht, dann ist die Zeit zu kurz und man muss eher Prioritäten setzen und bekommt dann nur schwer eine Gruppendynamik, wenn es länger als 8 Wochen geht, dann könnte es zu lange und zu viel sein und dann kommen einige nicht mehr“ (DK P5: C113).

Eine Expertengruppe hatte die Idee einer intensiven Woche für pflegende Angehörige: *„Es kann sinnvoll sein, eine intensive Woche zu machen. (B2: Ja sicher) [...] Ja, vielleicht an einer Hochschule oder einem anderen Ort, an dem man eine intensive Woche macht und den Angehörigen währenddessen in eine Form von Entlastung gibt“* (DK P6: C137). Weiterhin wurde konkretisiert: *„B1: Ja, und dann kommt man an eine Hochschule und bekommt einen Kurs, indem man lernt, besser mit seinem Alltag umzugehen“* (DK P6: C138).

Zeitlicher Rahmen. Hinsichtlich des zeitlichen Rahmens konnte exploriert werden, dass dieser zwischen 1 bis 2 Stunden (DK P2: C99) liegen sollte, wobei eine Länge von mehr als 60 Minuten innerhalb der Arbeitszeit als zu lang angesehen werden konnte. Die nachfolgenden Aussagen der Experten verdeutlichen dies.

„B: In den 4 Wochen arbeitet man also mit Modulen von 90 Minuten Dauer, das ist ein ganzes Fußballspiel, das ist eine Menge“ (DK P7: C140).

„Da würde ich auch sagen, dass man unter einer Stunde bleiben sollte, wenn man die Menschen aus ihrer Funktion nimmt. (B2: Ja) Dann ist da eine gute Kommunikation im Gegensatz zu ungefähr 90 Minuten. Es ist ungefähr so, wenn ich eine Stunde Zeit habe, um etwas zu tun, während ich auf der Arbeit bin. Da ist es schwer, nein zu sagen“ (DK P8: C148).

Außerdem wurde gesagt, dass die Maßnahmen eher in der Freizeit oder kurz nach dem Feierabend stattfinden sollten: *„[...] aber ich denke, wir müssen es zeitlich so legen und wir müssen es in der freien Zeit der Bürger legen oder dicht an den Feierabend“* (DK P5: C163).

Während der Arbeitszeit. Für die Unterkategorie, die Maßnahmen während der Arbeitszeit anzubieten, konnte festgestellt werden, dass die Rahmenbedingungen von 4 Wochen zu lang sein können, es Vereinbarungen mit dem Arbeitgeber getroffen werden müssen oder die Zeit in Arbeitszeit und nicht Arbeitszeit aufzuteilen (DK P8: C151).

„Aber Ihr seid der Meinung, dass es während der Arbeitszeit sein soll, also kann ich auch einen Arbeitgeber sagen hören: "Also 4 Wochen sind reichlich!" (DK P5: C115).

„[...] aber einige von ihnen, haben eine Vereinbarung mit ihrem Arbeitgeber darüber gehabt, dass sie es in ihrer Arbeitszeit machen durften“ (DK P5: C162).

Mehr Praxis als Theorie. Die dänischen Experten schlugen vor, dass die Module neben der Vermittlung von Informationen auch praktische Inhalte enthalten sollten: *„B2: Also ich denke zumindest, dass die Interventionen viel damit zu tun haben sollten, also vor allem auf einem Anwendungsniveau. (I: Ja) Und nicht nur die Wissensvermittlung“* (DK P6: C73).

„B2: Auf jeden Fall. Weil ich denke, dass wir so viel Wissen in die Menschen stecken können, das können wir leichtmachen, aber das kann tatsächlich fast den gegenteiligen Effekt bewirken, wenn man es nicht praktisch macht“ (DK P6: C74).

Spezifische Diagnosen der Angehörigen. Die Experten schlugen vor, die Maßnahmen entsprechend der Diagnosen der zu pflegenden Angehörigen zu entwickeln, sodass die Maßnahmen bedürfnisorientiert entwickelt werden können und ein Austausch unter Personen mit der gleichen Problematik stattfinden kann.

„Wir haben Überlegungen, weil viele der Angehörigen, mit denen wir gesprochen haben, würden sich wirklich gerne mit jemandem treffen, der sich genau in der gleichen Situation befindet wie sie selbst. Wenn ich also ein Angehöriger von jemandem mit Sklerose wäre, würde ich gerne andere kennenlernen, die auch Angehörige von Menschen mit Sklerose sind“ (DK P5: C116).

Aus Erfahrungen von bereits durchgeführten Maßnahmen mit pflegenden Angehörigen im kommunalen Setting wurde berichtet, dass dies schwierig sei, um genügend Teilnehmer für einen Kurs zu akquirieren: *„Wir haben uns dafür entschieden, es so zu sagen, dass wir die Kurse nicht so spezifisch machen können, weil wir dann nicht genug Menschen finden können, um einen Kurs zu Stande zu bringen, in dem wir nur Angehörige für eine bestimmte Krankheit haben, obwohl wir es in einem kommunalen Gebiet machen, (I: Ja) also haben wir versucht, sie zu sammeln, [...]. Wir haben versucht, sie zu sammeln, sodass es jemanden gab, wo sie sich wiedererkennen konnten“ (DK P5: C117).*

Spezifische Arbeitsplätze. Es wurde außerdem vorgeschlagen verschiedene Angebote für spezifische Arbeitsplätze zu entwickeln, sodass passgenaue Maßnahmen für ein Unternehmen entwickelt werden können:

„B1: Und das ist auch ein Punkt, dass man verschiedene Modelle für verschiedene Unternehmen haben sollte, richtig?“ (DK P8: C152).

„Das ist auch etwas, das an der Firma liegt, also gibt es die Hindernisse, die es geben könnte. Es ist also auch so, wenn es sich um ein sehr kleines Unternehmen handelt, dann ist es auch wichtig, dass man sich in einer Gruppe versammelt. Dann ist es auch möglich, dass es zwei Angehörige oder einen Angehörigen gibt. Was sollte es dann also für eine Art von Angebot sein?“ (DK P8: C154).

Zielgruppenspezifisch. Es konnte exploriert werden, dass die Maßnahmen zielgerichtet und personenzentriert (vgl. DK P6: C133; DK P7: C171) sein sollten, sodass dennoch möglichst viele Personen angesprochen werden können, wie die nachfolgenden Textausschnitte verdeutlichen:

„Es ist viel besser, es zielgerichtet zu machen, wenn der Bedarf entsteht. (I: Ja) Es geht also darum, näher an dem Menschen zu sein, um den es geht“ (DK P7: C172).

„B1: Das ist schwer, ich denke, das ist ein gutes Programm, aber es wäre fantastisch, wenn man es schafft, aber es ist schwer, so spezifisch zu werden, also gehen wir von dort aus, weil es individuell ist, was sie brauchen, also ich denke, das ist etwas, das den meisten von uns helfen würde und das können wir nutzen“ (DK P6: C134).

Peer-to-Peer Ansatz. Die dänischen Experten benannten zur Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige den Peer-to-Peer-Ansatz (DK P7: C84) als förderlich, sodass ein Austausch unter Gleichgesinnten mit praktischen Tipps für den Alltag erfolgen kann: *„Es wird weniger mental und es wird alltäglicher, es wird praktischer (I: Ja) und problemlösungsorientierter. (I: Ja, das ist gut.) Das ist also der Ansatz, den wir verfolgen, wenn wir Gesundheitsexperten in Gesundheitserziehung ausbilden und dann tatsächlich versuchen, einige der Auswirkungen von Peer-to-Peer zu nutzen und ihnen Werkzeuge zu geben, und dann haben sie das Wissen. Denn jedes Mal, wenn man als Wissenschaftler kommt, bestätigen sie, dass jemand Hilfe bei der Lösung einer Aufgabe benötigt. (I: Hmm) Und wenn man in eine Peer-to-Peer-Situation kommt, wird einem tatsächlich bestätigt, dass man es selbst gut kann“ (DK P8: C85).*

Es wurde weiterhin berichtet, dass die Maßnahmen mit dem Ansatz kombiniert werden können: *„Und diese Peer-to-Peer-Maßnahmen, d.h. die Unterstützung, bei der sie in der gleichen Situation jemanden treffen, werden mit den laufenden Maßnahmen kombiniert (I: Ja), d.h. man passt die Maßnahmen so an, je nachdem wo sie sich gerade befinden“ (DK P7: C169).*

Außerdem sahen die Experten Schwierigkeiten in dem Ansatz, sodass ausreichend „Peers“ gefunden werden: *„Es kann also Hindernisse und einige Schwierigkeiten geben, auch wenn man in den Unternehmen dort draußen unterwegs ist, weil wie viele Angehörige mit der gleichen Problematik kann man finden? Sodass sie voneinander profitieren können. (I: Ja) Ich finde, dass das eine aufregende Herausforderung ist (lacht)“ (DK P5: C167).*

Kasten 46: Fazit der Oberkategorie Rahmenbedingungen Dänemark.

Fazit DK. Zu der Kategorie der **Rahmenbedingungen** zur Weiterentwicklung des Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige konnten unterschiedliche Expertenmeinungen zu den **zeitlichen Rahmenbedingungen** exploriert werden, wobei diese sich an 6 bis 10 Wochen von 30-120 Minuten orientieren. Die Maßnahmen sollten entweder **während der Arbeitszeit** in Anspruch genommen werden können oder sich an den Feierabend anschließen. Wenn die Maßnahmen **während der Arbeitszeit** stattfinden, könnte ein **Rahmen von 4 Wochen zu lang** sein und es sollten Vereinbarungen mit dem Arbeitgeber getroffen werden, ob sich die Zeit in Arbeitszeit und nicht Arbeitszeit aufteilen ließe. Die dänischen Experten schlugen vor, dass die Module neben der Vermittlung von Informationen auch **praktische Inhalte** enthalten sollten sowie die **Maßnahmen entsprechend der Diagnosen** der zu pflegenden Angehörigen zu entwickeln, sodass diese den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechen und ein adäquater Austausch unter Gleichgesinnten stattfinden kann. Dabei könnte die Akquise einer ausreichenden Teilnehmerzahl schwierig sein. Es wurde außerdem vorgeschlagen, verschiedene **Angebote für spezifische Arbeitsplätze** zu entwickeln, sodass passgenaue Maßnahmen für Unternehmen entwickelt werden können. Weiterhin sollten die Maßnahmen **zielgerichtet und personenzentriert** ausgerichtet werden. Zur Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige kann der **Peer-to-Peer-Ansatz** geeignet sein, um einen Austausch unter Gleichgesinnten mit praktischen Tipps für den Alltag und gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu kombinieren.

Die Abbildung 62 stellt zusammenfassend die Nennungen der dänischen Experten zu den Rahmenbedingungen, die bei der Weiterentwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige mitberücksichtigt werden sollten, dar. Aus den dänischen Experteninterviews konnten zu der Kategorie der Rahmenbedingungen 10 Nennungen (23%) zu **allgemeinen Rahmenbedingungen**, 7 Nennungen (16%) zum **Peer-to-Peer Ansatz** und zur Entwicklung von **zielgruppenspezifischen Maßnahmen**, 5 Nennungen (12%) zur **Ausrichtung nach Diagnosen** der Angehörigen und zur **Inanspruchnahme der Maßnahmen während der Arbeitszeit**, 4 Nennungen (9%) zum **zeitlichen Rahmen**, 3 Nennungen (7%) die Maßnahmen auf **unterschiedliche Arbeitsplätze anzupassen** und 2 Nennungen (5%) hinsichtlich **mehr Praxisanteil als Theorie** entnommen werden.

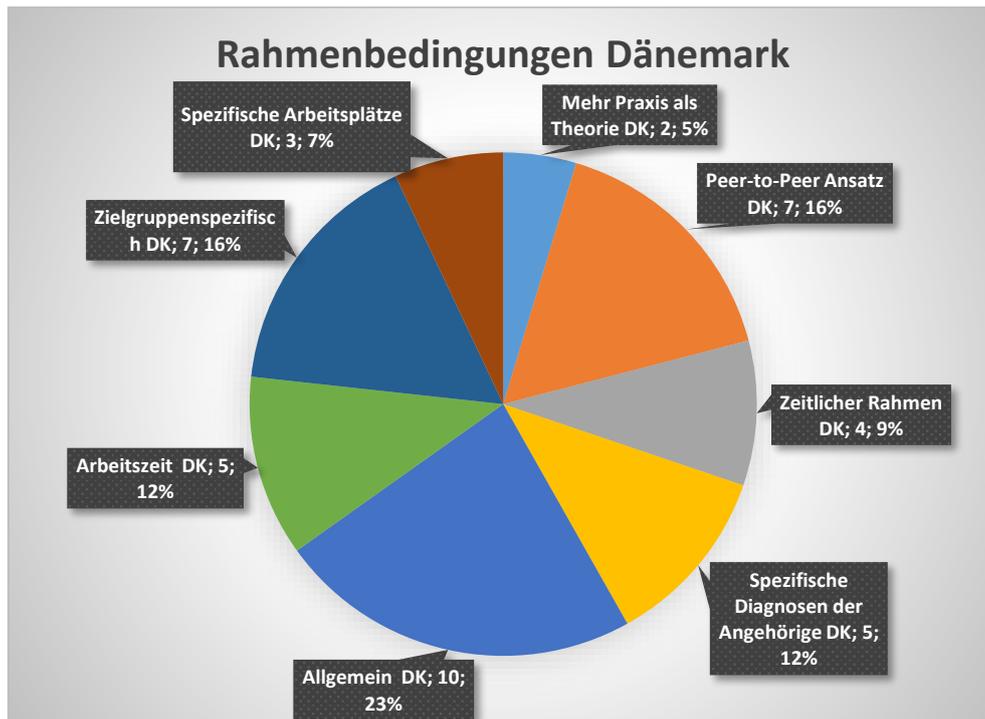


Abbildung 62: Anzahl der Nennungen zur Unterkategorie Rahmenbedingungen Dänemark.

Oberkategorie VI: Barrieren Dänemark

Der nachfolgende Abschnitt beschreibt die Barrieren, die bei der Weiterentwicklung und Implementierung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige auftreten können. Zu der Oberkategorie Barrieren in Dänemark konnten mithilfe der Expertenaussagen die Unterkategorien *Ökonomie*, *Erreichbarkeit (Zeit)*, *Selbstverwaltung der Kommunen*, *Unternehmen als Ort*, *Arbeitszeit* und *Wirksamkeit* gebildet werden. Die Abbildung 63 stellt den Kategorienbaum für die Unterkategorie Barrieren Dänemark dar.

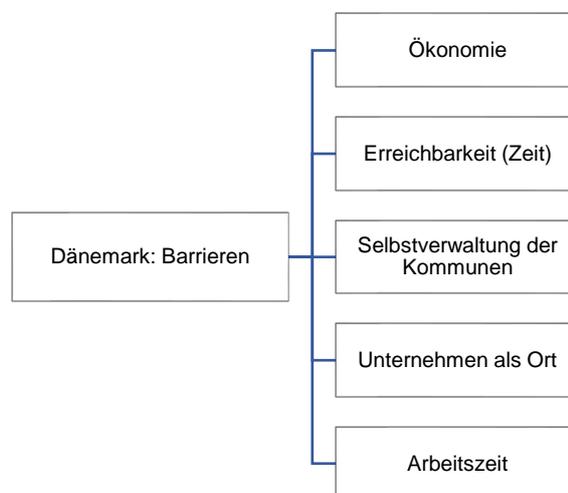


Abbildung 63: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage – Barrieren Dänemark.

Ökonomie. Die dänischen Experten sahen vor allem bei der Finanzierung eines Gesundheitsförderungsprogrammes mögliche auftretende Barrieren (DK P1: C94; DK P8: C92, C93) sowohl bei der Implementation in der Kommune als auch im Unternehmen (DK P1: C95), wie die nachfolgende Aussage verdeutlicht: *„Die Barrieren einer Ressource ist die Ökonomie. (I: Hmm) In Dänemark ist die Wirtschaft der Kommunen einem starken Druck ausgesetzt, und sehr große Teile unserer sozialen Anstrengungen liegen bei den Kommunen“* (DK P7: C79).

Es wurde außerdem geäußert, dass nicht nur die Maßnahmen Geld kosten würden, sondern für die Unternehmen ggf. auch die Arbeitskraft der Mitarbeiter, wenn die Maßnahmen während der Arbeitszeit in Anspruch genommen werden: *„Ökonomie! Zuallererst. (I: Ja) Das ist in Wirklichkeit eigentlich gar nicht so viel, dass es mehr kostet zu unterrichten, aber es ist eher das, dass es etwas kostet, dass dann viele Mitarbeiter die Erlaubnis bekommen in der Arbeitszeit an so einem Kurs teilzunehmen“* (DK P2: C103).

Erreichbarkeit (Zeit). Es konnten Barrieren hinsichtlich der Erreichbarkeit der Zielgruppe exploriert werden, da pflegende Angehörige, die erwerbstätig sind, oft keine Zeit haben in ihrem Alltag gesundheitsförderliche Maßnahmen in Anspruch zu nehmen:

„[...] und dann ist es das mit den Zeitbarrieren, die wirklich viele-- Also das erste, was viele sagen: "Ich habe keine Zeit." Da sind nicht viele übrig, die Zeit für solche Dinge haben. (I: Ja) Die Tatsache, wenn sie es tatsächlich machen, wird für sie ausreichen, um es zu priorisieren. (I: Hmm) Dies sind einige der Hindernisse, mit denen wir arbeiten und die wir nicht zu 100% lösen können“ (DK P8: C90).

Selbstverwaltung der Kommunen. Die Selbstverwaltung und Individualität in der Auswahl der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einer jeden Kommune in Dänemark könnte laut der Experten eine Barriere für die Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes darstellen, da es dort bislang keine einheitliche Lösung gibt. Weiterhin stellte sich heraus, dass die Unternehmen die Gesundheit der Mitarbeiter oft nicht als ihre Aufgabe ansehen.

„Dann gibt es eine andere Herausforderung, nämlich, dass wir Glauben und Wohlfahrt haben, aber in ganz Dänemark haben wir 98 Kommunen, die ihre Herausforderungen auf ihre eigene Weise lösen. Sie haben einen sehr hohen Grad an Selbstverwaltung und sind daran gewöhnt. (I: Ja) Das heißt, es ist sehr schwierig, etwas Effizientes zu machen, da wir 98 verschiedene Modelle haben müssen. (I: Ja) Also alle haben ihren eigenen Willen und eigene Ideen, wie sie es machen. (I: Ja) Es gibt sehr wenig Verständnis dafür, dass sie an einem gemeinsamen Standard arbeiten müssen. (I: Ja) Dann gibt es eine gewisse Kultur, sodass nicht alle Arbeitsplätze glauben, es sei ihre Aufgabe, für das private Leben der Mitarbeiter zu sorgen“ (DK P7: C80).

Der nachfolgende Textausschnitt verdeutlicht die Unterschiedlichkeit der Maßnahmen zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen in den einzelnen Kommunen: *„Ich finde, dass sie schon etwas dazu beitragen, aber es könnte mehr sein. (I: Ja, ok) Da haben wir das ja wieder, dass die Kommunen sehr frei in ihrer Wahl sind, was sie wichtig finden. [...] Und wir finden, dass das auch etwas frustrierend ist, dass es so unterschiedlich ist. Es muss also etwas mehr Gleichheit geben“* (DK P2: C158). Hinsichtlich des Abbaus der kommunalen Autonomie wurde gesagt: *„Eine andere ist, rauszugehen und zu zeigen, wie es funktioniert. Für die Barrieren und da meine ich, dass man Respekt dafür fördert, dass man einen gemeinsamen Standard setzt, das muss man. Gegen die kommunale Autonomie“* (DK P7: C82).

Unternehmen als Ort. Aus den Gesprächen mit den dänischen Experten konnte exploriert werden, dass das Unternehmen nicht den richtigen Ort für die Implementation von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für pflegende Angehörige darstelle (vgl. DK P4: C123) und die Kommunen nicht genügend Aufmerksamkeit auf diese Zielgruppe lenken: *„Ich finde, dass das positiv wäre. (I: Ja) Wenn das jemand ausprobieren würde, aber ich bezweifle, dass das Verständnis groß genug dafür ist, dass man ja dazu sagen würde. (I: Ja) Also gerade, weil es wenig Verständnis für diese Angehörigen-Frage gibt, [...]. Also da gibt es ein paar tote Winkel. (I: Ja, ok) Um die wir uns Sorgen machen und das ist es auch, das herauszufinden, also das Ziel unserer Arbeit und zu was diese führt, weil wir ja richtig gerne die guten Lösungen auch woanders hinübertragen möchten“* (DK P2: C101).

Es wurde außerdem berichtet, dass das Unternehmen als Ort nicht geeignet sei und die Kommune ein besserer Ort wäre: *„[...] wenn man es für V. Kommune denkt als großes Unternehmen, wenn man hier ein solches Angebot haben würde, dann denke ich, wird es so sein, dann würden sie denken: ‚Puh, was ist das? Und jetzt soll ich einfach mit anderen hier sitzen, die ich nicht kenne.‘ Ich denke also, es ist besser, wenn man sagt, dass sie wissen, dass es tatsächlich einige Angebote gibt, das heißt in einer völlig anderen Richtung, z. B. ein Gesundheitsförderungsangebot in der Kommune (I: Ja), und dann sagen sie: ‚Also ich weiß, dass ich dorthin gehen kann, wenn ich das brauche‘“* (DK P4: C122; s.a. DK P4: C124).

„[...] dass meine Erfahrung ebenfalls ist, dass es schwierig sein kann, es im Unternehmen zu machen. (I: Ja) Und da wir die Kurse ja hier durchführen, haben wir auch hier viele Leute aus vielen verschiedenen Unternehmen“ (DK P5: C161).

„Aber wir haben nicht so große Unternehmen, sodass wir es sammeln müssen. (I: Ja) Also machen wir es hier in der Kommune und dann kommen sie von verschiedenen Orten“ (DK: P5: C164).

Das Thema Pflege stelle laut der Experten ein tabuisiertes Thema dar, worüber möglicherweise am Arbeitsplatz eher wenig gesprochen wird: *„und deshalb laufe ich nicht*

herum und erzähle es an meinem Arbeitsplatz, weil es mein Problem ist“ (I: Ja) Ja, ich kann mir vorstellen, dass das die größte Barriere ist“ (DK P3: C109).

Arbeitszeit. Eine Barriere könnte laut der Experten darin bestehen, wenn die Maßnahmen nicht während der Arbeitszeit in Anspruch genommen werden können, da die pflegenden Angehörigen kaum Freizeit haben (vgl. DK P2: C104).

Es konnte aber auch festgestellt werden, dass die Angehörigen ihre Arbeitszeit nicht für die Inanspruchnahme von Maßnahmen nutzen möchten: *„Als Angestellter fühlt man sich wahrscheinlich so, das ist nicht das, wofür ich meine Arbeitszeit verwende. Ich möchte meine Freizeit dafür verwenden, aber ich möchte nicht meine Arbeitszeit dafür verwenden.‘ Ich würde denken, das ist, viel Rücksicht, die jemand auf mich in irgendeiner Weise nimmt, dass man als Angestellter nicht möchte (B2: Ja)“ (DK: P4: C127).* Wenn die Maßnahmen während der Arbeitszeit in Anspruch genommen werden können, kann die Dauer eine Barriere darstellen oder die Betreuung des Angehörigen während dieser Zeitspanne: *„B2: Ja, also ich denke das mit, also ich verstehe das gut mit der Dauer. Ich denke, es kann schwierig sein, wenn wir darüber nachdenken, dass es größer und länger sein muss [...]“ (DK P6: C135).*

Kasten 47: Fazit der Oberkategorie Barrieren Dänemark.

Fazit DK. Barrieren bei der Weiterentwicklung und Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige könnten hinsichtlich der **Ökonomie** in der Kommune als auch im Unternehmen auftreten, da zum einen die Maßnahmen aber auch die Arbeitskraft bei einer Inanspruchnahme der Maßnahmen während der Arbeitszeit finanziert werden müssen. Weiterhin konnten Barrieren bei der **Erreichbarkeit der Zielgruppe** exploriert werden, da pflegende Angehörige, die erwerbstätig sind, oft wenig bis keine Freizeit haben, um gesundheitsförderliche Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Die **Selbstverwaltung und Individualität** in der Auswahl der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einer jeden **Kommune** in Dänemark könnte eine weitere Barriere darstellen. Hierbei sollte an einem gemeinsamen und einheitlichen Standard gearbeitet werden. Außerdem sehen viele Unternehmen die Gesundheit der Mitarbeiter nicht als ihre Aufgabe an. Es konnte festgestellt werden, dass das **Unternehmen** zum einen **nicht den richtigen Ort** für die Implementation von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für pflegende Angehörige darstellt und zum anderen die **Kommunen nicht genügend Aufmerksamkeit** auf diese Zielgruppe lenken. Die Kommune war laut der Experten ein geeigneterer Ort für eine Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes. Eine weitere Barriere könnte auftreten, wenn die **Maßnahmen nicht während der Arbeitszeit** in Anspruch genommen werden können, wobei einige Angehörige ihre Arbeitszeit möglicherweise nicht dafür nutzen möchten, u.a. aus Schamgefühl.

Die Abbildung 64 zeigt zusammenfassend die Anzahl der Nennungen von den dänischen Experten zu den Barrieren, die bei der Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes auftreten können. Die Interviews mit den dänischen Experten ergaben für die Unterkategorie Barrieren Dänemark 9 Nennungen (50%) zu **ökonomischen Barrieren**, 4 Nennungen (22%) zur **Selbstverwaltung der Kommunen** in Dänemark, 3 Nennungen (17%) zu **Barrieren aufgrund der Arbeitszeit** und 2 Nennungen (11%) zur **Erreichbarkeit der Zielgruppe** aufgrund von zeitlichen Barrieren

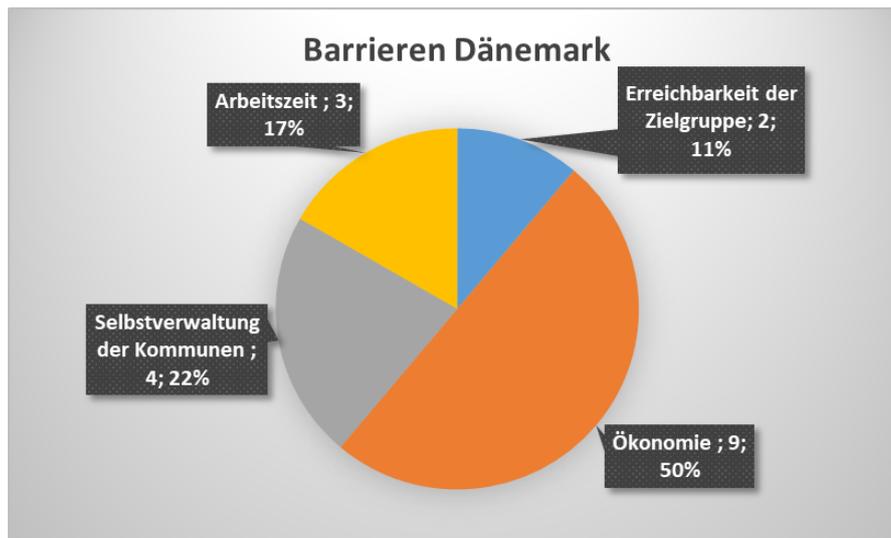


Abbildung 64: Anzahl der Nennungen zur Unterkategorie Barrieren Dänemark.

3.5 Ergebnisdiskussion Teilstudie I

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Teilstudie I in den theoretischen Hintergrund eingeordnet und diskutiert. Hierzu werden die zentralen Ergebnisse zunächst entsprechend der Forschungsfragen tabellarisch zusammengefasst, sodass die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Deutschland und Dänemark deutlich werden. Weiterhin gliedert sich die Ergebnisdiskussion der Teilstudie I nach den entwickelten Kategorien aus der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Eine übergreifende Diskussion über beide Teilstudien erfolgt in Kapitel 5. Die nachfolgende Tabelle 13 gibt einen Überblick über die zentralen Ergebnisse der ersten Forschungsfrage: „Wie werden die vorhandenen Maßnahmen zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger aus der Sicht von Experten in Deutschland und Dänemark bewertet?“

Tabelle 13: Zusammenfassung der Ergebnisse Forschungsfrage 1 der Teilstudie I.

Forschungsfrage 1	Deutschland	Dänemark
Förderliche Aspekte	Gesetzliche Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Kurzzeitige Arbeitsverhinderung: schnelle & kurzfristige Inanspruchnahme für akut auftretende Pflegesituation, muss nicht angekündigt werden • Pflegezeitgesetzes: Freistellung, Lockerung der Rentenversicherungspflicht des PSG II, Aufnahme eines zinslosen Darlehens, Lohnfortzahlung bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung • Familienpflegezeitgesetzes: Ausweitung der Pflegedauer auf 24 Monate • Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege: einfache Beantragung (wichtigste Maßnahme) • Betreuungsleistungen: Entlastung durch Übernahme von Pflegetätigkeiten von Dienstleistungssektoren & finanzielle Unterstützung 	Gesetzliche Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Zwei Paragraphen zur Pflege von chronisch kranken Personen & sterbenden Personen (Dienstleistungsgesetz): Entlastungsangebote durch ambulanten Pflegedienst, Lohnfortzahlung bei einer teilweisen oder vollständigen Freistellung von der Arbeit • Entlastungsangebote: persönliche praktische Hilfe oder monetär • Freistellung der terminalen Phase kann je nach Bedarf verlängert und angepasst werden • Regelmäßiger Austausch zwischen Experten im Rahmen eines Rates für Ältere Bürgerinnen und Bürger in jeder Kommune (gesetzlich verankert) • Beratungspflicht über gesetzlichen Maßnahmen seitens der Kommunen
	Arbeitsmodelle: <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeiten zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung: Flexibilität während der Arbeitszeit, Gleitzeit, Zeiterfassung über Arbeitszeitkonten, Möglichkeiten zu Hause zu arbeiten → individuelle Rücksichtnahme auf den Arbeitnehmer & seine Pflegesituation wichtig) • Flexibilität: Wahrnehmung von Terminen während der Arbeitszeit (Stressreduktion) 	Arbeitsmodelle: <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeiten, flexibel zu arbeiten, Angebote zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung, Verständnis und Offenheit für eine flexible Zeitgestaltung bei der Arbeit • Möglichkeiten der Flexibilität abhängig von der Arbeitsaufgabe • Möglichkeiten zur flexiblen wöchentlichen Arbeitszeit (Absprache mit Kollegen & offene Kommunikation) • Anpassung zur Unterstützung von Angehörigenpflege an die vorhandenen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf • Home-Office
	Kommunale Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Kostenlose Pflegekurse (Hilfestellungen bei der Pflege in der Häuslichkeit): Vermittlung von Informationen, Hilfe bei Antragstellungen • Gesprächskreise (Austausch mit Gleichgesinnten) • Beratungsangebote über individuelle Pflegesituationen (Vermittlung von 	Kommunale Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Grundhaltung: individuelle Person im Fokus; z.B. Kursangebot, das pflegende Angehörige im Alltag mit der Pflegesituation und den auftretenden Belastungen unterstützt → Grundlage für ein landesweites einheitliches Konzept

	<p>Informationen, Hilfestellungen bei Formalitäten, psychosoziale Unterstützung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Entlastungsangebote, Angehörigenberater, Unterstützungsmaßnahmen und Beratungsleistungen von Freiwilligen-Organisationen, Schaffung von mehr Transparenz durch kommunikative Maßnahmen von Interessen-Organisationen, Maßnahmen zur Unterstützung im Rahmen einer Gesundheitsversicherung mit psychologischem Fokus, verschiedene Online-Kurse
	<p>Maßnahmen im Unternehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationen mit anderen Unternehmen: vorhandene Angebote zur Unterstützung bei einer Pflegesituation oder über allgemeine gesundheitsförderliche Maßnahmen informieren und diese dann vermitteln • Innerbetriebliche Maßnahmen: Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung • Gesundheitsfördernde Unternehmenskultur: Kommunikation und Sensibilisierung für Angehörigenpflege & Verbreitung von Informationen von Unterstützungsangeboten 	<p>Maßnahmen im Unternehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verantwortung für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung liegt bei der Kommune • In einigen Unternehmen allgemeine verhaltensbezogene Maßnahmen für alle Mitarbeiter (BGF)
<p>Hinderliche Aspekte</p>	<p>Gesetzliche Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten bei Antragstellung zur Familienpflegezeit & Pflegezeit (kompliziert & zeitaufwendig) • Zinsloses Darlehen: Zurückzahlung & Ungewissheit der Pflegedauer • Verhinderungspflege: schwierig für den Angehörigen die zu pflegende Person abzugeben • Finanzielle Einbußen bei Inanspruchnahme einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung • Betreuungsleistungen werden zu wenig genutzt (mangelndes Wissen) 	<p>Gesetzliche Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Inanspruchnahme einer Pflegezeit mit Freistellung von der Berufstätigkeit keine gesetzliche Unterstützung bei der Pflege • Gesetzliche Rahmenbedingungen werden von den Kommunen unterschiedlich interpretiert • Freistellung von der Erwerbstätigkeit in Teilzeit nur bei sterbenden Pflegepersonen • Pflegende Angehörige nutzen oft ihre Freizeit für die Pflege (bei nicht terminaler Phase)
	<p>Arbeitsmodelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Home-Office: hohes Maß an Vertrauen auf Arbeitgeberseite, Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit durch die Pflegesituation • Kleine Unternehmen (<15) können Freistellung von der Arbeit nicht gewährleisten → Finanzielle Einbußen aufgrund mangelnder Gehaltszahlung 	<p>Arbeitsmodelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Möglichkeiten für Home-Office • Mangelnde Flexibilität am Arbeitsplatz • Abhängig von Arbeitsplatz und Arbeitsaufgabe

	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Flexibilität am Arbeitsplatz 	
	<p>Kommunale Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangelndes Wissen über die Existenz von Angeboten, wie z.B. Pflegekursen 	<p>Kommunale Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen der Freiwilligen-Organisationen: zu wenig Freiwillige für Unterstützungsmaßnahmen • Bisher keine einheitliche politische Lösung zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen • Mangelndes Wissen von Unterstützungsangeboten neben den gesetzlichen Maßnahmen • Ökonomie: finanzielle Situation bei einer Freistellung von der Erwerbstätigkeit • Mangel an der Aussagekraft der gesetzlichen Regelungen zur Unterstützung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen, da diese einer strengen Regelung unterliegen

Förderliche gesetzliche Maßnahmen in Deutschland. Aus Sicht der deutschen Experten konnte festgestellt werden, dass die Inanspruchnahme einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung aufgrund einer schnellen, kurzfristigen und antragslosen Inanspruchnahme bei Auftreten einer akuten Pflegesituation förderlich ist. Das besagt auch der §2 des Pflegezeitgesetzes, dass die Arbeitnehmer in diesem Fall bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit freigestellt werden können, um die Pflege vorerst selbst zu übernehmen, die bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung sicher zu stellen (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 14). Hierbei muss lediglich die voraussichtliche Dauer dem Arbeitgeber mitgeteilt werden, es besteht jedoch keine Ankündigungsfrist und ist nicht von der Anzahl der Beschäftigten eines Unternehmens abhängig. Weiterhin gilt seit dem Jahr 2015 ein rechtlicher Anspruch auf ein Pflegeunterstützungsgeld nach §2 des Pflegezeitgesetzes und §44a des SGB IX, welches bei der Pflegekasse oder privaten Pflegeversicherung beantragt werden muss (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 7). Mit der Einführung des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) wurden pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen bereits Unterstützungsleistungen zugesichert und durch die Einführung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) und des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie der Einteilung in fünf Pflegegrade seit dem Jahr 2017 optimiert (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 177). So können pflegende Angehörige teilweise oder vollständig für die Pflege eines Angehörigen von der Arbeit freigestellt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit von der Pflegekasse oder dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nachgewiesen wurde (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen

und Jugend, 2017a, S. 26). Wenn eine Pflegezeit mit der maximalen Dauer von sechs Monaten nicht ausreichend ist, kann dieses durch die Inanspruchnahme der Familienpflegezeit mit einer Mindestarbeitszeit von 15 Stunden pro Woche um 24 Monate verlängert werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 144ff.). Die deutschen Experten bewerteten hinsichtlich der gesetzlichen Maßnahmen die Freistellung von der Arbeit im Rahmen des Pflegezeitgesetzes sowie die Lockerung der Rentenversicherungspflicht des PSG II, die Lohnfortzahlung bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung und im Rahmen des Familienpflegezeitgesetzes die Ausweitung der Pflegedauer auf 24 Monate als förderlich. Weiterhin als förderlich bewertet wurde die Aufnahme eines zinslosen Darlehens während der Inanspruchnahme von Pflegezeit- oder Familienpflegezeit. Dies lässt sich ebenfalls in der Literatur wiederfinden, denn erwerbstätige pflegende Angehörige können während der Inanspruchnahme der Pflegezeit oder Familienpflegezeit für eine Absicherung des Lebensunterhalts ein zinsloses Darlehen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) erhalten (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 117). Bei der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen konnte exploriert werden, dass diese zum einen eine Entlastung der pflegenden Angehörigen gewährleistet, da Pflegetätigkeiten von Dienstleistungssektoren übernommen werden, sodass z.B. der Erwerbstätigkeit nachgegangen werden kann und so finanziellen Einbußen entgegenwirkt.

Hinderliche gesetzliche Maßnahmen in Deutschland. Als hinderlich in Bezug auf die gesetzlichen Maßnahmen konnte aus der Sicht der deutschen Experten exploriert werden, dass bei der Antragstellung einer Pflegezeit- oder Familienpflegezeit die Beantragung nach §2 und §3 des Pflegezeitgesetzes oder Familienpflegezeitgesetzes zeitaufwendig und kompliziert ist. Bei Auftreten einer Pflegesituation, die meist akut und unvorhergesehen auftritt, ist eine schnelle und wenig Aufwand aufbringende Unterstützung von großer Bedeutung. Die Antragsstellung müsste demnach vereinfacht werden, was nun durch die Corona-Pandemie bereits Aufmerksamkeit erhalten hat und vereinfacht wurde (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020). Hier besteht dennoch Optimierungsbedarf. Außerdem wurde die Inanspruchnahme des zinslosen Darlehens als nicht hilfreich bewertet, da dieses nach Beendigung der Pflegesituation zurückgezahlt werden muss und es aus diesem Grund eher selten in Anspruch genommen wird. Pflegende Angehörige weisen somit einen Bedarf an finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit auf, vor allem weil die Dauer der Übernahme der Pflege häufig ungewiss ist. Demzufolge ist es schwierig, die Finanzen zu kalkulieren. Auch bei der Inanspruchnahme einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung wurden die finanziellen Einbußen als hinderlich benannt, da kein Anspruch auf eine Lohnfortzahlung besteht, sondern lediglich auf ein Pflegeunterstützungsgeld, welches beantragt werden muss (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017a, S. 7). Die Betreuungsleistungen, die zur Unterstützung und

Entlastung von pflegenden Angehörigen dienen, werden laut Äußerungen der Experten zu wenig genutzt, da diese in der Bevölkerung zu wenig bekannt sind. Hier besteht ein Bedarf an Maßnahmen zur Informationsvermittlung, sodass Betreuungsleistungen vermehrt genutzt und in Anspruch genommen werden können.

Förderliche gesetzliche Maßnahmen in Dänemark. Die dänischen Experten bewerteten die Paragraphen §118 und §119 des Dienstleistungsgesetzes als förderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf, da die pflegenden Angehörigen zum einen durch die Zuhilfenahme eines ambulanten Pflegedienstes entlastet werden können und zum anderen eine Lohnfortzahlung bei einer teilweisen und vollständigen Freistellung von der Arbeit erhalten (Servicelov, 2020). Die Lohnfortzahlung wird durch die entsprechende Kommune finanziert. Die Entlastungsangebote können in Form von persönlicher praktischer Hilfe oder monetär in Anspruch genommen werden. Bei einer Freistellung im Rahmen der terminalen Phase (Pflege von sterbenden Personen) kann diese je nach Bedarf verlängert und angepasst werden (Servicelov, 2020). Weiterhin als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf konnte der kommunale Austausch zwischen Experten im Rahmen eines Rates für ältere Bürger sowie die Beratungspflicht über die gesetzlichen Maßnahmen seitens der Kommunen exploriert werden. Dies ließ sich teilweise in der Literatur wiederfinden. Der Ældresagen (2019, S. 3ff.) ist eine Freiwilligenorganisation in Dänemark und formuliert diesbezüglich, dass die pflegenden Angehörigen anerkannt, integriert und informiert werden sollen, sodass eine professionelle Zusammenarbeit gewährleistet werden kann und unabhängig von Wohnort und Diagnose der pflegebedürftigen Person ein niedrighschwelliger Zugang zu Hilfeleistungen bestehen soll. Hierbei ist anzunehmen, dass die einzelnen Kommunen dies unterschiedlich handhaben, da jede Kommune der Selbstverwaltung unterliegt. Im Rahmen eines Zusammenschlusses von 30 dänischen Organisationen konnte über einen Zeitraum von mehreren Jahren hinsichtlich der Erhebung der Belastungen von pflegenden Angehörigen ein Bedarf an konkreten Rechten und systematischen Maßnahmen festgestellt werden (Ældresagen, 2019, S. 3).

Hinderliche gesetzliche Maßnahmen in Dänemark. Die dänischen Experten bewerteten bei der Inanspruchnahme einer Pflegezeit mit Freistellung von der Berufstätigkeit als hinderlich, dass es keine gesetzliche Unterstützungsregelung bei der praktischen Ausführung der Pflege gibt. Demnach muss die Pflege vollständig durch die Angehörigen erfolgen. Weiterhin wurde als hinderlich benannt, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen von den einzelnen Kommunen unterschiedlich interpretiert werden und es somit Unterschiede in den Unterstützungsmaßnahmen geben kann. Diesbezüglich empfiehlt die Vereinigung Danske Patienter (2019b, S. 4ff.) die Gründung einer Arbeitsgruppe für Angehörige des Gesundheits- und Sozialministeriums, sodass ein nationaler Handlungsplan für eine gesundheitsorientierte,

verpflichtende Maßnahme für bessere Bedingungen der pflegenden Angehörigen entwickelt werden kann. In den gesetzlichen Regelungen in Dänemark ist eine Freistellung von der Erwerbstätigkeit in Teilzeit lediglich bei der Pflege von sterbenden Personen möglich (Servicelov, 2020, §119) und wurde von den Experten als hinderlich benannt. Viele der pflegenden Angehörigen müssen ihre Freizeit für die Übernahme der Pflege aufgeben und fühlen sich dazu verpflichtet, die Pflege zu übernehmen. Es gaben in einer Untersuchung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen 57% an, dass sie sich zur Übernahme der Pflege verpflichtet fühlen, da die externen Dienstleistungen nicht ausreichend sind (KMD, 2018, S. 5). Die Experten berichteten außerdem, dass die Freistellung von der Arbeit in den meisten Fällen im Vergleich zur vorherigen Erwerbstätigkeit schlecht bezahlt ist. Die Untersuchung der KMD (2018, S. 5) ergab, dass sich die Übernahme der Pflege häufig negativ auf die Gesundheit, das Arbeitsleben und die Ökonomie auswirkt. Ein Drittel der pflegenden Angehörigen, die über 11 Stunden pro Woche pflegen, haben körperliche Belastungen und überlegen ihre Erwerbstätigkeit aufzugeben und 35% gaben an, dass sie Urlaubstage für die Ausführung von Pflegeaufgaben in Anspruch nehmen und weitere 11% gaben an, dass sie 1 ½ Wochen ihres Urlaubes für die Pflege nutzen, 9% mussten sich aufgrund der zu erfüllenden Pflegeaufgaben bei ihrem Arbeitgeber krankmelden. Insofern besteht ein Bedarf an Optimierung der gesetzlichen Unterstützungs- und Entlastungsleistungen und einer nationalen einheitlichen Regelung.

Förderliche Arbeitsmodelle in Deutschland. Möglichkeiten zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung in Form von allgemeiner Flexibilität während der Arbeitszeit, Gleitzeit, Zeiterfassung über Arbeitszeitkonten und Möglichkeiten von zu Hause zu arbeiten wurden von den deutschen Experten als förderlich für pflegende Angehörige benannt. Dies ließ sich ebenfalls in der Literatur wiederfinden, denn nach dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016, S. 10ff.) kann eine Flexibilität am Arbeitsplatz z.B. durch Telearbeit, mobiles Arbeiten hinsichtlich der Digitalisierung von Arbeitsprozessen und Möglichkeiten von zu Hause zu arbeiten umgesetzt werden. Diesbezüglich konnte exploriert werden, dass eine Unterstützung der Flexibilität seitens des Arbeitgebers gegeben sein sollte und eine ständige Präsenzpflicht am Arbeitsplatz abgeschafft werden könnte. Weiterhin ist laut der Experten eine individuelle Rücksichtnahme auf den Arbeitnehmer und seine Pflegesituation bedeutsam und es ist wichtig, dass die pflegenden Angehörigen Termine während der Arbeitszeit gemeinsam mit der zu pflegenden Person wahrnehmen können, um Stress zu reduzieren. Es existiert bereits eine Vielzahl von flexiblen und familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen, sodass jedes Unternehmen die Möglichkeit hat, dieses den Bedürfnissen der Mitarbeiter entsprechend anzupassen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 11f), worunter die Berücksichtigung von Familienzeiten, Gleitzeit, Teilzeitmodelle, ein flexibler Arbeitsort sowie –zeit und Langzeitkonten fallen. Dabei sind laut dem Bundesministerium für

Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016, S. 11f) bei den Teilzeitmodellen 70 bis 80% der Arbeitszeit für pflegende Angehörige besser geeignet, als die klassischen 50%. Die Umsetzung von Langzeitkonten ist für viele Unternehmen aufgrund der Anspargung von Arbeitszeit nur selten möglich.

Hinderliche Arbeitsmodelle in Deutschland. Die Experten nannten hinsichtlich der Möglichkeiten von zu Hause aus zu arbeiten, dass dies ein hohes Maß an Vertrauen auf Arbeitgeberseite erfordert und dass die Leistungsfähigkeit durch die Pflegesituation zu Hause aufgrund von Unterbrechungen beeinträchtigt werden könnte. Es konnte anhand der Aussagen der Experten sowie auch in der Literatur festgestellt werden, dass die Inanspruchnahme der Freistellung von der Arbeit im Rahmen des Pflegezeit- oder Familienpflegezeitgesetzes von Unternehmen mit weniger als 15 Mitarbeitern nicht gewährleistet werden kann (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 110). Der Anspruch auf Pflegezeit gilt für Unternehmen mit mehr als 15 Mitarbeitern und beinhaltet eine Freistellung für maximal sechs Monate unabhängig vom Pflegegrad (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 110). Hierbei sollte es zukünftig auch Lösungen für kleine Unternehmen geben, z.B. in Form von staatlichen Unterstützungsleistungen. Mangelnde Möglichkeiten für eine flexible Arbeitsgestaltung wurden aus Sicht der Experten für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf allgemein als hinderlich bewertet, da dies die Grundlage für die Übernahme der Pflege eines Angehörigen darstellt. So resultieren laut Gutzmann et al. (2005, S. 155) und Wilz und Pfeiffer (2019, S. 6) bei berufstätigen pflegenden Angehörigen daraus häufige Fehlzeiten und eine geringere Leistungsfähigkeit. Außerdem geht eine mangelnde Flexibilität mit schlechteren Aufstiegschancen einher. Erwerbstätige pflegende Frauen sind am meisten betroffen und müssen aufgrund der Pflege häufig die Berufstätigkeit aufgeben oder die Stunden reduzieren, wobei dann finanzielle Belastungen zur allgemein kostenintensiven Pflege hinzukommen können.

Förderliche Arbeitsmodelle in Dänemark. Die dänischen Experten bewerteten ebenso wie die deutschen Experten Möglichkeiten für eine flexible Arbeitszeitgestaltung als förderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Weiterhin wurde als förderlich exploriert, dass ein Verständnis und eine offene Kommunikation über die Inanspruchnahme von flexiblen Möglichkeiten bei der Zeitgestaltung der Arbeit bedeutsam sind, wobei die Möglichkeiten dabei abhängig von der auszuführenden Arbeitsaufgabe sind. Mittels der Erhebung der KMD (2018, S. 29f.) konnte bei 39% der befragten pflegenden Angehörigen festgestellt werden, dass sie keine Möglichkeiten haben, ihren Arbeitstag flexibel zu gestalten, darunter fällt z.B. die Begleitung bei Arztbesuchen oder das Anrufen oder Kontaktieren von Behörden während der Arbeitszeit. Kleinigkeiten, wie die Kontaktaufnahme sind während der Arbeitszeit häufig nicht möglich, was die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erschweren und langfristig die

Entstehung von Stressoren und gesundheitlichen Folgeschäden begünstigen kann. Es gaben dennoch 29% an, dass sie selbst ihre Zeit einteilen können, 12% haben die Möglichkeit frei zu bekommen, um z.B. Arztbesuche wahrzunehmen und werden weiterhin entlohnt und 21% können sich freinehmen und werden nicht weiter entlohnt. Zusammenfassend haben viele pflegende Angehörige (39%) keine Möglichkeiten für eine flexible Arbeitszeitgestaltung und besonders wenige (2-5%) haben gute Möglichkeiten flexibel zu arbeiten, z.B. in dem sie Urlaub bekommen oder ihre Arbeitszeit reduzieren können (KMD, 2018, S. 29f). Es wird deutlich, dass die Möglichkeiten für eine flexible Arbeitsgestaltung individuell sehr unterschiedlich sind und ein erhöhter Bedarf an diesen Möglichkeiten seitens der Zielgruppe besteht. Hierbei ist laut der Experten eine Anpassung zur Unterstützung von Angehörigenpflege an die vorhandenen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf notwendig, sodass mehr Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung, aber auch für Möglichkeiten Arbeitsaufgaben zu Hause zu erledigen möglich werden. Es sollte eine einheitliche Regelung geben, wie z.B. die Krankentage bei Kindern und in Übereinstimmung mit der EU sollten Pflgetage eingeführt werden, sodass pflegende Angehörige die Möglichkeit haben, die zu pflegende Person zu Arztbesuchen etc. begleiten zu können (Ældresagen, 2019, S. 3ff.).

Hinderliche Arbeitsmodelle in Dänemark. Als hinderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf benannten die Experten diesbezüglich mangelnde Möglichkeiten für die Inanspruchnahme von flexiblen Lösungen, z.B. bei der Arbeitszeitgestaltung sowie Möglichkeiten für Home-Office und die individuelle Unterschiedlichkeit bei den einzelnen Unternehmen. Diesbezüglich fordert der Ældresagen (2019, S. 3ff) eine passende Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf, sodass der Fokus auf die eigene Berufstätigkeit möglich ist, ohne dass die Pflege darunter leidet oder andersherum. Demnach sollen pflegende Angehörige die Möglichkeit haben, ihre Arbeitszeit flexibel zu gestalten, zeitweise in Teilzeit zu arbeiten und es sollte eine flexible Regelung für die Urlaubsrichtlinien geben. Die wenigsten pflegenden Angehörigen haben die Möglichkeit, an einem Kurs während der Arbeitszeit teilzunehmen, und Urlaubs- oder Pflgetage müssen individuell mit dem Vorgesetzten vereinbart werden. Es besteht ein großer Bedarf hinsichtlich der Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Danske Patienter, 2019b, S. 6).

Förderliche kommunale Maßnahmen in Deutschland. Die deutschen Experten bewerteten die Inanspruchnahme von kostenlosen Pflegekursen, die pflegenden Angehörigen Hilfestellungen bei der Pflege in der Häuslichkeit geben bzw. beim Übergang der Pflege in die Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt unterstützen, als förderlich. Die pflegenden Angehörigen bekommen Informationen und Hilfe bei Antragstellungen. Die Kurseinheiten bestehen aus einem theoretischen und einem praktischen Anteil und ermöglichen außerdem den gegenseitigen Austausch unter den pflegenden Angehörigen. Das St. Franziskus

Krankenhaus in Flensburg bietet z.B. Pflegekurse für pflegende Angehörige an, wenn die pflegebedürftigen Patienten nach einem stationären Aufenthalt entlassen werden (Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital, 2020). Die Gruppenangebote finden innerhalb von drei Wochen im Umfang von vier Stunden statt und es wird Basiswissen zum Umgang mit einer Pflegesituation (z.B. Körperpflege, Mobilisation, Lagerung, Ausscheidungen, Einsatz von Hilfsmitteln, Sturz- und Dekubitus-Prophylaxe) vermittelt (Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital, 2020). Weiterhin finden regelmäßig Gesprächskreise statt, um pflegenden Angehörigen einen gegenseitigen Austausch zu ermöglichen, was seitens der Experten ebenfalls als hilfreich angesehen wurde. Als hinderlich konnte lediglich das mangelnde Wissen über die Existenz dieser Angebote exploriert werden, insofern könnte hier noch mehr Kommunikations- und Öffentlichkeitsarbeit hinsichtlich der Verbreitung und Akquise von Teilnehmern erfolgen.

Förderliche kommunale Maßnahmen in Dänemark. In Dänemark liegt die Aufgabe der Gesundheitsförderung bei den einzelnen Kommunen, demnach gibt es eine Vielzahl an kommunalen Maßnahmen zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen, die seitens der Experten als positiv bewertet wurden. Es existieren drei zentrale nationale Empfehlungen für den Einbezug von pflegenden Angehörigen (Danske Patienter, 2019b). Daher stellen die Angehörigen die wichtigste Unterstützung der pflegebedürftigen Person dar und sollen entsprechend in den Behandlungsprozess integriert werden sowie die individuelle Beteiligung und Unterstützung der Angehörigen zur Erhöhung der Lebensqualität und Verbesserung der sozioökonomischen Lage gefördert werden. Die dänische Grundhaltung ist laut der Experten, dass die individuelle Person im Fokus steht. Beispielhaft dafür wurde ein Kursangebot benannt, das pflegende Angehörige im Alltag mit der Pflegesituation und den auftretenden Belastungen unterstützen soll. Auf der Grundlage des Konzeptes soll ein landesweites einheitliches Konzept entwickelt werden. Das Programm „*Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen*“ ist ein Kursprogramm für Angehörige von Menschen mit einer langfristig bestehenden Erkrankung und besteht aus sieben Modulen, in denen die Angehörigen lernen, in einem unvorhersehbaren Alltag auf sich selbst aufzupassen (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020c). Das Kursprogramm hat zum Ziel, die Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen zu fördern und fokussiert darauf, wie Angehörige sich in ihrer Rolle wohlfühlen können. Weiterhin soll die Lebensqualität erhalten und gefördert werden und nicht maßgeblich durch eine schwere Erkrankung eines guten Freundes, Elternteils, Partner oder Ehepartner beeinträchtigt werden. Außerdem wurden von den Experten Maßnahmen benannt, wie z.B. allgemeine Entlastungsangebote, Angehörigenberater, Unterstützungsmaßnahmen und Beratungsleistungen von Freiwilligen-Organisationen, Schaffung von mehr Transparenz durch kommunikative Maßnahmen von Interessenorganisationen, Maßnahmen zur Unterstützung im Rahmen einer Gesundheitsversicherung mit psychologischem Fokus und

die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von verschiedenen Online-Kursen. Hierbei zu nennen ist, dass die Kommune Kolding im Jahr 2018 begonnen hat, Angehörigenberater einzustellen, welche pflegende Angehörige in ihrer Situation unterstützen und beraten sollen. Sie leisten dabei z.B. Hilfe beim Ausfüllen von Anträgen oder unterstützen in einem Gespräch über Schwierigkeiten sowie ermöglichen die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen für den Angehörigen, sodass er eine Auszeit von der Pflege bekommen kann (Kolding Kommune, o. J., S. 6) .

Hinderliche kommunale Maßnahmen in Dänemark. Bei den Maßnahmen der Freiwilligen-Organisationen konnte exploriert werden, dass es zu wenige Freiwillige gibt, die Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige ausführen, hier besteht ein Bedarf hinsichtlich der Akquise von mehr freiwilligen Helfern, die Unterstützung oder stundenweise Entlastung leisten können. Weiterhin wurde benannt, dass es im dänischen System noch keine einheitliche politische Lösung für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen gibt und dass eine Vielzahl der pflegenden Angehörigen über die Angebote, die sie neben den gesetzlichen Maßnahmen zur Unterstützung in Anspruch nehmen können, nicht Bescheid wissen oder nicht richtig aufgeklärt werden. Demnach wird laut dem Ældresagen (2019, S. 3ff.) mit vielen weiteren dänischen Organisationen an einer einheitlichen Regelung gearbeitet, sodass es eine Anpassung an die Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf geben kann und Pflorgetage eingeführt werden. Laut der Kolding Kommune (o. J., S. 6) soll die Umsetzung der politischen Ambition unterstützt werden, sodass es für pflegende Angehörige einfacher wird, die vorhandenen Unterstützungsangebote zu finden und in Anspruch zu nehmen. Hierbei könnte im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit noch mehr Informationsarbeit erfolgen, sodass die Angebote in der Bevölkerung bekannt werden. Im Rahmen einer einheitlichen politischen Lösung wurde außerdem der finanzielle Aspekt bei einer Freistellung von der Erwerbstätigkeit nach §119 des Dienstleistungsgesetzes benannt, da die gesetzlichen Maßnahmen einer strengen Regelung unterliegen und die Pflegevergütung nicht vergleichbar mit einem Einkommen einer Erwerbsarbeit ist.

Förderliche Maßnahmen im Unternehmen in Deutschland. Aus Sicht der deutschen Experten konnten Kooperationen mit anderen Unternehmen als förderlich exploriert werden, sodass über vorhandene Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige oder über allgemeine gesundheitsförderliche Maßnahmen informiert und vermittelt werden kann. Weiterhin wurden innerbetriebliche Maßnahmen im Rahmen einer betrieblichen Gesundheitsförderung als förderlich bewertet sowie die Bedeutsamkeit einer gesundheitsfördernden Unternehmenskultur. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014, S. 9ff.) hat Empfehlungen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf formuliert, sodass zunächst der

Unterstützungsbedarf der pflegenden Angehörigen ermittelt wird, um eine bedürfnis-entsprechende Unterstützung zu gewährleisten (Deutscher Pflegering, 2020). So sollten im Rahmen einer pflegesensiblen Unternehmenskultur Maßnahmen geschaffen werden, um ein gegenseitiges Verständnis und eine offene Kommunikation am Arbeitsplatz in Bezug auf die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zu fördern. Die Kommunikation und Sensibilisierung des Themas sowie die Verbreitung von Informationen, dass es Angebote zur Unterstützung in einer Pflegesituation gibt, wurden von den deutschen Experten ebenfalls als förderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf bewertet. Das Unternehmen *perbit* stellt diesbezüglich ein gutes Beispiel für eine pflegesensible Unternehmenskultur dar, wobei stetig Evaluationen zur Optimierung der Maßnahmen stattfinden und eine bedürfnis-gerechte Gestaltung der Maßnahmen sowie eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigen-pflege und Beruf ermöglicht werden kann (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014, S. 17f.). Es konnten im Rahmen der qualitativen Experteninterviews keine hinderlichen Faktoren zu Maßnahmen in Unternehmen exploriert werden, da die Situation hinsichtlich der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in den Unternehmen individuell sehr unterschiedlich ist, es dennoch einer erhöhten Aufmerksamkeit bedarf.

Maßnahmen in Unternehmen in Dänemark. In Dänemark liegt die Verantwortung für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei der Kommune, wodurch in den Unternehmen wenige Maßnahmen, vor allem für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen angeboten werden. Dabei konnte aus Sicht der Experten exploriert werden, dass es sich um allgemeine verhaltensbezogene Maßnahmen für alle Mitarbeiter handelt, bei denen pflegende Angehörige integriert sind. Es ließ sich dementsprechend kein Nachweis in der Literatur finden.

Kernbotschaft aus Forschungsfrage 1. Es bestehen in Deutschland und in Dänemark **förderliche gesetzliche Maßnahmen** für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, wobei es sich zusammenfassend um Freistellungsmöglichkeiten von der Erwerbstätigkeit, finanzieller Unterstützung und Entlastung handelt. **In Deutschland** bedarf es dabei einer Vereinfachung bei den Antragsstellungen und finanzieller Unterstützungsmöglichkeiten. **In Dänemark** besteht der Bedarf an praktischen Unterstützungsleistungen bei der Inanspruchnahme einer Pflegezeit in Vollzeit und einer Freistellung unabhängig von der Pflegephase in Teilzeit sowie einer einheitlichen nationalen Regelung. Flexible Arbeitsmodelle sind **in beiden Ländern** förderlich für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf, wobei die Unterschiedlichkeit der Unternehmen und Arbeitsaufgaben hinderlich sein können. Es besteht grundsätzlich Bedarf an Möglichkeiten zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung, einer vorübergehenden Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung und einer flexiblen Regelung für Urlaubsrichtlinien. Kommunale Maßnahmen können pflegende Angehörige in **Deutschland** in Form von Pflegekursen und Gesprächskreisen unterstützen, wobei vermehrt Kommunikations- und Öffentlichkeitsarbeit erfolgen sollte, um über die Existenz der Angebote zu informieren und Teilnehmer zu rekrutieren. In **Dänemark** sind die kommunalen Angebote vielfältig, dabei handelt es sich z.B. um Kursprogramme (auch digital), Unterstützungsmaßnahmen, Entlastungsangebote, Beratungsleistungen von u.a. Freiwilligen-Organisationen, Schaffung von mehr Transparenz durch kommunikative Maßnahmen von Interessenorganisationen und Maßnahmen zur Unterstützung im Rahmen einer Gesundheitsversicherung mit psychologischem Fokus. Es besteht hierbei ein Bedarf an mehr Freiwilligen- und Vermittlungsarbeit. In **deutschen Unternehmen** sind Kooperationen mit anderen Unternehmen, sodass vorhandene Angebote für pflegende Angehörige vermittelt werden können, innerbetriebliche gesundheitsförderliche Maßnahmen und eine gesundheitsfördernde Unternehmenskultur förderlich. Für eine pflegesensible Unternehmenskultur sollte ein gegenseitiges Verständnis und eine offene Kommunikation am Arbeitsplatz in Bezug auf die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf bestehen. In **Dänemark** besteht auf Seiten der Unternehmen Sensibilisierungsbedarf für das Thema Angehörigenpflege.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der zweiten Forschungsfrage der Teilstudie I diskutiert. Die Tabelle 14 fasst die zentralen Ergebnisse der zweiten Forschungsfrage: „*Welche Aspekte beeinflussen aus Sicht der Experten die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in deutschen und dänischen Unternehmen?*“

Tabelle 14: Zusammenfassung der Ergebnisse Forschungsfrage 2 der Teilstudie I.

Forschungsfrage 2	Deutschland	Dänemark
Förderliche Aspekte	<p>Anlaufstelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • feste Vertrauensperson zur (präventiven) Beratung, zum Austausch und für die emotionale Unterstützung in einer Pflegesituation • Allgemeine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, wie z.B. Bewegungsangebote <p>Unternehmenskultur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sensibilisierung</i> für das Thema Angehörigenpflege beim Kollegium & bei der Führungsebene • <i>Offene Kommunikation & Verständnis</i> für pflegende Angehörige am Arbeitsplatz • <i>Haltung der Führungsebene:</i> Erhöhung der Aufmerksamkeit auf das Thema Älterwerden im Beruf • Mitarbeiterbefragungen zur Wirksamkeit eines gesundheitsförderlichen Unternehmens & Sensibilität gegenüber pflegenden Angehörigen • Arbeit kann als Auszeit vom Alltag/Pflegesituation dienen 	<ul style="list-style-type: none"> • Anlaufstelle zur Beratung und Zurechtfindung im System • Allgemeine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die im Unternehmen oder in der Kommune während der Arbeitszeit in Anspruch genommen werden (Fokus auf Stress und Stressbewältigung) • Ausbildung von Multiplikatoren für das Thema Gesundheit in den Unternehmen <p>Unternehmenskultur</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sensibilisierung</i> für das Thema Angehörigenpflege (Sensibilisierung der Arbeitgeber besonders wichtig) • <i>Offene & verständnisvolle Kommunikation</i> am Arbeitsplatz • <i>Haltung der Führungsebene</i> • Unternehmenskultur sollte dabei so gestaltet sein, dass diese individuell, lösungs- sowie <i>bedürfnisorientiert</i> auf die Mitarbeiter eingehen kann • Erhöhung des politischen Einflusses hinsichtlich einer Änderung in der dänischen Gesetzgebung, indem das System weiter ausgebildet wird z.B. Inanspruchnahme von Pflegetagen • Flexibilität am Arbeitsplatz (Arbeitszeit & Arbeitsort); Freistellung für Pflege auf Teilzeit
Hinderliche Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • Thema Angehörigenpflege benötigt vermehrte Aufmerksamkeit in der Politik und Gesellschaft → Verdeutlichung der Problematik & Abbau von Tabus • Fehlende Informationen über die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen bei Auftreten einer Pflegesituation • Mangelnde Kommunikation über das Thema Angehörigenpflege im Unternehmen & Kommunikation über die Möglichkeiten zur Entlastung und Unterstützung bei einer Pflegesituation 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu geringes politisches Engagement • Mangelnde Flexibilität am Arbeitsplatz (Vergleich Vereinbarkeit von Familie und Beruf) Flexibilität ist abhängig von den aufzuführenden Tätigkeiten → keine einheitliche personalpolitische Regelung • Schlechte Vereinbarkeit von Pflege und Beruf → vorzeitiger Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit • Unternehmenskultur: geringes Verständnis des Arbeitgebers & hohe Privatsphäre • Viele dänische Unternehmen verfügen nicht über eine Politik für Angehörige, da kommunale Aufgabe

Förderliche Aspekte in Deutschland. Als förderliche Aspekte zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen konnte aus Sicht der deutschen Experten untersucht werden, dass eine Anlaufstelle zur (präventiven) Beratung, zum Austausch und für die emotionale Unterstützung in einer Pflegesituation hilfreich sein kann und eine feste Vertrauensperson dafür zuständig sein sollte. In der Literatur lässt sich demnach erneut auf die Empfehlungen des Deutschen Pflegerings (2020) verweisen, sodass ein gegenseitiges Verständnis und eine offene Kommunikation am Arbeitsplatz in Bezug auf die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf im Rahmen einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur umgesetzt wird. Die Unterstützungsangebote sollten dementsprechend kommuniziert und im Rahmen einer stetigen Prozessoptimierung überprüft und weiterentwickelt werden. Die Experten sagten, dass Mitarbeiterbefragungen die Wirksamkeit eines gesundheitsförderlichen Unternehmens und die Sensibilität gegenüber pflegenden Angehörigen untermauern könnten. Weiterhin benannten die Experten hinsichtlich einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur, dass die Sensibilisierung für das Thema Angehörigenpflege beim Kollegium sowie bei der Führungsebene wichtig ist, um eine offene Kommunikation und das Verständnis für pflegende Angehörige am Arbeitsplatz sowie die Haltung der Führungsebene dem gegenüber zu fördern. Dabei sollte das Thema Angehörigenpflege und Älterwerden im Beruf eine vermehrte Aufmerksamkeit erhalten.

Die Ausführung einer Erwerbstätigkeit kann den Umgang mit den durch die Pflege auftretenden Belastungen verbessern, da soziale Kontakte aufrechterhalten werden und ein Teil Autonomie in der eigenen Lebensgestaltung beibehalten werden kann (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 71). Außerdem kann der Beruf eine Art der Auszeit und Regeneration von der Pflege bedeuten, sodass die Personen soziale Unterstützung von Kollegen erhalten und sozial integriert werden, was zur Steigerung des Selbstwertgefühls und zur Verbesserung der psychischen Gesundheit beitragen kann (Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7). Dies konnte ebenfalls in den qualitativen Experteninterviews exploriert werden, was darauf hindeutet, dass es förderlich für die Gesundheit sein kann, die Erwerbstätigkeit bei einem guten Betriebsklima während der Übernahme der Pflege beizubehalten.

Hinderliche Aspekte in Deutschland. Als hinderliche Aspekte für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in Unternehmen konnte festgestellt werden, dass das Thema Angehörigenpflege zu wenig Aufmerksamkeit in der Politik und Gesellschaft erhält, was sich somit auf die Arbeitswelt und die Situation in den Unternehmen auswirkt, indem sich vor allem die Tabuisierung des Themas Angehörigenpflege als hinderlich herausstellen ließ. Ebenso wurden fehlende Informationen zu Unterstützungsleistungen bei Auftreten einer Pflegesituation als hinderlich analysiert sowie eine betriebsinterne mangelnde Kommunikation über

die Möglichkeiten zur Entlastung und Unterstützung in einer Pflegesituation. Wilz und Pfeiffer (2019, S. 7ff.) beschreiben, dass pflegende Angehörige häufig nur eingeschränkt soziale Kontakte wahrnehmen, aufgrund von mangelnder Zeit oder organisatorischen Barrieren, aber auch aufgrund der Tabuisierung des Themas in der Gesellschaft, vor allem bei demenziellen Erkrankungen. Die Aufmerksamkeit für das Thema Angehörigenpflege sollte in der Politik, der Gesellschaft und der Arbeitswelt vermehrte Beachtung finden, denn die Herausforderung, die Berufstätigkeit mit der Pflege zu vereinen, betrifft immer mehr Menschen im mittleren Erwachsenenalter, vor allem Frauen zwischen 40 und 65 Jahren (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 196). Da zwei inhaltlich, zeitlich und räumlich unterschiedliche Lebensbereiche strukturiert werden müssen, kann dies zu vielfältigen Belastungen führen. Eine Vereinbarkeit zwischen der eigenen Erwerbstätigkeit, der Partnerschaft sowie der Betreuung von Kindern und eigener Freizeit ist häufig schwierig und kann sich auf die körperliche sowie psychische Gesundheit, das soziale Netzwerk und die Erwerbstätigkeit auswirken (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 70). Die Erwerbstätigkeit wird neben der Pflege häufig als Belastung erlebt, wenn keine Möglichkeiten bestehen, arbeitsbedingte Termine zu verschieben oder die Arbeitszeit zu reduzieren, woraus oft unbezahlte Fehlzeiten resultieren (Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 6). Diese Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen wird in der Literatur auch als „Sandwich-Generation“ bezeichnet, die häufig durch Schuldgefühle aufgrund der Doppelbelastungen, Zukunftssorgen und Angst vor Arbeitsplatzverlust gekennzeichnet ist (Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 6). Die Ergebnisse der FORSA-Studie aus dem Jahr 2014 ergaben, dass 72% der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf als eher schlecht oder sehr schlecht einstufen (Nowossadeck et al., 2016, S. 16). Bei Erwerbstätigen, die bereits eine eigene Pflegeerfahrung hatten, fiel die Einschätzung mit 82% noch schlechter aus und in einer Online-Befragung im Jahr 2014 von Arbeitnehmern gaben lediglich 17% an, dass ihr Arbeitgeber Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie anbietet (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2016, S. 73). Demnach konnte der Bedarf an einer Optimierung zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in der Literatur sowie in der vorliegenden Forschungsarbeit deutlich herausgestellt werden.

Förderliche Aspekte in Dänemark. Laut dem Ældresagen (2019, S. 3) besteht ein Bedarf an konkreten Rechten und systematischen Maßnahmen für pflegende Angehörige, woraufhin fünf Prinzipien hinsichtlich sozialer, gesundheitsrelevanter und arbeitsbezogener Initiativen und Maßnahmen zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen formuliert wurden. Diese Prinzipien bieten eine Grundlage für lokale, regionale und landesweite Initiativen und politische Maßnahmen. Die Experten benannten in den qualitativen Befragungen, dass der politische Einfluss hinsichtlich einer Änderung in der dänischen Gesetzgebung erhöht werden müsste, sodass das System weiter ausgebildet wird und z.B. die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflgetagen in der Gesetzgebung verankert wird, was sich somit förderlich auf die Situation in

den dänischen Unternehmen auswirken würde. Den fünf Prinzipien des Ældresagen (2019, S. 3) zufolge soll der rechtliche Status der pflegenden Angehörigen gestärkt werden, sie sollen anerkannt, integriert und informiert werden, die Kenntnis der Bedingungen und der Unterstützungsmaßnahmen soll gestärkt werden, gesundheitlichen Problemen und sozialer Isolation soll vorgebeugt werden und die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf soll verbessert werden. Infolgedessen geht aus den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit sowie aus der Literatur hervor, dass diese Prinzipien zukünftig möglichst umgesetzt werden sollten, um pflegende Angehörige besser zu unterstützen. Als förderliche Aspekte zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in dänischen Unternehmen wurde, wie bei den deutschen Experten, auch auf der dänischen Seite exploriert, dass eine Anlaufstelle zur Beratung und Zurechtfindung im System hilfreich sein kann. Als gesundheitsförderliche Maßnahme könnte die Ausbildung von Multiplikatoren für das Thema Gesundheit in den Unternehmen hilfreich sein und somit würden die Informationen zu Unterstützungsleistungen systematisch und leicht zugänglich für alle Angehörigen sein (Ældresagen, 2019, S. 3).

Hinsichtlich einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur konnte aus Sicht der Experten untersucht werden, dass die Sensibilisierung für das Thema Angehörigenpflege, eine offene und verständnisvolle Kommunikation am Arbeitsplatz und die Haltung der Führungsebene gegenüber dem Thema bedeutsam sind. Die Sensibilisierung der Arbeitgeber sollte laut der Experten in Dänemark noch vermehrt in den Fokus rücken. Die Unternehmenskultur sollte dabei so gestaltet sein, dass diese individuell, lösungs- sowie bedürfnisorientiert auf die Mitarbeiter eingehen kann. Laut dem Ældresagen (2019, S. 3) sollten strukturierte Maßnahmen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen und den Kommunen die Ressourcen, Belastungen und Bedarfe von pflegenden Angehörigen rechtzeitig identifizieren und relevante Unterstützungsangebote entsprechend der Bedürfnisse entwickelt werden, um die Gesundheit der Zielgruppe zu fördern. Hinsichtlich gesundheitsförderlicher Maßnahmen sahen die dänischen Experten es als wichtig an, Maßnahmen im Unternehmen oder in der Kommune während der Arbeitszeit anzubieten, die die Bewältigung von Stressoren fokussieren. Weiterhin als sehr bedeutsam stellte sich die Flexibilität am Arbeitsplatz aus Sicht der Experten heraus, wobei vor allem die Möglichkeiten zur flexiblen Einteilung von Arbeitszeit und Arbeitsort genannt wurden sowie die Möglichkeit die Arbeitszeit auf eine Teilzeittätigkeit zu reduzieren. Mittels des fünften Prinzips des Ældresagen (2019, S. 3ff) soll eine passende Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf sichergestellt werden, sodass Pflagetage eingeführt werden, die pflegenden Angehörigen die Möglichkeit haben ihre Arbeitszeit flexibel zu gestalten, zeitweise in Teilzeit zu arbeiten und es eine flexible Regelung für die Urlaubsrichtlinien sowie eine Urlaubsvergütung gibt. Außerdem soll pflegenden Angehörigen eine Beratung hinsichtlich der Wohnsituation, Finanzierung und zukünftigen Arbeitsmarktsituation

angeboten werden. Weiterhin soll die Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen, Kommunen, Krankenhäusern und anderen Institutionen optimiert werden.

Hinderliche Aspekte in Dänemark. Die oben genannten Prinzipien entsprechen den hinderlichen Faktoren, die von den dänischen Experten hinsichtlich der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf exploriert werden konnten. Aspekte, die die Vereinbarkeit in Unternehmen negativ beeinflussen sind daher ein zu geringes politisches Engagement, eine mangelnde Flexibilität am Arbeitsplatz, vor allem im Vergleich zu den Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, aber auch in Bezug auf die aufzuführenden Arbeitsaufgaben. Es existiert bislang keine einheitliche personalpolitische Regelung, die dennoch einen deutlichen Bedarf darstellt, was ebenfalls die Forderungen des Ældresagen (2019) verdeutlichen. In den Aussagen der Experten sowie in der Literatur wurde deutlich, dass viele pflegende Angehörige vorzeitig aus der Erwerbstätigkeit aussteigen. Die Untersuchung der KMD (2018, S. 5) konnte feststellen, dass ein Drittel der pflegenden Angehörigen, die über 11 Stunden pro Woche pflegen, körperliche Belastungen aufweisen und überlegen, ihre Erwerbstätigkeit aufzugeben. Demnach kosten die Krankentage für Angehörigenpflege den Arbeitgebern in Dänemark ca. 314 Millionen Kronen im Jahr. Es meldeten sich nach den Daten der KMD (2018, S. 5) 16% der pflegenden Angehörigen wegen eigenen körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen, aufgrund der Ausführung von pflegerischen Tätigkeiten, krank. Dabei überlegen 14% den Arbeitsmarkt frühzeitig zu verlassen und 3% haben diese Entscheidung bereits getroffen und übernehmen die Pflege in Vollzeit. Die Unternehmenskultur kann die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Unternehmen durch ein geringes Verständnis des Arbeitgebers und eine hohe Privatsphäre hinderlich beeinflussen. Eine Vielzahl der dänischen Unternehmen verfügt nicht über eine Politik für Angehörige, da diese Aufgabe bei den Kommunen liegt. Hier ist eine bessere Zusammenarbeit aller Akteure, insbesondere der Angehörigen, Kommunen, Krankenhäusern und anderen Institutionen anzustreben (Ældresagen, 2019), sodass auch die dänischen Unternehmen mehr für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf sensibilisiert werden.

Kernbotschaft aus Forschungsfrage 2. Es bedarf in beiden Ländern einer Anlaufstelle im Unternehmen mit einer festen Vertrauensperson zur Beratung und Unterstützung pflegender Angehöriger. Es können betriebsintern Multiplikatoren für das Thema Gesundheit ausgebildet werden. Eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur mit ausreichend Flexibilität bei der Arbeitszeitgestaltung trägt dazu bei, dass eine vermehrte Sensibilisierung für das Thema Angehörigenpflege erfolgen kann. Dabei sind eine offene und verständnisvolle Kommunikation am Arbeitsplatz und die Haltung der Führungsebene bedeutsam. Es besteht ein Bedarf an mehr Aufmerksamkeit in der Gesellschaft, Arbeitswelt und Politik für das Thema Angehörigenpflege insbesondere einer Enttabuisierung, vermehrte Informationsvermittlung von Unterstützungsleistungen und einer pflegesensiblen betriebsinternen Kommunikation über Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten, sodass die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf optimiert werden kann. In Dänemark besteht der Bedarf einer einheitlichen personalpolitischen Regelung für eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen, Kommunen, Unternehmen, Krankenhäusern und anderen Institutionen.

Im weiteren Verlauf werden die Ergebnisse der dritten Forschungsfrage der Teilstudie I diskutiert. Die zentralen Ergebnisse der dritten Forschungsfrage „*Was sollte aus Sicht der Experten bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark berücksichtigt werden?*“ sind in der Tabelle 15 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 15: Zusammenfassung der Ergebnisse Forschungsfrage 3 der Teilstudie I.

Forschungsfrage 3	Deutschland	Dänemark
Förderliche Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenschließung von kleinen Unternehmen (Akquise einer angemessenen Teilnehmerzahl) • Kommunikation der Kursangebote über das Intranet des jeweiligen Unternehmens & Bereitstellung von Informationsmaterial; Forum für den gegenseitigen Austausch • Vertrauensperson im Unternehmen als Ansprechpartner und zum Austausch untereinander • zielgruppenspezifische und personenzentrierte Konzeption der Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Inanspruchnahme während der Arbeitszeit → Mitwirkung der dänischen Gesetzgebung, Unterstützung zur Teilnahme von den Vorgesetzten, Online-Angebote • Einführung von Pflegetagen • Politische Regelung für alle Kommunen in Dänemark (wird derzeit dran gearbeitet) • Allgemeine Maßnahme zur Informationsvermittlung (Erreichbarkeit der Zielgruppe erhöhen) • Vertrauensperson im Unternehmen • Zielgerichtete und personenzentrierte Maßnahmen (bedürfnisentsprechend → Erhöhung der Lebensqualität)
Hinderliche Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Implementierung in den Alltag hinsichtlich Verhaltensänderung schwierig, da Routinen verändert werden müssten (Motivation) • Programm sollte eine verpflichtende Teilnahme voraussetzen, um die Inanspruchnahme zu gewährleisten 	<ul style="list-style-type: none"> • Bisher keine gesetzliche Regelung für Unternehmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Dänemark

	<ul style="list-style-type: none">• 90 Minuten Kurslänge während der Arbeitszeit bzw. nach Feierabend zu lange	
--	--	--

Förderliche Faktoren aus Sicht der deutschen Experten. Aus Sicht der deutschen Experten ist für die Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige förderlich, wenn kleine Unternehmen sich zusammenschließen, um eine angemessene Teilnehmerzahl zu rekrutieren und gleichzeitig die Erreichbarkeit und Vermittlung von Angeboten verbessert wird. Die Kursangebote sollten über das jeweilige betriebsinterne Intranet kommuniziert sowie Informationsmaterial bereitgestellt werden. Weiterhin ist aus Sicht der Experten ein digitales Forum für den Austausch untereinander förderlich. Eine feste Vertrauensperson bzw. Ansprechpartner im Unternehmen für pflegende Angehörige sowie der gegenseitige Austausch untereinander während der Kurseinheiten und eine zielgruppenspezifische und personenzentrierte Konzeption der Maßnahmen sollte bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes mitberücksichtigt werden. Laut der Literatur ist die Einführung von familienfreundlichen Strukturen in Unternehmen wirksam, wenn im Rahmen der personalpolitischen Leitlinien eine entsprechende Unternehmenskultur im betrieblichen Alltag gelebt wird und dabei vier zentrale Elemente, wie passgenaue Maßnahmen, Transparenz, Kommunikation, Kooperation (Führungskräfte) und Verbindlichkeit und Regeln für eine Verankerung im Werte- und Steuersystems des Unternehmens berücksichtigt werden (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 19; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 7f.). Hierbei kann als Praxisbeispiel das Unternehmen „*Globus SB-Warenhaus Holding GmbH & Co. KG*“ genannt werden, welches im Jahr 2018 zum vierten Mal in Folge vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit dem Zertifikat „*berufundfamilie*“ ausgezeichnet wurde (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014, S. 14f.). Das Unternehmen bietet den Mitarbeitern eine individuelle Unterstützung in Form von Beratungsangeboten und flexiblen Arbeitszeitmodellen sowie vielfältigen Informationsmaterialien über das betriebsinterne Intranet. Das Unternehmen verfügt über eine offene und vertrauensvolle Unternehmenskultur für eine gute Vereinbarkeit von Familie/Pflege und Beruf.

Hinderliche Faktoren aus Sicht der deutschen Experten. Die deutschen Experten sahen als hinderlich für die Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes die Implementierung in den Alltag vor allem in Bezug auf eine langfristige Verhaltensänderung an, da Routinen verändert werden müssten. Dies lässt sich auch in der Literatur wiederfinden, da die Pflege von Angehörigen mit vielen Doppelbelastungen verbunden ist (Pearlin et al., 1990, S. 588). Die Entstehung von Stress bei erwerbstätigen pflegenden Angehörigen kann anhand der soziologischen Stresstheorie von Leonard I. Pearlin (1983) beschrieben werden, welche

die Entstehung von Stress anhand der soziokulturellen und gesellschaftlichen Hintergründe von Belastungssituationen beschreibt. Diese können z.B. durch die Ausführung eines Berufes, dem Alter oder Geschlecht entstehen sowie durch Dauerbelastungen in sozialen Rollen, wie z.B. Pflege, Beruf, Ehe (Faltermaier, 2017, S. 100ff.). Im Zusammenhang mit der Angehörigenpflege können unterschiedliche Arten von Stressoren (objektiv und subjektiv) zu unterschiedlichen individuellen sozialen, personellen, körperlichen oder psychischen Belastungen führen (Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 16). Diesbezüglich sollte im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprogrammes an den Stressoren angesetzt und Stressbewältigungsstrategien aufgebaut werden, sodass diese im Alltag umgesetzt werden können und zu mehr Lebensqualität und Wohlbefinden beitragen. Dabei sollten die Maßnahmen so konzipiert werden, dass eine Alltagsimplementierung gewährleistet werden kann. Außerdem sollten die Maßnahmen nach Möglichkeit dauerhaft und wiederkehrend angeboten werden. Nach Abschluss des Programmes könnten auch weitere Austauschtreffen stattfinden. Das Programm sollte eine verpflichtende Teilnahme im Betrieb voraussetzen, um die Inanspruchnahme zu gewährleisten. Laut der Äußerungen der Experten sind 90 Minuten als Kurslänge während der Arbeitszeit bzw. nach Feierabend zu zeitintensiv, sodass dies sich hinderlich auf die Inanspruchnahme auswirken könnte. Pflegende Angehörige haben aufgrund der vielfältigen Aufgaben wenig zeitliche Ressourcen, da sie häufig die eigene Erwerbstätigkeit, die Partnerschaft sowie die Betreuung von Kindern und eigener Freizeit miteinander vereinbaren müssen, woraus körperliche sowie psychische Auswirkungen auf die Gesundheit, das soziale Netzwerk und die Erwerbstätigkeit entstehen können (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 70).

Förderliche Faktoren aus Sicht der dänischen Experten. Die dänischen Experten nannten als wichtig bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige, dass die Maßnahmen während der Arbeitszeit in Anspruch genommen werden können und hierbei eine Mitwirkung in der dänischen Gesetzgebung sowie eine Unterstützung zur Teilnahme von den Vorgesetzten erfolgen sollte. Hierbei kann erneut auf die Prinzipien des *Ældresagen* (2019, S. 3) verwiesen werden, sodass soziale, gesundheitsrelevante und arbeitsbezogene Initiativen und Maßnahmen zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen entwickelt werden können und eine Grundlage für die Konzeption von lokalen, regionalen und landesweiten Initiativen und politischen Maßnahmen bilden. Dabei war außerdem die Einführung einer bestimmten Anzahl von Pflegetagen im Jahr sowie eine einheitliche politische Regelung für alle Kommunen in Dänemark bedeutsam für die Implementierung eines Gesundheitsförderungsprogrammes. So könnten nach den Prinzipien des *Ældresagen* (2019, S. 3ff.) gesundheitlichen Problemen und sozialer Isolation von pflegenden Angehörigen entgegenwirkt werden und durch strukturierte Maßnahmen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen und den Kommunen frühzeitig Belastungen,

Bedarfe und Ressourcen identifiziert werden. Dabei konnte im Rahmen der qualitativen Experteninterviews festgestellt werden, dass zu allgemeinen gesundheitsförderlichen Maßnahmen in Form von Informationsvermittlung und Verhaltensprävention auch digitale Angebote in Betracht gezogen werden können. Die Maßnahmen sollten dabei zielgerichtet und personenzentriert ausgerichtet sein, sodass diese individuell auf die Bedürfnisse der Person angepasst werden können, um die Lebensqualität zu erhöhen. Im betrieblichen Kontext ist laut der Experten eine feste Vertrauensperson für erwerbstätige pflegende Angehörige wichtig. So kann der Bedarf hinsichtlich der Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt und die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessert werden (Danske Patienter, 2019b, S. 6).

Hinderliche Faktoren aus Sicht der dänischen Experten. Von den dänischen Experten wurde als hinderlich für die Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes benannt, dass es bislang keine gesetzliche Regelung für Unternehmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gibt. Dies lässt sich anhand der Literatur belegen. Denn so schreiben die Danske Patienter (2019b, S. 6), dass die wenigsten pflegenden Angehörigen Möglichkeiten haben, an einem Kursangebot während der Arbeitszeit teilzunehmen und Urlaubs- oder Pflgetage individuell mit dem Vorgesetzten vereinbart werden müssen sowie, dass ein großer Bedarf an Flexibilität auf dem dänischen Arbeitsmarkt für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf besteht.

Kernbotschaft aus Forschungsfrage 3. Bei der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige ist es förderlich, dass kleine Unternehmen sich zusammenschließen, um eine angemessene Teilnehmerzahl zu rekrutieren und die Erreichbarkeit und Vermittlung von Angeboten verbessert wird. Außerdem förderlich sind Maßnahmen während der Arbeitszeit, die Digitalisierung von Angeboten, eine zielgerichtete und personenzentrierte Konzeption mit entsprechender Alltagsimplementierung und einen festen Ansprechpartner zum Thema Angehörigenpflege im Unternehmen. In Dänemark ist eine Unterstützung durch die Gesetzgebung und die Vorgesetzten für gesundheitsförderliche Maßnahmen sowie der Bedarf einer gesetzlichen Regelung für Unternehmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bedeutsam.

Die nachfolgende Tabelle 16 gibt einen Überblick über die zentralen Ergebnisse der Forschungsfrage 4 der Teilstudie I „*Wie würden die Experten ein bestehendes Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark weiterentwickeln?*“ Die Ergebnisse werden mithilfe des theoretischen Hintergrundes im weiteren Verlauf diskutiert. Die Kernbotschaften werden aufgrund der Komplexität und der Relevanz für die Teilstudie II für die vierte Forschungsfrage für Deutschland und Dänemark getrennt dargestellt.

Tabelle 16: Zusammenfassung der Ergebnisse Forschungsfrage 4 der Teilstudie I.

Forschungsfrage 4	Deutschland	Dänemark
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcenstärkung zur Vermittlung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils • Zeitmanagementstrategien • Stärkung und Erhalt der Muskulatur • Förderung körperliche Aktivität • Kommunikation und Konfliktlösetraining • Entspannung und Achtsamkeit • Informationsmodul über Umgang mit einer Pflegesituation & Aufklärung über gesetzliche Unterstützungsangebote • Kooperationen & Vermittlung von gesundheitsförderlichen Angeboten zur bedürfnisorientierten und vielseitigen Maßnahmenauswahl 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung zur Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen & zum Umgang mit einer Pflegesituation (DE Informationsmodul) • Orientierung an bestehendem dänischen Gesundheitsförderungsprogramm mit Fokus auf Zeitmanagement & Stressbewältigung • Thematisierung von Rollen, Identität, Selbstverständnis/Selbstbild & Umgang mit Stressoren (positive Erfahrung) • Vermittlung von gesundheitsförderlichen Angeboten im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprogrammes zur bedürfnisorientierten & eigenverantwortlichen Maßnahmenauswahl • Förderung der mentalen Gesundheit • Fokus auf Stressbewältigung & Kommunikation → offene Kommunikation mit Kollegen & Vorgesetzten + Kommunikation mit der zu pflegenden Person; Austausch in einer Gemeinschaft für gegenseitiges Verständnis • Effektives Konfliktmanagement • Förderung der körperlichen Aktivität • Praxistipps gesunder Schlaf
Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeit der Festlegung eines allgemeinen zeitlichen Rahmens, da individuell unterschiedliche Umsetzung in den Unternehmen (z.B. stundenweise während der Arbeitszeit oder in der Freizeit bzw. anteilig, geblockt an einem oder mehreren Tagen) • krankheitsspezifische Ausrichtung der Maßnahmen • Zielgruppenspezifisch: erwerbstätige pflegende Angehörige • Aufbaukurse oder sich wiederholende Maßnahmen → Sicherung Nachhaltigkeit & langfristige Unterstützung • Angebot d. Maßnahmen während der Arbeitszeit: unterschiedliche Meinungen → nicht zu zeitintensiv → kürzer, aber regelmäßig; zu Beginn während der Arbeitszeit & weiterführende Maßnahmen außerhalb der Arbeitszeit (Eigenverantwortung) 	<ul style="list-style-type: none"> • unterschiedliche Expertenmeinungen zu den zeitlichen Rahmenbedingungen (Orientierung 6-10 Wochen 30-120 Minuten); entweder während der Arbeitszeit oder Anschluss an den Feierabend • Wenn während der Arbeitszeit: Rahmen von 4 Wochen kann zu lang sein → Vereinbarungen mit dem Arbeitgeber Aufteilung Arbeitszeit & Freizeit • Module: Informationsvermittlung & praktische Inhalte • Maßnahmenentwicklung nach Diagnosen der zu pflegenden Personen → Austausch unter Gleichgesinnten (Akquise einer ausreichenden Teilnehmerzahl schwierig) • Entwicklung von verschiedenen Maßnahmen für spezifische Arbeitsplätze → passgenaue Maßnahmen für Unternehmen • Zielgerichtete und personenzentrierte Maßnahmen • Peer-to-Peer-Ansatz → Kombination Austausch unter Gleichgesinnten und gesundheitsförderlichen Maßnahmen

<p>Barrieren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung während der Arbeitszeit • Unternehmen als geeigneter Ort, z.B. mehr Flexibilität bei Bewegungsangeboten 	<ul style="list-style-type: none"> • Ökonomie/Finanzierung bei Implementierung in der Kommune oder Unternehmen (Maßnahmen und Arbeitszeit der Angehörigen bei Inanspruchnahme während der Arbeitszeit) • Erreichbarkeit der Zielgruppe aufgrund mangelnder Zeit • Selbstverwaltung & Individualität bei Auswahl von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einer jeden Kommune in Dänemark (bislang kein gemeinsamer politischer Standard) & geringes Interesse vieler Unternehmen an der Mitarbeitergesundheit • Unternehmen nicht der richtige Ort & Kommunen lenken nicht genügend Aufmerksamkeit auf diese Zielgruppe; Kommune wäre laut Experten ein geeigneterer Ort für ein Gesundheitsförderungsprogramm • Inanspruchnahme der Maßnahmen aufgrund mangelnder Freizeit nicht möglich, wenn nicht während der Arbeitszeit → Angehörige wollen aus Scham ihre Arbeitszeit möglicherweise nicht dafür nutzen
-------------------------	--	---

Inhaltliche Aspekte aus Sicht der deutschen Experten. Die Inhalte des Gesundheitsförderungsprogrammes sollten aus Sicht der deutschen Experten auf die Stärkung der Ressourcen der pflegenden Angehörigen ausgerichtet sein und Themen wie Zeitmanagementstrategien, die Stärkung und den Erhalt der Muskulatur, körperliche Aktivität, Kommunikation und Konfliktlösetraining sowie Entspannung und Achtsamkeit beinhalten. Auch die Literatur zeigt, dass pflegende Angehörige im Vergleich zu nicht pflegenden Personen mehr stressbedingte und depressive Symptome aufweisen, eine niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung haben sowie über ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere Immunkompetenz verfügen (Wilz & Pfeiffer, 2019, S, 11f). Hierbei ist die Bedeutsamkeit der Stärkung und des Aufbaus von gesundheitsrelevanten Ressourcen insbesondere bei pflegenden Frauen von Bedeutung, da Frauen, die ein bis zwei Stunden täglich pflegen signifikant mehr gesundheitliche Einschränkungen, einen schlechteren Gesundheitszustand und stärkere psychische Belastungen aufweisen sowie weniger körperlich aktiv sind und vermehrt rauchen, als Personen ohne Pflegeaufgaben (Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 11). In der Masterarbeit von Herrmann (2017) wurde bereits ein Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige konzipiert, welches die Grundlage dieser Untersuchung bildet. Das Programm beinhaltet vier Module zur Stärkung der psychosozialen und körperlichen Gesundheit von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen. Die Ergebnisse der inhaltlichen Aspekte der Expertenmeinungen decken sich mit den Themenschwerpunkten des Programms von Herrmann (2017) in den Bereichen Stressbewältigung, Achtsamkeit, Bewegung und

Entspannung. Ein ergänzender Themenschwerpunkt aus den Ergebnissen der Teilstudie I bildet die Kommunikation und das Konfliktlösetraining hinsichtlich der Kommunikation am Arbeitsplatz mit Vorgesetzten und Kollegen, mit Behörden, dem Gesundheitspersonal, aber auch mit der zu pflegenden Person selbst. Die Wichtigkeit dieses Themenschwerpunktes konnte bereits in der Untersuchung von Struve (2018) festgestellt werden. Weiterhin konnten aus den Ergebnissen der Masterarbeit von Struve (2018) Handlungsempfehlungen in Form von verhaltenspräventiven Maßnahmen zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger abgeleitet werden. Im Rahmen einer primär- und sekundärpräventiven Intervention können so personale Ressourcen und Stressbewältigungsstrategien aufgebaut werden. Struve (2018) verwies darauf, dass dies durch Module mit den Schwerpunkten Psychoedukation, Bewegung, instrumentelle und emotionale Stressbewältigung sowie soziale Kompetenzförderung umgesetzt werden kann. Hinsichtlich der Psychoedukation ergaben die Befragungen der deutschen Experten der Teilstudie I, dass ein Informationsmodul über einen ressourcenorientierten Umgang mit einer Pflegesituation sowie über mögliche kommunale und gesetzliche Unterstützungsangebote aufklären kann. Außerdem konnten Kooperationen und die Vermittlung von gesundheitsförderlichen Angeboten als bedeutsam für eine bedürfnisorientierte und vielseitige Auswahl an Maßnahmen für die Zielgruppe exploriert werden.

Rahmenbedingungen aus Sicht der deutschen Experten. Die Rahmenbedingungen des Programmes von Herrmann (2017, S. 140f.) betragen vier Wochen, wobei jedes Modul eine Einheit von 90 Minuten umfasst, sodass eine Umsetzung im Setting Betrieb gewährleistet werden kann. Die Durchführung des Kurses sollte während der Arbeitszeit erfolgen und die Teilnahme ist freiwillig. Zu den Rahmenbedingungen zur Konzeption des Gesundheitsförderungsprogrammes konnte aus Sicht der deutschen Experten herausgefunden werden, dass es schwierig ist, einen allgemeinen zeitlichen Rahmen festzulegen, da es im betrieblichen Setting individuell unterschiedlich umgesetzt werden würde und an die jeweiligen Bedingungen des Unternehmens angepasst werden muss. Die Experten benannten, dass es stundenweise während der Arbeitszeit oder außerhalb der Arbeitszeit bzw. anteilig stattfinden kann oder geblockt an einem oder mehreren Tagen. Es konnten unterschiedliche Meinungen über die Durchführung während der Arbeitszeit exploriert werden, denn Maßnahmen, die während der Arbeitszeit erfolgen, dürfen nicht zu zeitintensiv sein. Demzufolge müssten die Maßnahmen vom zeitlichen Umfang kürzer sein, aber regelmäßig angeboten werden. Es wurde vorgeschlagen, die Maßnahmen zu Beginn während der Arbeitszeit anzubieten und weiterführende Maßnahmen außerhalb der Arbeitszeit. Bei der Inanspruchnahme ist ein Maß an Eigenverantwortung auf Seiten der Zielgruppe erforderlich, sodass auch außerhalb der Arbeitszeit Maßnahmen in Anspruch genommen werden würden. Es lässt sich grob festlegen, dass ein Rahmen von 4 Wochen im Umfang von 90 Minuten pro Einheit als geeignet angesehen werden kann und die Vereinbarung der Inanspruchnahme

während der Arbeitszeit individuell vereinbart werden muss. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass die Maßnahmen krankheitsspezifisch in Bezug auf die Diagnose der zu pflegenden Person ausgerichtet sein sollten, da der Umgang mit Belastungen unterschiedlich sein kann. Aufbaukurse oder sich wiederholende Maßnahmen könnten die Nachhaltigkeit eines Gesundheitsförderungsprogrammes sichern, sodass die pflegenden Angehörigen eine langfristige Unterstützung bekommen und eine Integration der erlernten Inhalte im Alltag langfristig umgesetzt werden kann sowie ein gesundheitsförderlicher Lebensstil aufrechterhalten wird.

Barrieren aus Sicht der deutschen Experten. Barrieren für die Implementation eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige konnten zum einen bei der Umsetzung während der Arbeitszeit exploriert werden, da individuell unterschiedliche Möglichkeiten in Form von Arbeitszeitmodellen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 11f.) bestehen und nicht jeder Arbeitgeber die Inanspruchnahme während der Arbeitszeit gewährleisten kann. Zum anderen konnte herausgefunden werden, dass das Setting Betrieb möglicherweise nicht der richtige Ort für ein solches Programm ist. Das ist vor allem auf die Privatsphäre gegenüber Kollegen und Vorgesetzten und das Verständnis für Angehörigenpflege am Arbeitsplatz zurückzuführen. Demnach ist eine gesundheitsförderliche und familienfreundliche Unternehmenskultur notwendig, die den Mitarbeitern flexible Arbeitszeitmodelle anbietet, welche sich positiv auf die Effektivität, Produktivität und Motivation auswirken kann und demzufolge gleichzeitig Fehlzeiten reduziert werden können (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 8). Auch die Masterthesis von Struve (2018) konnte gleichermaßen hinsichtlich der verhältnispräventiven Maßnahmen explorieren, dass es drei grundlegender Bedingungen bedarf, um die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zu verbessern. Das ist zum einen eine familienfreundliche Unternehmenskultur, sodass die Arbeitszeitgestaltung ausreichend Flexibilität bietet, die Haltung der Führungskräfte hinsichtlich des Themas Angehörigenpflege sowie die Informationsvermittlung und Kommunikation zum Thema Pflege und Unterstützungsmöglichkeiten.

Kernbotschaft aus Forschungsfrage 4 DE. Inhaltliche Aspekte zur Umsetzung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige sind die Stärkung von gesundheitsförderlichen Ressourcen und die Reduktion von Stressoren, insbesondere dem Erlernen von Zeitmanagementstrategien, die Stärkung und der Erhalt der Muskulatur, die Förderung der körperlichen Aktivität, Kommunikation und Konfliktlösetraining sowie Entspannung und Achtsamkeit. Der Themenschwerpunkt Kommunikation und das Konfliktlösetraining aus der Masterthesis von Struve (2018) wurde hinsichtlich der Kommunikation am Arbeitsplatz mit Vorgesetzten und Kollegen, mit Behörden, dem Gesundheitspersonal und der zu pflegenden Person weiterentwickelt. Die Rahmenbedingungen sollten an das jeweilige (betriebliche) Setting individuell angepasst werden, wobei ein Rahmen von 4 Wochen im Umfang von 90 Minuten pro Einheit geeignet erscheint. Die Maßnahmen sollten anteilig während der Arbeitszeit stattfinden und krankheitsspezifisch auf die Diagnose der pflegebedürftigen Person ausgerichtet sein. Barrieren können bei der Umsetzung während der Arbeitszeit aufgrund von unterschiedlichen Arbeitszeitmodellen auftreten und hinsichtlich der Privatsphäre gegenüber Kollegen und Vorgesetzten am Arbeitsplatz. Hierbei bedarf es einer gesundheitsförderlichen und familienfreundlichen Unternehmenskultur mit flexiblen Arbeitszeitmodellen.

Inhaltliche Aspekte aus Sicht der dänischen Experten. Aus der Sicht der dänischen Experten waren für die Konzeption eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige eine Beratung zur Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen und zum Umgang mit einer Pflegesituation bedeutsam. Es wurde hinsichtlich der inhaltlichen Aspekte von einem dänischen Gesundheitsförderungsprogramm berichtet, welches den Fokus auf **Zeitmanagement und Stressbewältigung** legt. Das Gesundheitsförderungsprogramm „*Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen*“ ist ein Kursprogramm für Angehörige von Menschen mit einer langfristig bestehenden Erkrankung und besteht aus sieben Modulen, in denen pflegende Angehörige lernen, in einem unvorhersehbaren Alltag auf sich selbst aufzupassen (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020c). Das Kursprogramm hat das Ziel die **Selbstfürsorge** der pflegenden Angehörigen zu fördern und zielt außerdem auf die Erhöhung des Wohlbefindens und der Lebensqualität ab. Das Konzept ist eine Weiterentwicklung des Programms „*Lerne den Umgang mit einer chronischen Erkrankung*“ (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017, S. 5). Dem Programm „*Lerne den Umgang mit einer chronischen Erkrankung*“ liegen randomisierte, kontrollierte Untersuchungen zugrunde, die zeigen, dass die Teilnehmer mehr körperlich aktiv sind, erleben, dass sie weniger müde und traurig sind, besser mit dem Gesundheitspersonal kommunizieren können, sich weniger Sorgen um ihre Gesundheit und ihre Zukunft machen, besser Symptome wie Schmerzen, Müdigkeit und Traurigkeit bewältigen können und einen

Glauben an ihre Fähigkeiten mit der Situation umzugehen haben (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017, S. 5). In den Befragungen wurde dabei u.a. von positiven Erfahrungen mit pflegenden Angehörigen zu den Themen **Angehörigenrolle, Identität, Selbstverständnis/Selbstbild** und dem **Umgang mit Stressoren** berichtet. Auch in der Literatur wird beschrieben, dass aus den Einschränkungen in verschiedenen Bereichen des Lebens und aufgrund der Übernahme der Pflege eine Verringerung des Selbstkonzeptes resultieren und zu einer höheren Stressanfälligkeit und depressiven Symptomen führen kann, und dem durch Aneignung neuer Kompetenzen und Wissen im Bereich der Pflege entgegen gewirkt werden kann (Pearlin et al., 1990, S. 588f). Die Experten sagten, dass die Förderung der mentalen Gesundheit und der Fokus auf **Stressbewältigung sowie Kommunikation** bedeutsam sind. Hinsichtlich der Kommunikation konnte exploriert werden, dass eine offene Kommunikation mit den Kollegen und den Vorgesetzten, aber auch die Kommunikation mit der zu pflegenden Person und der Austausch in einer Gemeinschaft relevant sind. Wenn dieses Verständnis vorhanden ist und mehr gefördert wird, kann im Rahmen der Empfehlungen des Ældresagen (2019) eine passende Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf sichergestellt und der hohe Bedarf an flexiblen Möglichkeiten bei der Arbeitsgestaltung reduziert werden (Danske Patienter, 2019b, S. 6). Weitere Themenfelder zur Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes konnten hinsichtlich eines effektiven **Konfliktmanagements**, Maßnahmen zur **Steigerung der körperlichen Aktivität** und Praxistipps zu einem **gesunden Schlaf** exploriert werden. Die Stressoren, die durch die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auftreten können, führen häufig zu vielfältigen Belastungen und Konflikten (Pearlin et al., 1990, S. 588). Die Ergebnisse internationaler Studien zeigen, dass durchschnittlich 10% der Arbeitnehmer mindestens sechs Arbeitstage im Jahr wegen ungelöster Konflikte aufgrund der Pflegesituation fehlen (vgl. MetLife Studie 1997; zitiert nach Schneider et al., 2011, S. 21f). Die Wichtigkeit eines effektiven Konfliktmanagements wird dadurch deutlich. Auch das Programm *„Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“* greift die Themen *Umgang mit Konflikten und anderen Herausforderungen* und *Kommunikation mit der erkrankten Person und anderen* auf, in dessen Rahmen häufig Konflikte auftreten (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020b). Aus Sicht der Experten kann die Vermittlung von weiteren gesundheitsförderlichen Angeboten, die kommunal angeboten werden, eine bedürfnisorientierte und eigenverantwortliche Auswahl der Maßnahmen auf Seiten der Angehörigen fördern.

Rahmenbedingungen aus Sicht der dänischen Experten. Die Meinungen der Experten zu den zeitlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige waren unterschiedlich, orientierten sich zusammenfassend aber an 6 bis 10 Wochen für das Kursprogramm und 30-120 Minuten pro Einheit.

Die Inanspruchnahme der Maßnahmen sollte entweder während der Arbeitszeit erfolgen oder sich an den Feierabend anschließen. Wenn die Maßnahmen während der Arbeitszeit stattfinden, könnte bereits ein zeitlicher Rahmen von 4 Wochen zu lang sein, was aber individuell mit dem Arbeitgeber vereinbart werden muss bzw. ob eine Inanspruchnahme während der Arbeitszeit möglich ist. Die Maßnahmen sollten laut der Experten entsprechend der Diagnosen der zu pflegenden Person entwickelt werden, sodass diese den Bedürfnissen der Angehörigen entsprechen und ein adäquater Austausch unter Gleichgesinnten stattfinden kann. Hierbei wurde die Rekrutierung von genügend Teilnehmern als schwierig benannt. Weiterhin wurde vorgeschlagen, verschiedene Angebote für spezifische Arbeitsplätze zu entwickeln, sodass passgenaue Maßnahmen für Unternehmen konzipiert werden können. Die Maßnahmen sollten allgemein zielgerichtet und personenzentriert ausgerichtet werden. Für die Konzeption des Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige kann der Peer-to-Peer Ansatz genutzt werden, um einen Austausch unter Gleichgesinnten mit praktischen Tipps für den Alltag und der Vermittlung von Fachwissen und praktischen Übungen zu kombinieren. So würde es professionelle Kursleiter und Multiplikatoren geben. Das bestehende dänische Kursprogramm *„Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“* hat einen zeitlichen Rahmen von 7 Wochen, findet einmal wöchentlich für zweieinhalb Stunden statt und ist für 12 bis 16 pflegende Angehörige konzipiert (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020c). Der Kurs wird von zwei dem Programm entsprechend geschulten Kursleitern durchgeführt. Wenn der Peer bereits selbst eine Pflegesituation hat oder hatte kann dieser sich dementsprechend in die Situationen der Teilnehmer hineinversetzen. Dieses Programm ist ein diagnoseübergreifendes Programm. Aus den Aussagen der dänischen Experten kann geschlossen werden, dass ein Bedarf an weiteren gesundheitsförderlichen Maßnahmen für die Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen besteht, die über die Maßnahmen des Programmes *„Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“* hinaus noch mehr die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf fokussieren sowie die Kommunikationsfertigkeiten fördern und das Verständnis auf dem Arbeitsmarkt zu erhöhen.

Barrieren aus Sicht der dänischen Experten. Barrieren hinsichtlich einer Umsetzung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige waren aus Sicht der Experten die Ökonomie der Kommunen und Unternehmen, da zum einen die Maßnahmen und zum anderen die Arbeitskraft bei einer Durchführung des Kurses während der Arbeitszeit finanziert werden müssen. Außerdem kann die Erreichbarkeit der Zielgruppe und Teilnehmerrekrutierung schwierig sein, da erwerbstätige pflegende Angehörige wenig zeitliche Ressourcen für eine Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Maßnahmen zur Verfügung haben. Dabei kann eine weitere Barriere die Inanspruchnahme außerhalb der Arbeitszeit sein, oder dass einige Angehörige ihre Arbeitszeit möglicherweise nicht dafür

nutzen möchten, z.B. aus Schamgefühl. Auch die Literatur beschreibt, dass Angehörigenpflege mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden ist (Gutzmann et al., 2005, S. 155; Wetzstein et al., 2015, S. 3). Die Selbstverwaltung und Individualität in der Auswahl der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einer jeden Kommune stellt laut der Experten eine weitere Barriere dar und es sollte an einem gemeinsamen und einheitlichen Standard gearbeitet werden. Diese Forderung lässt sich ebenfalls in der Literatur wiederfinden, denn der Aeldresagen (2019, S. 3ff.) hat Prinzipien zur systematischen Maßnahmenentwicklung festgelegt, die besagen, dass der rechtliche Status der pflegenden Angehörigen gestärkt werden sollte und demzufolge die Unterstützung in der Gesetzgebung des Gesundheits- und Sozialwesens festgelegt werden sollte, sodass eine Pflicht auf Seiten der Kommunen und Regionen besteht, die pflegenden Angehörigen bedürfnisorientiert zu unterstützen. Die überwiegende Anzahl der Unternehmen fühlen sich für die Gesundheit der Mitarbeiter nicht verantwortlich, da die Aufgabe der Gesundheitsförderung bei den Kommunen verortet ist. Demzufolge bedarf es einer einheitlichen kommunalen Regelung. Es konnte diesbezüglich ebenfalls festgestellt werden, dass das Unternehmen zum einen nicht den richtigen Ort für die Implementation von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für pflegende Angehörige darstellt und zum anderen die Kommunen nicht genügend Aufmerksamkeit auf die Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen lenken, was ebenfalls deutlich aus der Literatur hervorgeht (Aeldresagen, 2019, S. 3ff.; Danske Patienter, 2019b). Dennoch sollte eine passende Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf sichergestellt werden und Pflegetage in Bezug auf die Regelung der Krankentage bei Kindern in Übereinstimmung mit der EU eingeführt werden (Aeldresagen, 2019, S. 3ff.). Hierbei sollte weiterhin eine bessere Zusammenarbeit zwischen Angehörigen, Kommunen, Krankenhäusern und anderen Institutionen angestrebt werden. Die Umsetzung eines Gesundheitsförderungsprogrammes im kommunalen Setting wäre laut der Experten mehr geeignet.

Kernbotschaft aus Forschungsfrage 4 DK. Relevante inhaltliche Aspekte in Dänemark sind die Beratung zur Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen und zum Umgang mit einer Pflegesituation, der Fokus auf Zeitmanagement und Stressbewältigung, die Selbstfürsorge, die Förderung der mentalen Gesundheit und der Fokus auf Stressbewältigung in Verbindung mit Kommunikation mit Kollegen, Vorgesetzten und der zu pflegenden Person sowie der Austausch in einer Gemeinschaft. Weiterhin relevant sind ein effektives Konfliktmanagement, Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität und Praxistipps für einen gesunden Schlaf. Die Rahmenbedingungen sollten 6 bis 10 Wochen und Einheiten von 30-120 Minuten umfassen, anteilig während der Arbeitszeit erfolgen oder sich an den Feierabend anschließen. Die Gruppeneinteilung sollte den Diagnosen der zu pflegenden Person entsprechen und es sollte verschiedene Angebote für spezifische Arbeitsplätze geben. Die Maßnahmen sollten zielgerichtet und personenzentriert konzipiert und von professionellen Kursleitern in Kombination mit dem Peer-to-Peer Ansatz durchgeführt werden. Barrieren können hinsichtlich der Finanzierung, der Erreichbarkeit der Zielgruppe sowie Teilnehmerrekrutierung und aufgrund der Selbstverwaltung und Individualität in der Auswahl der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einer jeden Kommune auftreten. Hierbei bedarf es einem gemeinsamen und einheitlichen Standard. Die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für pflegende Angehörige sollte im kommunalen Setting stattfinden.

3.6 Handlungsempfehlungen

Aus den Ergebnissen der Teilstudie I und der Grundlage der beiden Masterarbeiten von Herrmann (2017) und Struve (2018) wurde ein Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und in Dänemark entwickelt. Dabei konnte exploriert werden, dass sowohl präventive Maßnahmen auf der Verhaltensebene als auch auf der Verhältnisebene bedeutsam sind, um pflegende Angehörige bei der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zu unterstützen. Die Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen weist durch die vielfältigen Belastungen einen Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen auf, um Erkrankungen vorzubeugen und die Gesundheit langfristig aufrechtzuerhalten und zu fördern (Klaus & Tesch-Römer, 2017; KMD, 2018). Die nachfolgende Abbildung 65 zeigt eine Übersicht über das entwickelte Programm zur Verhaltensprävention, welches im weiteren Verlauf detaillierter beschrieben wird.

Rahmenbedingungen:

- 8-10 Wochen
- Pro Modul 1-2 Sitzungen á 90 Minuten (45 Minuten innerhalb Arbeitszeit, 45 Minuten außerhalb der Arbeitszeit) → in Anschluss an den Feierabend; 1-mal pro Woche
- Gruppeneinteilung in demenzielle Erkrankungen und nicht-demenzielle Erkrankungen
- Aufbau bzw. Auffrischkurse nach 3 Monaten, 6 Monaten, 1 Jahr → in der Freizeit
- Kleine Unternehmen: Zusammenschluss der Gruppen (Wie sind die Zugangswege?)
- Kursleiter*innen: Professionelle Kursleiter*innen & Multiplikatoren
- Ort: Unternehmen (DE); Kommune (DK)

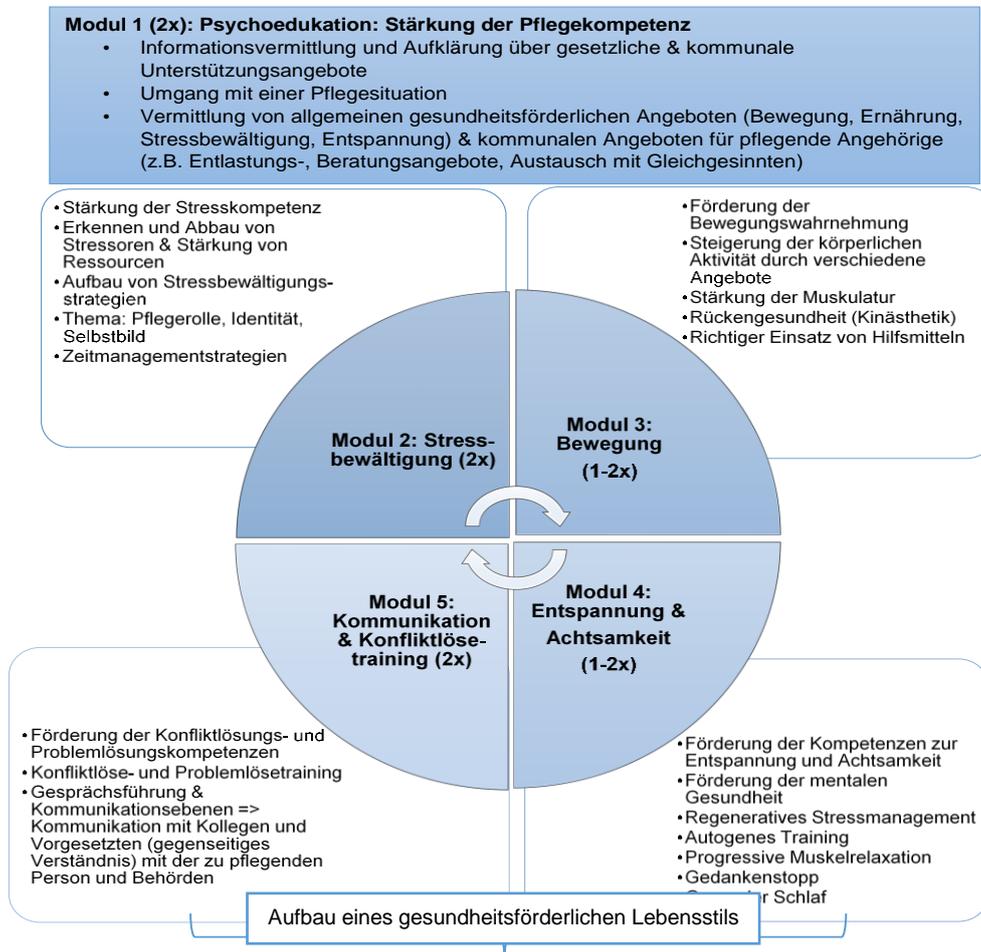


Abbildung 65: Übersicht über das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige.

Rahmenbedingungen. Der zeitliche Rahmen des Gesundheitsförderungsprogrammes wurde auf der Grundlage der Ergebnisse der Expertenaussagen aus der Teilstudie I auf 8 bis 10 Wochen festgelegt. Pro Modul finden 1-2 Einheiten im Umfang von 90 Minuten statt, wobei davon 45 Minuten als Arbeitszeit angerechnet werden sollen. Die Kurseinheiten schließen sich somit an den Feierabend an und finden einmal in der Woche statt. Die Gruppen werden in Angehörige von Menschen mit demenziellen und nicht demenziellen Erkrankungen eingeteilt, da hier häufig unterschiedliche Belastungen auftreten. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit und langfristiger Effekte sind Aufbau- bzw. Auffrischkurse hinsichtlich spezifischer Themenschwerpunkte, die bedürfnisorientiert festgelegt werden nach 3 Monaten, 6 Monaten und 1

Jahr angedacht (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2020). Die Durchführung des Programmes kann in Deutschland im betrieblichen Setting im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements erfolgen. Hierbei könnte eine Umsetzung bei kleinen Unternehmen mit wenigen Mitarbeitern und demzufolge wenigen pflegenden Angehörigen schwierig sein. Ein Zusammenschluss von mehreren kleinen Unternehmen ist denkbar, um genügend Teilnehmer zu rekrutieren. Die Zugangswege der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes konnten in Teilstudie I noch nicht genau exploriert werden und werden im Rahmen der kommunikativen Validierung (Teilstudie II) mit den Experten diskutiert. In Dänemark ist die Gesundheitsförderung Aufgabe der Kommune und somit würde das Gesundheitsförderungsprogramm in Dänemark im kommunalen Setting durchgeführt werden (Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018; Danske Patienter, 2019a, 2019b; KMD, 2018). Die Kursleiter sind zum einen professionelle Kursleiter aus dem Gesundheitswesen mit einer gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung und zum anderen Multiplikatoren, die vorab eine entsprechende Schulung erhalten haben. Bei den Multiplikatoren wird der Peer-to-Peer Ansatz verwendet. Wenn es sich dabei um Kursleiter handelt, die selbst bereits Erfahrungen mit einer Pflegesituation haben, können diese davon berichten. Bei der Peer-Edukation können durch Hilfe zur Selbsthilfe die eigenen Erfahrungen authentisch vermittelt werden (Wachter & Hendrichke, 2016, S. 150), Informationen über z.B. Unterstützungsmöglichkeiten, Erfahrungen im Umgang mit Belastungen oder über die Umsetzung im Alltag ausgetauscht werden. Das Ziel in der Peer-Edukation liegt darin, Hoffnung, Toleranz, Respekt, Gleichberechtigung, Freiwilligkeit zu vermitteln und Ressourcen aufzubauen (Mahlke et al., 2015; zitiert nach Wachter & Hendrichke, 2016, S. 150). In Dänemark wird im Rahmen des Gesundheitsförderungsprogrammes „*Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen*“ außerdem mit dem Peer-to-Peer Ansatz gearbeitet (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017).

Psychoedukation. Das Modul 1 des Gesundheitsförderungsprogrammes umfasst dem zeitlichen Rahmen entsprechend 2 Kurseinheiten hinsichtlich der *Psychoedukation* und hat zum Ziel die Pflegekompetenz der Angehörigen zu stärken. Das Ziel der Psychoedukation ist es, die Patienten und ihre Angehörigen so zu unterrichten, dass eine Verbesserung des krankheitsbezogenen Wissens und der Compliance erreicht werden kann (Bäumli & Pitschel-Walz, 2016, S. 3; Wachter & Hendrichke, 2016, S. 6f). Die Autoren präzisieren als weitere Ziele:

Kasten 48: Ziele der Psychoedukation (modifiziert nach Behrendt & Krischke, 2005; modifiziert nach Wachter & Hendrichke, 2016, S. 6).

- Die Förderung des Verständnisses und der subjektiven Verarbeitung des Krankheitsgeschehens
- Die Stärkung der aktiven Krankheitsbewältigung
- Die Reduktion von Unsicherheit und Angst
- Die Unterstützung von Selbstverantwortung und Autonomie
- Die Förderung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen professionellen Behandlern, Patienten und Angehörigen
- Die Verbesserung der Rückfallprophylaxe
- Die Reduktion von Hospitalisierungsfolgen
- Und die Förderung des Gesundheitsverhaltens

Außerdem kommen Bausteine des Selbstmanagements hinzu, sodass Psychoedukation nicht als reine Vermittlung von Wissen zu verstehen ist, sondern Informationen und individuelle Bewältigungsstrategien vermittelt, um die Kompetenzen zur Selbsthilfe zu fördern und im Gruppensetting zu diskutieren sowie sich gegenseitig auszutauschen (Wachter & Hendrichke, 2016, S. 7). Demnach beinhaltet das Modul 1 des Gesundheitsförderungsprogrammes die Vermittlung von Informationen zur Inanspruchnahme von gesetzlichen und kommunalen Unterstützungsmöglichkeiten bei einer Pflegesituation. Außerdem wird der Umgang mit einer Pflegesituation thematisiert, sodass die pflegenden Angehörigen durch Anleitung, Schulung und Beratung in ihren pflegerischen Kompetenzen gestärkt und befähigt werden und auftretende Herausforderungen der Pflegerolle sowie der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu bewältigen. Den Teilnehmern soll dazu ein Themenpool angeboten werden, nachdem sie partizipativ auswählen können, welche Themen behandelt werden, sodass die Auswahl den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe entspricht. Weiterhin werden auf allgemeine gesundheitsförderliche Angebote verwiesen und diese vermittelt, z.B. zur Förderung der körperlichen Aktivität, einer gesunden und ausgewogenen Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung, die bei Bedarf in der Freizeit genutzt werden können. Kommunale Angebote, die pflegende Angehörige im Alltag entlasten können, z.B. in Form von Tagespflege oder Betreuung der pflegebedürftigen Person, sowie individuelle Beratungsangebote und der gegenseitige Austausch mit Gleichgesinnten und Peers sind ebenfalls Bestandteile der Einheiten in Modul 1. Das Modul 1 der *Psychoedukation* stellt zwar ein eigenständiges Modul dar, ist aber auch übergeordnet in den anderen Modulen enthalten und kann ebenso eigenständig für sich durchgeführt werden.

Stressbewältigung. Für das Modul 2 sind ebenfalls zwei Einheiten angedacht und dieses hat zum Ziel, die Stresskompetenz der pflegenden Angehörigen zu stärken und setzt dabei beim Erkennen und Abbauen von bestehenden Stressoren an und stärkt gleichzeitig den Aufbau von gesundheitsförderlichen Ressourcen. Ziel ist es, die Vereinbarkeit zwischen der Erwerbstätigkeit, der Pflege und der eigenen Freizeit zu verbessern. Unter anderem wird der Fokus dabei auf die Selbstfürsorge gelegt, da pflegende Angehörige, die zusätzlich zur Übernahme der Pflege eine Berufstätigkeit ausführen, ihre eigenen Bedürfnisse häufig vergessen oder vernachlässigen. Dies geschieht häufig, weil die pflegebedürftige Person und deren Wohlbefinden im Vordergrund steht. Die Einschränkungen und das nicht Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse sowie fehlende Erholungs- und Kompensationsmöglichkeiten resultieren häufig in einer geringen Widerstandskraft gegenüber Stressoren und kann zu depressiven Verstimmungen führen (Kaluza, 2018a, S. 157). Es sollen Strategien aufgebaut werden, sodass die pflegenden Angehörigen wieder lernen, ihre eigenen Interessen wahrzunehmen und Pausen im Alltag und Auszeiten von der Pflege bewusst einzuplanen. Das Thema Selbstfürsorge sowie die Themen Stressbewältigung, Pflegerolle, Identität und Selbstbild werden ebenfalls in dem dänischen Gesundheitsförderungsprogramm *„Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“* thematisiert (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017). Dabei liegt das Ziel darin, dass die pflegenden Angehörigen ihre Rolle erkennen und Verantwortung für sich selbst übernehmen, Selbsthilfestrategien entwickeln und Methoden der Selbstfürsorge kennenlernen (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017, S. 11ff.). Um die Strategien im Alltag umzusetzen und zu erproben, werden Handlungspläne ausgearbeitet (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017, S. 27, S. 52). Das Modul 5 des Programmes zielt außerdem auf die Identifikation von Problemen und Belastungen sowie chronischen Dauerbelastungen ab, sodass die Wahrnehmung der Stresssymptomatik gefördert wird und entsprechende Bewältigungsstrategien aufgebaut werden können. Dabei wird insbesondere die Ressource der sozialen Unterstützung thematisiert (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017, S. 11ff.).

Hinsichtlich der Pflegerolle und der vielfältigen Rollenbelastungen, mit denen pflegende Angehörige täglich konfrontiert sind, kann die soziologische Stresstheorie für pflegende Angehörige von Pearlin et al. (1990) erläutert werden. So können den Teilnehmern die Auswirkungen von Stressoren, die primär aus den Anforderungen mit der Pflegesituation entstehen und sich auf andere Lebensbereiche auswirken, verdeutlicht werden. Es können gemeinsam Bewältigungsstrategien und das Nutzen von Ressourcen erarbeitet werden, sodass die Belastungen zukünftig besser bewältigt werden können. Weiterhin bedeutsam war laut den Aussagen der Experten die Förderung der psychischen Gesundheit, die dadurch gestärkt werden kann. Es werden in dem Modul die psychischen und physischen Auswirkungen von Stress erläutert sowie die Entstehung von primären und sekundären Stressoren, sodass die Bedeutung und der Einfluss von Stressoren auf die Gesundheit

deutlich werden. Dabei werden im Rahmen der soziologischen Stresstheorie die sozial-kulturellen und gesellschaftlichen Hintergründe sowie die Bedingungen des Stressprozesses in Form von Dauerbelastungen durch z.B. soziale Rollen und kritische Lebensereignisse thematisiert und die Bedeutung von personalen und sozialen Ressourcen zur Bewältigung vermittelt (Faltermaier, 2017, S. 100; Pearlin et al., 1990). Durch praktische Übungen und Gespräche sollen die individuellen Stressoren sowie möglichen psychischen und physischen Auswirkungen ermittelt werden, sodass die Teilnehmer zur Selbstreflexion angeregt werden (Kaluza, 2018b, S. 126ff.). Durch verschiedene praktische Übungen soll die Identifikation der persönlichen Stressfaktoren erfolgen und Stressbewältigungsstrategien aufgebaut werden. Dazu eignet sich laut Kaluza (2018b, S. 140) die Konfrontation und lösungsorientierte Auseinandersetzung mit konkreten im Alltag auftretenden Belastungssituationen. Weiterhin wird ein besonderer Fokus auf das Thema Zeitmanagement und den Aufbau von Zeitmanagementstrategien gelegt, um die Vereinbarkeit von Familie/Pflege, Beruf und eigener Freizeit entsprechend zu gestalten und Stress zu reduzieren. Die pflegenden Angehörigen lernen ihre Zeit realistisch zu planen und dabei persönliche und berufliche Prioritäten zu setzen und sich bewusste Auszeiten von der Pflege zu nehmen (Kaluza, 2018b, S. 160). Die Teilnehmer sollen dabei die Auslöser für ihre individuellen Zeitprobleme erkennen, reflektieren und gemeinsam eine gesundheitsförderliche Zeiteinteilung entwickeln, sodass durch das Setzen von Prioritäten und eingeplanten Pausen die Zeit effektiv genutzt werden kann (Kaluza, 2018b, S. 76).

Bewegung. Das Modul 3 hat zum Ziel die Körperwahrnehmung zu fördern und zu thematisieren, dass eine moderate körperliche Aktivität im Alltag wichtig ist. Die Steigerung der körperlichen Aktivität kann durch die Inanspruchnahme vieler verschiedener Angebote erfolgen, die in dem Kursprogramm als Übersicht vermittelt werden sollen, sodass die pflegenden Angehörigen dazu motiviert werden, sich im Alltag regelmäßig zu bewegen. Es werden kurze und effektive Übungen vorgestellt, die im Alltag umgesetzt werden können und den Aufbau eines gesundheitsförderlichen Bewegungsverhaltens unterstützen (Hetzl et al., 2016, S. 16). Bei den praktischen Übungen haben die pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich unter genauer Anleitung auszuprobieren und den Bedürfnissen entsprechend geeignete Übungen zu finden. Die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen weist einen besonderen Bedarf an der Stärkung bzw. dem Erhalt der Muskulatur, der Rückengesundheit (Kinästhetik) sowie dem richtigen Einsatz und Umgang mit Hilfsmitteln zur Unterstützung des Pflegebedürftigen auf. Unter Kinästhetik wird die Lehre aus Bewegung und Wahrnehmung verstanden, die zur Bewegungsempfindung führt (Daldrup & Keggenhoff, 2018, S. 30). Dabei liegt der Fokus auf der Analyse der eigenen und fremden Körperbewegung, sodass die Bewegungsabläufe einfach und kraftsparend ablaufen können, um die Gesundheit zu fördern. In Bezug auf die Angehörigenpflege können die Pflegetätigkeiten rückschonend ausgeführt

werden und wenn die zu pflegende Person ggf. Hilfsmittel benötigt, können diese richtig eingesetzt werden, um die Rückengesundheit und Beweglichkeit der pflegenden Angehörigen aufrechtzuerhalten und zu fördern. Durch das Erlernen kinästhetischer Methoden können die Angehörigen die eigene Körperwahrnehmung sowie die, der zu pflegenden Person besser wahrnehmen und das Maß der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen kann aufrechterhalten werden (Daldrup & Keggenhoff, 2018, S. 30).

Entspannung und Achtsamkeit. Das Modul 4 hat zum Ziel, die Kompetenzen zur Entspannung und Achtsamkeit im Alltag zu fördern. Durch ein regeneratives Stressmanagement wird außerdem an der psychischen Gesundheit angesetzt und diese verbessert, in dem sich die Teilnehmer nicht nur körperlich entspannen, sondern auch auf der mentalen Ebene (Kaluza, 2018b, S. 74). Es werden dabei Techniken, wie zum Beispiel das Autogene Training (AT) nach Johannes Heinrich Schultz (1932), die Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Edmund Jacobsen (1929) und Übungen wie z.B. Gedankenstopp eingesetzt. Weiterhin wird das Themenfeld *gesunder Schlaf und Schlafhygiene* thematisiert, da die Schlafqualität aufgrund der vielen Belastungen bei der Zielgruppe häufig leidet und die Alltagsstressoren verschärft (Danske Patienter, 2019b, 2ff.; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.). Auch das dänische Gesundheitsförderungsprogramm *„Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“* beinhaltet Übungen zur Entspannung und Achtsamkeit im Alltag, wie z.B. Atemtechniken, Bodyscan, Fantasiereisen und PMR (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017). Außerdem wird der Umgang mit Müdigkeit und Schlaf thematisiert und die Ursachen für schlechten Schlaf und Müdigkeit im Alltag identifiziert (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017, S. 59, S. 74). Mit Hilfe von Achtsamkeitsübungen sollen außerdem Leistungseinbußen im Pflegealltag reduziert werden. Denn achtsamkeitsbasierte Interventionen können nach kognitiver Anstrengung im leistungs- und gesundheitsbezogenen Kontext die Aufmerksamkeit und Emotionalität verbessern (Stocker, Englert & Seiler, 2018, S. 102f.). Achtsamkeit ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das eine besondere Form der Lenkung der Aufmerksamkeit beinhaltet, die besagt, dass der gegenwärtige Moment („*das Hier und Jetzt*“) bewusst wahrgenommen und absichtsvoll immer wieder auf den gegenwärtigen Moment zurückgekehrt wird und dabei von nicht wertenden Gedanken, Gefühlen und Emotionen geleitet wird, die angenommen und akzeptiert werden (Kabat-Zinn, 2013, S. 49; Ströhle, Nachtigall, Michalak & Heidenreich, 2010). Dysfunktionale Kognitionen und Stress können durch Achtsamkeitsübungen mittels Emotionsregulation reduziert werden, wodurch das körperliche Wohlbefinden und die Lebensqualität gesteigert werden kann (Ströhle et al., 2010, S. 2). In unterschiedlichen achtsamkeitsbasierten Interventionsstudien konnten positive Effekte auf verschiedene mentale und körperliche Parameter verzeichnet werden (Chiesa & Serretti, 2010; Gardner & Moore, 2004, 2017; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Moore, 2016; zitiert nach Stocker et al., 2018, S. 103). So soll durch verschiedene Achtsamkeitsübungen die bewusste

Wahrnehmung und Akzeptanz von externen und internen Stressoren und den eigenen Leistungsgrenzen bei den pflegenden Angehörigen gefördert werden.

Kommunikation & Konfliktlösetraining. Das Modul 5 hat das Ziel, die Kompetenzen zur Konflikt- und Problemlösung der pflegenden Angehörigen zu stärken sowie durch die Vermittlung von Kommunikationstechniken hinsichtlich der Kommunikation mit Kollegen, Vorgesetzten, Behörden, dem Gesundheitspersonal und der zu pflegenden Person zu verbessern. Denn in diesen Bereichen treten häufig Konflikte auf, die als externe Stressoren die Gesundheit der pflegenden Angehörigen beeinträchtigen können (Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.). Ziel dieses Moduls ist die Förderung der Kommunikationsfähigkeiten der Zielgruppe, um Konflikten vorzubeugen. Hierbei ist die Kommunikation mit verschiedenen Zielgruppen von Bedeutung, denn eine gestörte Beziehungsebene zwischen den Interaktionspartnern kann zur Entstehung von Konflikten führen (Haller, 2018, S. 29). Eine erfolgreiche Kommunikation setzt voraus, dass die Inhalts- sowie die Beziehungsebene berücksichtigt und analysiert werden, dessen Grundlage beispielsweise das *Vier-Ohren-Modell* von Friedemann Schulz von Thun (1977) darstellen kann. In dem Modell werden vier zentrale Ebenen berücksichtigt (Schulz von Thun, 2018, S. 27ff.). Eine Nachricht hat demzufolge einen Sachinhalt, der übermittelt werden soll, eine Selbstoffenbarung, die etwas Persönliches der Person preisgibt, einen Appell, der ein bestimmtes Ziel verfolgt sowie der Beziehung dem Empfänger gegenüber. In diesem Rahmen können der Zielgruppe die Grundlagen einer gelingenden Kommunikation vermittelt und mit praktischen Übungen und Rollenspielen entsprechende Kommunikationsfähigkeiten aufgebaut werden. Auch das dänische Gesundheitsförderungsprogramm beinhaltet den Aufbau von Kommunikationsfähigkeiten mit dem Fachpersonal, hinsichtlich einer gelingenden Zusammenarbeit mit dem Sozial- und Gesundheitswesen und einer kontinuierlichen Ausarbeitung von Handlungsplänen in Bezug zur Selbsthilfe, Stressbewältigung und Konfliktlösung für eine nachhaltige und langfristige Umsetzung der erlernten Inhalte (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017, S. 151ff.).

Außerdem sollen die Fähigkeiten der Sozialkompetenz und sozialer Interaktion und Kommunikation gefördert werden, worunter die angemessene Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Person sowie des Interaktionspartners verstanden wird (Petermann, 2002, S. 175). Dabei dient der Aufbau eines sozialkompetenten Verhaltens in Bezug auf die Selbstfürsorge, dem Wahrnehmen und in Anspruch nehmen der eigenen Interessen, welches vor allem im Pflegealltag eine langfristige Selbstaufgabe darstellt (Asendorpf, 2019, S. 105). Dies kann beispielsweise darin bestehen, dass bei nicht wichtigen oder nicht pflegerelevanten Aufgaben „nein“ gesagt werden kann oder, dass Aufgaben delegiert werden. Hierbei orientiert sich das Gesundheitsförderungsprogramm ebenfalls an dem dänischen Programm „*Lerne*

„Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“, welches die Themenschwerpunkte Problemlösung, Entscheidungen treffen, Umgang mit Konflikten und eine gute Kommunikation hinsichtlich des Aufbaus von Strategien zur Vorbeugung von Konflikten beinhaltet (Komitee for Sundhedsoplysning, 2017, S. 81ff.). Durch eine bewusste Abgrenzung kann außerdem die Selbstwirksamkeitserwartung gefördert werden, sodass durch die subjektive Überzeugung des eigenen Handelns Anforderungen bewältigt werden können und demzufolge als Ressource zur Reduktion von Stressoren beitragen kann (Faltermaier, 2017, S. 186).

Verhältnispräventive Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf.

Aus der Teilstudie I konnten neben den verhaltenspräventiven Maßnahmen im Rahmen des Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige allgemeine verhältnispräventive Maßnahmen exploriert werden, die für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf von Bedeutung sind. Die Tabelle 17 stellt die in Teilstudie I explorierten verhältnispräventiven Maßnahmen hinsichtlich der Gemeinsamkeiten und Unterschiede, die in Deutschland und Dänemark exploriert werden konnten, übersichtlich dar. Die Abkürzungen DE und DK stehen dabei jeweils für Deutschland und Dänemark und machen kenntlich aus welcher Expertengruppe die Äußerungen stammen.

Tabelle 17: Verhältnispräventive Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Deutschland (DE) und Dänemark (DK).

Gemeinsamkeiten	Unterschiede
Vertrauensperson im Unternehmen als Ansprechpartner (Multiplikatoren Ausbildung)	Kommunikation der Kursangebote über das betriebsinterne Intranet (DE)
Vermehrte Aufmerksamkeit in der Politik (DK: einheitliche kommunale Regelung) & Einführung von Pflegetagen (Gesetzgebung)	Online-Forum für einen gegenseitigen Austausch unter pflegenden Angehörigen (DE)
Inanspruchnahme der Maßnahmen während der Arbeitszeit	Online-Kurse (während der Arbeitszeit; DK)
Gesundheitsförderliche Unternehmenskultur: offene Kommunikation und Verständnis für pflegende Angehörige	
Flexibilität am Arbeitsplatz (Zeit & Ort)	

Gemeinsamkeiten. Aus der Sicht beider Expertengruppen wurde eine Vertrauensperson im Unternehmen als Ansprechpartner als bedeutsam exploriert. Die Aufgabe des Ansprechpartners könnte von einem Mitarbeiter aus der Personalabteilung im Unternehmen mit übernommen werden, der durch eine Multiplikatoren Ausbildung geschult werden kann, um die pflegenden Angehörigen entsprechend zu beraten. Dabei sollte die Personalpolitik integriert werden, um eine zielgruppenspezifische Kommunikation zu gewährleisten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017b, S. 13). Eine Inanspruchnahme von pflegespezifischen oder allgemeinen gesundheitsförderlichen

Maßnahmen während der Arbeitszeit z.B. im Rahmen eines gesundheitsförderlichen Unternehmens kann sich auf die Zufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Mitarbeiter insbesondere der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen positiv auswirken (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 13; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 8; Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018; KMD, 2018).

Weiterhin ist die Erhöhung der politischen Aufmerksamkeit hinsichtlich des Themas Angehörigenpflege sowie die Einführung von Pflegetagen zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger in beiden Ländern von hoher Bedeutung. Pflegende Angehörige haben in Deutschland sowie in Dänemark die Möglichkeit, gesetzliche Maßnahmen zur Unterstützung und Entlastung in Anspruch zu nehmen, die zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf beitragen können. Dennoch besteht hierbei ein Verbesserungsbedarf der Maßnahmen hinsichtlich Betreuungsangeboten, Flexibilität, finanzieller Unterstützung und praktischer Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, da die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen zuerst eine Aufgabe des öffentlichen Sektors ist und sollte nicht, wie bisher als Privatangelegenheit angesehen werden (Reuyß, Pfahl, Rinderspacher & Menke, 2014, S. 36). Vor allem sollte in Dänemark aufgrund der Autonomie der Kommunen eine einheitliche nationale Regelung, die für alle Kommunen gilt, angestrebt werden, was ebenfalls in der Literatur gefordert wird (Ældresagen, 2019, S. 3ff.).

Eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur am Arbeitsplatz, die ausreichend Flexibilität hinsichtlich Arbeitszeit und Arbeitsort bietet, sodass Pflegetätigkeiten mit der Erwerbstätigkeit vereinbart werden können sowie eine offene Kommunikation und ein gegenseitiges Verständnis für das Thema Angehörigenpflege am Arbeitsplatz konnte als wichtige verhältnispräventive Bedingung für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf exploriert werden. Dabei spielen im betrieblichen Kontext die Führungskräfte eine bedeutende Rolle, sodass sie den erwerbstätigen pflegenden Angehörigen ihrer Situation entsprechend mit Verständnis und Sensibilität gegenüberzutreten (Reuyß et al., 2014, S. 34). Laut den Autoren besteht die Aufgabe darin, das Thema Angehörigenpflege am Arbeitsplatz zu enttabuisieren und Pflgethemen betriebsintern zu integrieren. Die Führungskräfte sollten diesbezüglich regelmäßig geschult werden. Dabei sollte der Schwerpunkt darauf liegen, dass die Führungskräfte für die Mitarbeitergesundheit sensibilisiert werden und wertschätzend und offen über gesundheitsrelevante Themen kommunizieren, um die Zufriedenheit, Motivation und Leistungsbereitschaft zu fördern und Fehlzeiten und betriebliche Folgekosten zu reduzieren (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 13; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 8; Dansk Sundhed og

Velfærd - DI Service, 2018; KMD, 2018). Führungskräftebildungen können unternehmensübergreifend durchgeführt werden, sodass ein gegenseitiger Austausch hinsichtlich einer besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf im betrieblichen Kontext ermöglicht werden kann. Eine familienfreundliche Unternehmenskultur ist durch ein gemeinsames Verständnis, eine offene Kommunikation sowie die Unterstützung und Wertschätzung hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie insbesondere Pflege und Beruf gekennzeichnet und sollte daher personalpolitischen Leitlinien entsprechen, sodass diese Kultur umgesetzt werden kann (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 15). Die Kommunikation über die vorhandenen Unterstützungsmaßnahmen und eine gewünschte Inanspruchnahme ohne negative Konsequenzen seitens der Führungskräfte ist dabei wichtig (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017b, S. 12f.). Um Vereinbarkeitskonflikte bewältigen zu können, ist es für die Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen besonders wichtig, dass sie flexible Möglichkeiten bei der Arbeitsgestaltung haben und dementsprechend von den Unternehmen unterstützt werden (Ældresagen, 2019; KMD, 2018; Zentrum für Qualität in der Pflege, 2016). Dabei eignen sich flexible Arbeitsmodelle, um die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zu unterstützen, da die Pflegeaufgaben unerwartet auftreten können und dann eine Notwendigkeit an Flexibilität besteht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014). Diesbezüglich können Arbeitszeitkonten oder Gleitzeitmodelle Zeitdruck reduzieren, da die Arbeitszeit flexibel angepasst werden kann. Hierbei sind aufgrund von unterschiedlichen Strukturen und Rahmenbedingungen in den Unternehmen und der Arbeitsplätze sowie der Pflegesituationen, individuelle Lösungen für den pflegenden Angehörigen mit dem Vorgesetzten zu vereinbaren und von kollektiven Lösungen abzusehen (Reuyß et al., 2014, S. 38).

Unterschiede. Aus der Sicht der deutschen Experten konnte exploriert werden, dass regionale oder betriebsinterne Beratungsstellen und Kursangebote sowie Informationsmaterialien über das betriebsinterne Intranet zur Verfügung gestellt werden sollten. Aus der Literatur geht hervor, dass die Unternehmen sich gut als Ort für Erstinformationen über z.B. pflegerische Entlastungsangebote eignen, aber auch als Ort für den gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch (Reuyß et al., 2014, S. 28). Für den gegenseitigen Austausch wurde von den deutschen Experten ein Online-Forum vorgeschlagen. Das regelmäßige Aufgreifen von Pflegethemen über firmeninterne Medien und der gegenseitige Austausch helfen zur Enttabuisierung des Themas (Reuyß et al., 2014, S. 38). Von den dänischen Experten wurde unter diesen Punkten nichts genannt, da Angehörigenpflege und auch die Mitarbeitergesundheit in den dänischen Unternehmen noch ein größeres tabuisiertes Themenfeld darstellt als in Deutschland, da die Aufgabe für Gesundheitsförderung allein bei den Kommunen liegt und die Unternehmen diesbezüglich vermehrt sensibilisiert werden

müssen (vgl. Ældresagen, 2019; Danske Patienter, 2019a; KMD, 2018). Informationsmaterialien bieten der Zielgruppe die Möglichkeit der Hilfe zur Selbsthilfe, welche über das Intranet, Broschüren, Flyer, Pinnwände und Ähnlichem zur Verfügung gestellt werden können. In Dänemark erfolgt diese Art der Informationsvermittlung über die Kommunen, die ebenfalls andere Institutionen, wie z.B. Ärzte und Apotheken miteinbeziehen, um Angebote in der Bevölkerung bekannt zu machen. In Deutschland gibt es Informationsmaterialien über gesetzliche Unterstützungsmaßnahmen und Informationen zur familienfreundlichen Unternehmenskultur kostenlos auf der Internetseite des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Bestellen und herunterladen. Die dänischen Experten schlugen vor, Online-Kurse für pflegende Angehörige anzubieten, da diese nach Vereinbarung mit dem Arbeitgeber während der Arbeitszeit in Anspruch genommen werden könnten und flexibel von Zeit und Ort durchgeführt werden können. Hierbei gilt es zu beachten, dass dies von den jeweiligen Arbeitstätigkeiten der Mitarbeiter abhängig und nicht in jedem betrieblichen Setting umzusetzen ist. Teilweise wird in Dänemark bereits mit digitalen Gesundheitsförderungsprogrammen gearbeitet (Kolding Kommune, 2020; Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020a).

3.7 Fazit

Abschließend kann festgehalten werden, dass es zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen bedarf. Im Rahmen des Gesundheitsförderungsprogrammes wird auf der verhaltenspräventiven Ebene angesetzt. Die Rahmenbedingungen sollten 8 bis 10 Wochen und Einheiten von 90 Minuten einmal pro Woche umfassen, wobei 45 Minuten als Arbeitszeit angerechnet werden sollen. Die Gruppen werden in Angehörige von Menschen mit demenziellen und nicht demenziellen Erkrankungen eingeteilt. Die Durchführung des Programmes ist in Deutschland im betrieblichen Setting im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements und in Dänemark in der Kommune angedacht. Die Kursleiter sind zum einen professionelle Kursleiter mit einer gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung und zum anderen Multiplikatoren, die vorab eine entsprechende Schulung erhalten haben. Das Programm beinhaltet folgende 5 Module: **Psychoedukation** mit dem Ziel die Pflegekompetenz der Angehörigen zu stärken, **Stressbewältigung** mit dem Ziel die Stresskompetenz zu stärken und beim Erkennen und Abbauen von bestehenden Stressoren anzusetzen und gleichzeitig gesundheitsförderliche Ressourcen aufzubauen sowie die Vereinbarkeit zwischen der Erwerbstätigkeit, der Pflege und der eigenen Freizeit zu verbessern. Das Modul **Bewegung** hat zum Ziel, die allgemeine Körperwahrnehmung mit dem Fokus auf die Rückengesundheit (Kinästhetik) und dem richtigen

Einsatz und Umgang mit Hilfsmitteln zu fördern sowie die Wichtigkeit einer moderaten Alltagsbewegung zu thematisieren. Das Modul **Entspannung und Achtsamkeit** hat zum Ziel, die Kompetenzen zur Entspannung und Achtsamkeit im Alltag zu fördern und durch ein regeneratives Stressmanagement die psychische Gesundheit zu verbessern. Das Modul **Kommunikation und Konfliktlösetraining** hat das Ziel, die Kompetenzen zur Konflikt- und Problemlösung zu stärken sowie durch die Vermittlung von Kommunikationstechniken die Kommunikation mit Kollegen, Vorgesetzten, Behörden, dem Gesundheitspersonal und der zu pflegenden Person zu verbessern. Außerdem sollen die Fähigkeiten der Sozialkompetenz und sozialer Interaktion und Kommunikation gefördert werden.

Bei den **verhältnispräventiven Maßnahmen** zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf ist in beiden Ländern eine Vertrauensperson als Ansprechpartner im betrieblichen Kontext bedeutsam, die Erhöhung der politischen Aufmerksamkeit insbesondere der Einführung von Pflegetagen zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger und eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur am Arbeitsplatz, die ausreichend Flexibilität hinsichtlich Arbeitszeit und Arbeitsort bietet, sodass Pflegetätigkeiten mit der Erwerbstätigkeit vereinbart werden können. Weiterhin ist hierbei eine offene Kommunikation und ein gegenseitiges Verständnis für das Thema Angehörigenpflege wichtig, wobei die Führungskräfte verantwortungsbewusst, empathisch und verständnisvoll den pflegenden Angehörigen gegenüberzutreten sollten. In **Deutschland** sollten regionale und betriebsinterne Beratungsstellen und Kursangebote sowie Informationsmaterialien über das betriebsinterne Intranet zur Verfügung gestellt werden. Für einen gegenseitigen Austausch kann ein Online-Forum dienen, um das Thema Angehörigenpflege betriebsintern zu enttabuisieren. In **Dänemark** sollten besonders die Unternehmen für das Thema Angehörigenpflege sensibilisiert werden, da dieses sowie auch die Mitarbeitergesundheit in den Unternehmen häufig ein tabuisiertes Themenfeld darstellt, da die Aufgabe der Gesundheitsförderung in der Kommune verortet ist. Hier ist eine bessere Zusammenarbeit von allen Sektoren anzustreben. Online-Kurse für pflegende Angehörige könnten nach Vereinbarung mit dem Arbeitgeber während der Arbeitszeit in Anspruch genommen werden und sind flexibel von Zeit und Ort durchzuführen.

4 Teilstudie II: Kommunikative Validierung

Aus den Ergebnissen der Teilstudie I wurde ein Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige entwickelt. Das Programm wurde im Rahmen der Teilstudie II deutschen und dänischen Experten vorgelegt und diskutiert. Dadurch konnte das Gütekriterium der Validität der vorliegenden Forschungsarbeit als erfüllt angesehen werden, da durch eine kommunikative Validierung in der qualitativen Forschung ein Feedback bzw. Rückmeldungen zu erforschten Daten eingeholt werden können (F. Meyer, 2018, S. 165).

Laut F. Meyer (2018, S. 165) kann eine Validierung Aussagen darüber geben, ob die Rekonstruktion des Forschers als ausreichend durch das Material belegt werden kann, sodass ein Konsens zwischen den Perspektiven des Forschers und des Befragten hergestellt werden kann. Dabei stimmen die Befragten dem explorierten Wissen des Forschers zu, wobei es ebenfalls zu Nichtübereinstimmungen kommen kann, die dann besonders relevant sind, da diese ohne eine kommunikative Validierung analytisch nicht exploriert worden wären (vgl. Christmann & Scheele, 1995; zitiert nach F. Meyer, 2018, S. 165f.). Es gibt verschiedene Validierungsmöglichkeiten durch die Gesprächspartner. In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde die *kommunikative Validierung von Interpretationen* ausgewählt, wobei eine Wahrheitsdefinition im Sinne des aus der Teilstudie I entwickelten Gesundheitsförderungsprogrammes angenommen und demzufolge mit den Gesprächspartnern diskutiert wurde. Dadurch konnte eine Erhöhung der Validität und Transparenz hinsichtlich der Dokumentation der Ergebnisse gesichert werden und Optimierungen durch kritische Äußerungen erfolgen (F. Meyer, 2018, S. 166f). Demnach dient die kommunikative Validierung der Qualitäts- sowie Transparenzerhöhung der vorliegenden Forschungsarbeit.

4.1 Fragestellung

Aus den Ergebnissen der Teilstudie I wurde ein Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige entwickelt (s. Kap. 3.6), woraus sich eine Forschungsfrage mit vier Auswertungsfragen ableitete, die in der Abbildung 66 aufgelistet sind.

Forschungsfrage: Wie bewerten die Experten das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark?

Auswertungsfrage 1:

- Wie bewerten die Experten die Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland bzw. in Dänemark?

Auswertungsfrage 2:

- Wie wird das Gesamtkonzept mit den dazugehörigen Modulen des Gesundheitsförderungsprogrammes von den Experten in Deutschland bzw. in Dänemark beurteilt?

Auswertungsfrage 3:

- Wie beurteilen die Experten die Möglichkeiten zur Implementierung des Gesundheitsförderungsprogrammes in Deutschland bzw. in Dänemark?

Auswertungsfrage 4:

- Welche Maßnahmen zur Verhältnisprävention sind für die Experten für die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Deutschland bzw. in Dänemark wichtig?

Abbildung 66: Forschungsfrage und Auswertungsfragen der Teilstudie II.

Mit Hilfe der ersten Auswertungsfrage wurde die Meinung der Experten zu den Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprogrammes exploriert, um einen endgültigen Rahmen des Programmes in den abschließenden Handlungsempfehlungen festlegen zu können. Die Auswertungsfrage 2 fokussierte die Expertenmeinungen des Gesamtkonzeptes und der einzelnen Module in Bezug auf die inhaltlichen Aspekte des Programmes. Die Auswertungsfrage 3 erforschte Herausforderungen und Chancen aus der Sicht der Experten, die eine Implementierung des Gesundheitsförderungsprogrammes mit sich führen würde. Die vierte Auswertungsfrage untersuchte die Bedeutung von verhältnispräventiven Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in den beiden Ländern.

4.2 Stichprobenbeschreibung

In der Teilstudie II wurden im Zeitraum vom 17. März bis 07. April 2020 insgesamt 18 telefonische Interviews mit deutschen und dänischen Experten durchgeführt. Die Befragungen mussten telefonisch erfolgen, da ein persönliches Interview aufgrund der Corona-Pandemie nicht möglich war. Die Stichprobe setzte sich aus N=9 deutschen Experten aus dem Pflegebereich und aus Unternehmen im Personalbereich sowie aus N=9 dänischen Experten aus dem Pflegebereich zusammen. Die dänischen Experten waren vorwiegend in der kommunalen Gesundheitsförderung tätig. Die Tabelle 18 visualisiert die Verteilung der Stichprobe der Teilstudie II.

Tabelle 18: Stichprobenbeschreibung Teilstudie II.

Geschlecht	Stichprobe		Σ
	DE	DK	
Einzelinterview	8	8	16
Fokusgruppe	1	1	2
Σ	9	9	18

Es wurden in der Teilstudie II überwiegend weibliche, aber auch männliche Probanden befragt. Dabei galt ebenfalls kein Kriterium einer ausgeglichenen Geschlechterverteilung. Es wurden jeweils acht Einzelinterviews und eine Fokusgruppe durchgeführt. Die deutsche Fokusgruppe setzte sich aus zwei Expertinnen zusammen, die dänische Fokusgruppe aus drei Expertinnen. Die Interviewdauer der Einzelinterviews betrug von ca. 30 Minuten bis 1 Stunde 3 Minuten. Die Fokusgruppen dauerten von 46 Minuten bis 51 Minuten. In Deutschland wurden übergreifend Befragungen mit Experten aus dem Bereich der Pflege und der Unternehmen durchgeführt, dennoch wurden ausschließlich die Perspektiven zwischen Deutschland und Dänemark unterschieden, da eine Unterteilung in Experten aus den Bereichen Pflege und Unternehmen in Dänemark nicht möglich war. Die Experten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Fachkompetenzen, dem Arbeitsumfeld und dem Kontakt zu den pflegenden Angehörigen, wodurch

auch in der Teilstudie II eine Variationsbreite in der Beantwortung der Fragen des Interviewleitfadens gewährleistet werden konnte. Besonders hervorzuheben ist, dass fünf Probanden selbst Erfahrungen mit Angehörigenpflege aufweisen und diese miteinbringen konnten. Die soziodemografische Stichprobenbeschreibung der Teilstudie II wird in der Tabelle 19 aufgelistet.

Tabelle 19: Stichprobenbeschreibung der Experten aus Deutschland und Dänemark.

Proband	Geschlecht	Beruf	Dauer (Min.)
Deutschland (DE)			
DE P1	weiblich	Oberin in einem Krankenhaus	31:34
DE P2	weiblich	Hochschule Beauftragte für Betriebliches Gesundheitsmanagement	46:01
DE P3	weiblich	Pflegestützpunkt Fachstelle 50+	46:01
DE P4	weiblich	Universität Familienbeauftragte	41:42
DE P5	weiblich	Stadtwerke Geschäftsbereichsleiterin für den Bereich Personal	29:58
DE P6 Fokusgruppe	weiblich	Familiale Pflege	46:01
DE P6 Fokusgruppe	weiblich	Familiale Pflege	
DE P7	weiblich	Sozial- und Altenhilfeplanerin	40:36
DE P8	weiblich	Brauerei Personalleiterin	36:16
DE P9	männlich	Gemeinnützige öffentlich-rechtliche Universalbank Bereichsleiter Personal	41:17
Dänemark (DK)			
DK P1	männlich	Vorsitzender einer Freiwilligenorganisation zur Unterstützung älterer Bürger	26:58
DK P2	weiblich	Vorsitzende einer Interessenorganisation für pflegende Angehörige	39:33
DK P3	weiblich	Ergotherapeutin und Kursleiterin in einem Programm für pflegende Angehörige (angestellt bei einer Kommune)	51:45
DK P4	weiblich	Fachberaterin im gesundheitsfachlichen Team einer Kommune	44:36
DK P5 Fokusgruppe	weiblich	Beraterin für pflegende Angehörige bei einer Kommune	51:08
DK P5 Fokusgruppe	weiblich	Angestellte einer Kommune im Bereich Gesundheitsförderung und Kursleitung	
DK P5 Fokusgruppe	weiblich	Präventionsberaterin und Kursleiterin im Demenzbereich	
DK P6	weiblich	Fachberaterin im Komitee für Gesundheitsaufklärung - Entwicklung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen	01:03:30
DK P7	weiblich	Ausgebildete Krankenschwester Angehörigenberaterin	44:45
DK P8	weiblich	Psychologin für Gesundheit und Kursleiterin für pflegende Angehörige bei einer Kommune	45:11
DK P9	weiblich	Pensionierte Arbeits- und Organisationspsychologin Dozentin an einer Universität (25 Jahre) aktiv bei Patientenvereinigungen für pflegende Angehörige	1:02:36
∅			43:67

4.3 Datenauswertung: Kodierleitfaden

In dem nachfolgenden Kapitel wird die Datenauswertung der Teilstudie II im Rahmen der kommunikativen Validierung beschrieben. Die Tabelle 20 stellt den Kodierleitfaden der Teilstudie II dar. Es wurden drei von vier Auswertungsfragen deduktiv ausgewertet, aufgrund der theoretischen Vorüberlegungen aus der Teilstudie I. Die Auswertungsfrage 3 wurde induktiv ausgewertet, um neues Wissen generieren zu können und offen an das Forschungsfeld hinsichtlich einer möglichen Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes heranzugehen. Bei der Auswertungsfrage 4 der Teilstudie II wurden durch die Mischtechnik der deduktiven Vervollständigung dem Kategoriensystem weitere Kategorien hinzugefügt, die aus dem Datenmaterial gebildet wurden und für die Forschungsfrage und Exploration des Forschungsgegenstandes bedeutsam waren. So beschreibt Mayring (2020), dass Mischtechniken der deduktiven Kategorienanwendung und induktiven Kategorienbildung von der Fragestellung abhängig eingesetzt werden können. Die Analyse des Textmaterials kann gleichzeitig also verschiedene induktive und deduktive Verfahren in einem Textdurchgang anwenden (Fenzl & Mayring, 2014, S. 107).

Tabelle 20: Kodierleitfaden der Teilstudie II.

Deduktive Kategorienanwendung und induktive Kategorienbildung der Forschungsfrage Studie II		
Forschungsfrage	Wie bewerten die Experten das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland bzw. Dänemark?	
Auswertungsfrage 1 (deduktiv)	Wie bewerten die Experten die Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland bzw. in Dänemark?	
Kategorie	Kategoriendefinition	Ankerbeispiel
K1: Zeitlicher Rahmen	Die Kategorie umfasst den zeitlichen Rahmen des Gesundheitsförderungsprogrammes, die Gesamtlaufzeit (Anzahl der Wochen) und die Dauer der einzelnen Einheiten (Minuten) sowie die Aufteilung innerhalb und außerhalb der Arbeitszeit.	„Ich denke nur, es sollte lieber, das heißt, die Einheit dieser 90 Minuten ist ziemlich sinnvoll, denn bevor man überhaupt anfängt. (I: Ja) Aber einfach so, also denke ich, dass es wirklich Sinn macht, also 45 plus 45 Minuten, dass man es auch zwischen Arbeitszeit und Freizeit teilt [...]“ (DK P6: C115).
K2: diagnose-spezifische Gruppen	Die Kategorie erfasst alle Aspekte, die für eine diagnosespezifische Gruppeneinteilung sprechen und die Teilnehmeranzahl.	„Und dann denke ich, dass das mit den Gruppierungen von Angehörigen mit Demenzkranken und nicht Demenzkranken, denke ich kann auch sehr gut sein, weil es gibt noch ganz andere Probleme, die man hat wenn man

		<i>Angehöriger ist in Bezug auf eine Demenzerkrankung und als Angehöriger von Menschen mit einer schweren Krankheit, weil man hat seinen Angehörigen vielleicht schon an der Demenz verloren, was man nicht tut bei einer schweren Erkrankung, da hat man immer noch die ganze Person im Kopf hinter der Krankheit“ (DK P4: C95).</i>
K3: diagnose-übergreifende Gruppen	Die Kategorie erfasst alle Aspekte, die für eine diagnoseübergreifende Gruppeneinteilung sprechen und die Teilnehmeranzahl.	<i>„Also ich bin es auch gewohnt mit verschiedenen Gruppen von Krankheiten zu arbeiten. Ich habe nach fast 700 Angehörigen die Erfahrung gemacht, dass es nicht so wichtig ist, sie nach der Diagnose aufzuteilen oder welche Art von Diagnose es ist. (I: Ja) Also, dass die gemischten Gruppen wirklich gut sind, denn es geht nicht so sehr um die Krankheit, sondern um das Wohlbefinden und die Bedingungen und Dilemmata der Angehörigen selbst“ (DK P8: C120).</i>
K4: Aufbaukurse	Die Aufbaukurse dienen zur Vertiefung von Themeninhalten, zur Aufrechterhaltung von langfristigen Effekten und der Sicherung der Nachhaltigkeit. Die Kategorie erfasst Vor- und Nachteile der Aufbaukurse.	<i>„Ich finde tatsächlich auch, dass es richtig toll ist, dass Du das mit den Auffrischkursen mit drinnen hast danach. (I: Ja) Sodass man nach Hause gehen kann und man erleben kann, dass es vielleicht schwer sein kann einige von den Empfehlungen umzusetzen und dann hat man eine Gelegenheit darauf zurück zu kommen. (I: Ja) Ich finde das ganze wirklich toll, was Du konstruiert hast“ (DK P2: C72).</i>
K5: Zugangswege	Die Zugangswege dienen der Vermittlung und Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes in einem Setting.	<i>„Wie gesagt, das muss nur, muss nur geguckt werden, sind es die richtigen Zugangswege es über Betriebe laufen zu lassen oder wäre es nicht doch sinnhafter es über die Kassen laufen zu lassen (I: Ja genau.) in irgendeiner Form oder über den medizinischen Dienst so“ (DE P3: C21).</i>

K6: Kursleiter	Die Kategorie erfasst Vor- und Nachteile einer Kombination aus professionellen Kursleitern und Multiplikatoren zur Durchführung der Einheiten.	<i>Ich denke nämlich, dass es wichtig ist, dass man ein wenig über die Angebote im Bereich der Krankheit wissen sollte, sodass man eine professionelle Kraft hat, d.h. einen professionellen Trainer und einem Peer, [...] Ich denke, da muss man sehr vorsichtig sein, wenn man sich dafür entscheidet, professionelle Trainer und Peers miteinander zu kombinieren. Sie haben gleich wichtige Rollen und sie haben gleich wichtige Aussagen, also nicht, dass jemand der mehr auf den einen als auf den anderen hört“ (DK P6: C110).</i>
Auswertungsfrage 2 (deduktiv)	Wie wird das Gesamtkonzept mit den dazugehörigen Modulen des Gesundheitsförderungsprogrammes von den Experten in Deutschland bzw. in Dänemark beurteilt?	
Kategorie:	Kategoriedefinition	Ankerbeispiel
K1: Gesamtkonzept	Das Gesamtkonzept des Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige beinhaltet relevante Aspekte für die Rahmenbedingungen und übergeordnet für die einzelnen Module.	<i>„Ich finde es im Verhältnis zu ähnlichen Programmen gut, mit denen man gute Erfahrungen gemacht hat. Also ich denke, dass was neu ist in Deinem Programm, ist, dass es sich an erwerbstätige Angehörige richtet (I: Ja, richtig) und ich finde, dass das eine Gruppe ist, die es wirklich schwer hat, die anderen Angebote zu nutzen, andere ähnliche Angebote, die es gibt. (I: Ja) Deshalb finde ich, also inhaltmäßig fällt es in den Glauben mit dem, was bereits existiert, aber mit der Zielgruppe hast Du eine Stelle gefunden, wo ungedeckter Bedarf besteht. (I: Ja) Und ich finde, dass das richtig gut ist“ (DK P2: C88).</i>
K2: Modul 1: Psychoedukation: Stärkung der Pflegekompetenz	Das Ziel im Modul 1 besteht in der Stärkung der Pflegekompetenz der pflegenden Angehörigen und beinhaltet die Informations-vermittlung und Aufklärung über gesetzliche und kommunale Unterstützungsangebote, die Vermittlung von allgemeinen	<i>„Das ist eigentlich das, was am wichtigsten ist, welche Möglichkeiten habe ich? Welche rechtlichen Ansprüche habe ich? Welche Unterstützungs-möglichkeiten habe ich? Und das andere ergibt sich dann zusätzlich (I: Ja.), aber wichtig ist eigentlich,</i>

	gesundheitsförderlichen Angeboten und thematisiert den Umgang mit einer Pflegesituation.	<i>sobald das Modul 1 implementiert ist und bekannt ist, dass man einen Pflegegrad beantragen kann oder warum man keinen Pflege-grad bekommen hat oder wie die Voraussetzungen für Pflege-grad ist und welche Hilfe“ (DE P3: C27).</i>
K3: Modul 2: Stressbewältigung	Das Modul 2 hat das Ziel, die Stresskompetenz zu stärken. Der Fokus liegt auf dem Erkennen und Abbauen von Stressoren und gleichzeitigem Aufbau und Aufrechterhalten von Ressourcen sowie dem Aufbau von Stressbewältigungsstrategien. Themenschwerpunkte des Moduls sind die Pflegerolle, Identität, Selbstkonzept sowie Zeitmanagementstrategien.	<i>„Aber ich bin genau dort, also jetzt sage mal etwas, also, dass es die Voraussetzung selbst ist. (I: Ja) Das ist der Zugang, es ist das Sprungbrett zur Arbeit damit. (I: Ja, genau) Und so habe ich an ein solches Problem mit dem Stress gedacht. Schließlich ist es das in der Tat und bei den anderen drei Problemen auch, dass es den Angehörigen so schwerfällt, für sich selbst zu sorgen, wo wir vorher drüber gesprochen haben, auf sich selbst aufzupassen, und es ihnen so schwerfällt, Hilfe anzunehmen. (I: Ja) Und es fällt ihnen schwer, sich die Zeit für ihre eigenen Prioritäten zu nehmen (I: Ja), und so denke ich, das ist es warum sind sie gestresst sind. Ja, also auch deshalb sind sie es. Es ist also nur so eine Art zu versuchen zu definieren, was mit ihnen los ist“ (DK P8: C152).</i>
K4: Modul 3: Bewegung	Das Ziel von Modul 3 ist die Förderung der Körperwahrnehmung und die Steigerung der körperlichen Aktivität. Dabei geht es um die Vermittlung von verschiedenen Bewegungsangeboten und die Stärkung des Muskel-Skelett-Systems durch kurze praktische Übungen. Weitere Themenfelder sind Rückengesundheit und kinästhetische Übungen sowie bei ggf. praktischer Pflege der richtige Einsatz von Hilfsmitteln.	<i>„Und das soll heißen, dass Bewegung auch wichtig ist. Aber dann sprechen wir auch darüber, dass es sie dann raus in die lokale Umgebung gehen sollen, dort wo sie wohnen und Bewegungsangebote finden, was Schwimmen sein kann. Das kann ein Spaziergang, Golf oder Tanzen sein, (I: Ja) Dann sollen sie rausgehen und einen Verein finden. Wir haben kein Training in dem Teil unseres Konzeptes, aber wir reden viel darüber, was sie an Aktivitäten im Umkreis von ihrem Zuhause finden können und was in den Alltag passt. Sodass sie weg von zu Hause kommen, rausgehen oder</i>

		<i>zusammen mit anderen etwas, wo es nicht um Krankheiten geht und wir erstellen einen Leitfaden, wie sie auf sich selbst aufpassen [...]“ (DK P3: C95).</i>
K5: Modul 4: Entspannung und Achtsamkeit	Das Modul 4 hat das Ziel, die Kompetenzen zur Entspannung und Achtsamkeit sowie die mentale Gesundheit zu fördern. Dabei werden Techniken des regenerativen Stressmanagements, wie z.B. autogenes Training und progressive Muskelrelaxation eingesetzt. Außerdem wird das Thema gesunder Schlaf aufgegriffen.	<i>„Und dann dachte ich auch, dass das mit der Entspannung. (...) Ja, also da denke ich, zumindest denke ich, dass dort mit kognitiven Techniken gearbeitet wird. Ich denke, das ist auch etwas, das wir sehen können (I: Hmm), dass sich das wirklich lohnt, weil es ist auch sehr wichtig, wie das gesamte Bewusstsein, also das mindset in Bezug auf eine Situation ist. Das ist etwas, das einen großen Einfluss darauf hat, wie man damit umgeht, also macht es wirklich Sinn, dass Du diese Themen auch mit aufgreifst“ (DK P6: C143).</i>
K6: Modul 5: Kommunikation und Konfliktlösetraining	Das Modul 5 hat das Ziel, die Konfliktlösungs- und Problemlösungskompetenzen zu fördern. Dabei werden Übungen zum Konfliktlöse- und Problemlösetraining eingesetzt und Gesprächsführungstechniken zur Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten sowie mit der zu pflegenden Person und mit Behörden gelehrt.	<i>„Weil es auf so vielen Ebenen Konflikte gibt. Sie haben Konflikte, die intrapersonal sind, d.h. ihre eigenen Konflikte mit sich selbst, sie haben die zwischenmenschlichen Konflikte mit Bürgern oder mit dem Kranken oder Kollegen oder mit dem Chef oder mit dem kommunalen System. Es gibt also wirklich Konflikte auf vielen verschiedenen Ebenen“ (DK P9: C172).</i>
Auswertungsfrage 3 (induktiv)	Wie beurteilen die Experten die Möglichkeiten zur Implementierung des Gesundheitsförderungsprogrammes in Deutschland bzw. in Dänemark?	
Selektionskriterium	Herausforderungen und Chancen zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes.	
Abstraktionsniveau	Es werden alle hinderlichen und förderlichen Faktoren einer Implementierung des Gesundheitsförderungsprogrammes berücksichtigt.	
Auswertungsfrage 4 (deduktiv)	Welche Maßnahmen zur Verhältnisprävention sind für die Experten für die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Deutschland bzw. in Dänemark wichtig?	
Kategorien:	Kategoriedefinition	Ankerbeispiel

K1: Vertrauensperson	Eine Vertrauensperson oder Kontaktperson im Unternehmen kann als Ansprechpartner für pflegende Angehörige dienen.	„Aber, dass auch in Unternehmen eine Person geschult wird und Ansprechpartner ist im Unternehmen und auch so ne Art Wegweiser, also es gibt es schon in N. in einigen Unternehmen“ (DE P6: C31)
K2: Politische Aufmerksamkeit	Die Aufmerksamkeit in der Politik und die gesetzliche Einführung von Pflagetagen kann die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf fördern.	<p>„Also wie gesagt, diese Gemeinsamkeiten, vermehrte Aufmerksamkeit in der Politik (I: Ja.), das haben wir hier jetzt. Also ich meine, jetzt wo Corona in aller Munde und überall ist, wäre genau das ja wahrscheinlich ein gutes Ding, um darauf zu springen, weil jetzt ist die Aufmerksamkeit bei uns auch ganz doll da (I: Ja genau.) und (Pause) wir haben diesen einen Pflage tag bei uns in Deutschland, das ist aber auch (I: Ja, zu wenig.) mhm. Aber da auf den Zug auf jeden Fall mit aufzuspringen finden wir auch ganz sinnvoll“ (DE P3: C18).</p> <p>„Hoffentlich können mehrere Pflegeurlaub bekommen und all sowas, wenn es flexibler gemacht werden kann, also unter anderem mit den Pflage tagen und auf dem öffentlichen Sektor, also da ist auch etwas kommunal und staatlich wichtig und dann ist da eine ganz andere Offenheit, aber kommunale und staatliche und gesetzmäßige Dinge, da könnte es ja einige Änderungen geben“ (DK P5: C60).</p>
K3: Flexibilität am Arbeitsplatz	Eine flexible Gestaltung von Arbeitszeit und Arbeitsort sowie die Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Maßnahmen während oder im Anschluss an die Arbeitszeit kann die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf fördern.	„Ja wichtig ist eigentlich, dass es möglich wäre, also diese Flexibilität am Arbeitsplatz, das wäre etwas ganz wichtiges und auch die Möglichkeit während der Arbeitszeit mal, also wenn man gar nicht im Hause, also bei seinen zu Pflgenden ist, wenn man jetzt arbeitet, aber in der Zeit auch die Möglichkeit hat genau diese Schulung zu machen und nicht halb-halb, sondern

		<i>wirklich zu machen, um langfristig auch die Arbeitskraft zu erhalten“ (DE P3: C19).</i>
K4: Gesundheitsförderliche Unternehmenskultur	Eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur hinsichtlich einer offenen Kommunikation über das Thema Pflege sowie ein gegenseitiges Verständnis zwischen Arbeitnehmern, Arbeitgebern und Kollegen ist relevant für eine gute Vereinbarkeit zwischen Angehörigenpflege und Beruf.	<i>„I: Also die Unternehmenskultur ist da ja auch sehr, sehr, sehr wichtig, ja. B: Ja, also das ist aus meiner Sicht einer der Dreh- und Angelpunkte“ (DE P9: C48).</i> <i>„Die Unternehmen müssen, obwohl sie insbesondere helfen wollen, also da sollte ein Verständnis des Arbeitgebers bestehen“ (DK P7: C78).</i>
K5: Digitalisierung	Möglichkeiten von digitalen Angeboten im Rahmen des Gesundheitsförderungsprogrammes oder verhältnispräventiver Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf.	<i>„Und da denke ich, dass es angesichts der Flexibilität von Online-Kursen eindeutig eine Überlegung wert ist, aber es ist nicht etwas, was es soweit ich weiß, noch nicht so viel online für Angehörige gibt, aber es ist für etwas, da denke ich, das könnte wirklich spannend sein“ (DK P6: C91).</i>
Deduktive Vervollständigung		
K6: Kommunale Unterstützung* DE	Die Kategorie erfasst kommunale oder betriebliche Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige, die die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessern können.	<i>„Also, was ich mir auch gerade überlegt habe, so im Laufe des Gesprächs, so ne Art, also Nachbarschaftshilfe sage ich jetzt mal. Wenn ich jetzt jemanden pflege oder auch nicht und ich muss sowieso zum Einkaufen fahren, dann könnte ich für die ja mit einkaufen (I: Ja, genau richtig.), so, dass würde ja schon eher mal eine zeitliche Entlastung bringen, so. (I: Mhm, ja.). Das ich da vielleicht nochmal, also das muss ja aber auch nicht unternehmensintern organisiert werden, sondern das macht selber oder dass die pflegende Person gestärkt wird auch mehr nach Hilfe zu fragen überhaupt“ (DE P2: C13).</i>
K7: Förderung der Selbstfürsorge* DE/DK	Die Kategorie erfasst alle Aspekte zur Entwicklung von gesundheitsförderlichen oder präventiven Maßnahmen zur Förderung der Selbstfürsorge	<i>„Und die zweite Sache ist der Fokus auf das eigene Wohlbefinden und das Bedürfnis nach Ausdruck der eigenen Gefühle, und es ist völlig klar,</i>

	<p>der Gesundheit und des Wohlbefindens von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen.</p>	<p><i>worüber ich mir offensichtlich am meisten Sorgen mache. (I: Ja) Und genau das habe ich auch erlebt, es herrscht ein Mangel und weil es offensichtlich viel um Krankheit und die Schwere der Krankheit geht, nicht wahr? (I: Ja) Die eigenen Bedürfnisse und das Wohlbefinden des Angehörigen selbst, das ist so wichtig, dass man sich immens darauf konzentriert“ (DK P8: C96).</i></p>
--	--	--

Für die Auswertung der Forschungsfragen der vorliegenden Forschungsarbeit wurde ein Software-Tool für qualitative Inhaltsanalyse genutzt, das im open-access als Webapplikation QCAMap frei zugänglich ist (Fenzl & Mayring, 2014; www.qcamap.org). Durch die Software ist ein interaktives Arbeiten mit den inhaltsanalytischen Techniken möglich und vereinfacht ein nach expliziten Regeln ablaufendes Vorgehen (Fenzl & Mayring, 2017, S. 334).

4.4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Teilstudie II dargestellt. Der Teilstudie II liegt übergeordnet die Forschungsfrage **Wie bewerten die Experten das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland bzw. in Dänemark?** zugrunde. Unter der Forschungsfrage wurden jeweils vier verschiedene Auswertungsfragen formuliert (vgl. Kap. 4.1). Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in der Reihenfolge der Auswertungsfragen. Jede Auswertungsfrage besitzt ein eigenes Kategoriensystem, welches das Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse bildet und unter dem jeweiligen Kapitel dargestellt wird. Drei der Auswertungsfragen der Teilstudie II wurden mittels der deduktiven Kategorienanwendung und eine Auswertungsfrage mit der induktiven Kategorienbildung ausgewertet. Den Kategorien wurden wie in Teilstudie I ausgewählte Aussagen der Probanden zugeordnet und mit der entsprechenden Identifikationsnummer sowie Zeilennummer der Auswertungsdatei aus dem Programm Microsoft Excel versehen. Die Identifikationsnummer der Probanden setzt sich aus dem Kürzel P und einem lateinischen Buchstaben zusammen. Die gesamte Zuordnung der Textausschnitte zu den entsprechenden Ober- und Unterkategorien liegt der Erstgutachterin der Forschungsarbeit vor. Das gesamte Kategoriensystem ist im Anhang D3 – Kategoriensystem zu finden.

4.4.1 Auswertungsfrage 1

Ausgehend von der Auswertungsfrage „Wie bewerten die Experten die Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland bzw. in Dänemark?“ wurde dem Kodierleitfaden (vgl. Kap. 4.3) entsprechend in die Kategorien *zeitlicher Rahmen*, *diagnosespezifische Gruppen*, *diagnoseübergreifende Gruppen*, *Aufbaukurse*, *Zugangswege* und *Kursleiter* eingeteilt. Die Kategorien unterscheiden sich hinsichtlich der beiden Länder nicht. Die Abbildung 67 zeigt den Kategorienbaum der ersten Auswertungsfrage.

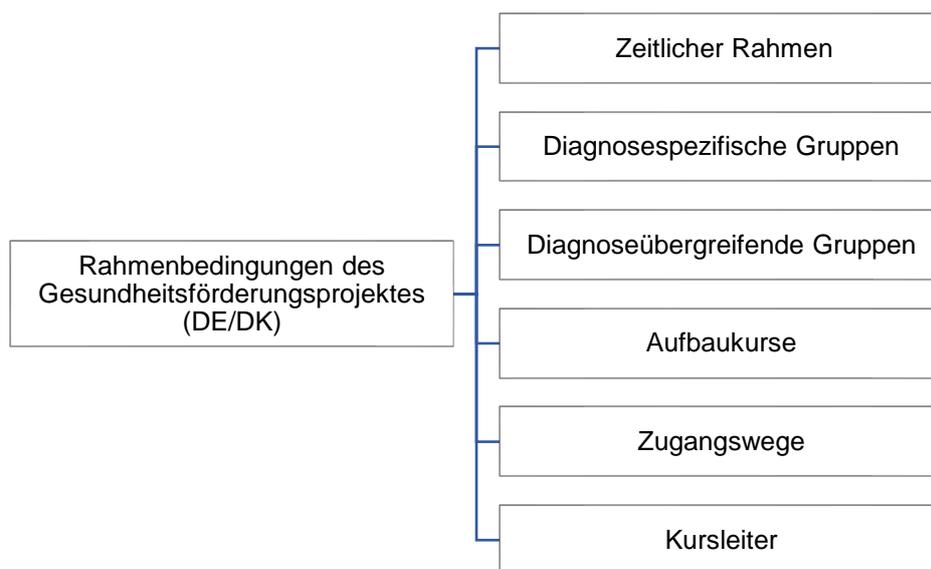


Abbildung 67: Kategorienbaum der ersten Auswertungsfrage.

Zeitlicher Rahmen DE. Die deutschen Experten beurteilten den zeitlichen Rahmen von 8 bis 10 Wochen des Gesundheitsförderungsprogrammes teilweise für zu lang, fanden die 90 Minuten pro Einheit aber wichtig und angemessen (DE P5: C35; DE P6: C44; DE P9: C61). Die nachfolgenden Textausschnitte stellen dies exemplarisch dar.

„[...] ja, wenn man in der Situation ist, dann halte ich gerade auch solche Zeiteinheiten für relativ sinnvoll, weil man ja auch erstmal ins Sprechen kommen muss (!: Ja, genau, ja.). Genau das war so mein erster. Also von der Rahmenbedingung her sehe ich, ich sehe das als sinnvoll, aber ich weiß nicht, ob also die Fälle, die ich hier kenne, ob die sich in der Situation, in der ich sie kennen gelernt habe, diese 90 Minuten nehmen könnten“ (DE P4: C28). Weiterhin wurde hier berichtet, dass mit Angeboten von einem zeitlichen Umfang in der Einrichtung bereits gute Erfahrungen gemacht wurden (DE P4: C 29, C30).

„B: Ja. Die acht bis zehn Wochen. Also ich gehe jetzt davon aus, wenn ich also von meinen Mitarbeitern oder ich pflegende Angehörige bin, habe ich Probleme, mich sage ich mal verpflichtet zehn Wochen aus dem ganzen Prozess rauszulösen [...] (DE P1: C1).

Hier wurde des Weiteren vorgeschlagen, „[...] dass man vielleicht die Module nicht so eng fasst, sondern dass man immer einen Erfahrungszeitraum dazwischen hat (I Ja.). Also ich könnte mir jetzt vorstellen, was weiß ich, es gibt zwei Module, sage ich jetzt mal und dann ist eine Woche, zwei Wochen frei, damit die Leute das auch ausprobieren können (I: Ja super. Ja.), weil sie dann mit ihren Anfragen kommen und die sind dann viel gezielter im nächsten Modul, dass wenn es dann heißt Kommunikation. Wo bin ich an Grenzen gestoßen mit den Behörden (I: Ja.) oder, oder so. Denn dann kommen Sie aus ihrem Erfahrungsschatz nochmal anders oder das hat mir gutgetan, ich konnte besser damit umgehen“ (DE P1: C2).

Schwierigkeiten mit der zeitlichen Umsetzung konnten beim Schichtdienst exploriert werden (DE P1: C5; DE P7: C56; DE P8 C58). Für pflegende Angehörige, die im Schichtdienst arbeiten würde sich demnach die oben genannte zeitliche Aufteilung hinsichtlich eines *Erfahrungszeitraumes* anbieten. „Das geht natürlich leichter, wenn es nicht wöchentlich getaktet, sondern vielleicht alle zwei Wochen“ (DE P1: C5). Bei wöchentlicher Durchführung wurde ein Wechsel der Gruppen entsprechend des Schichtdienstes vorgeschlagen: „Wenn so eine Woche dazwischen ist, aber wenn jede Woche am selben Tag, das macht es eben schwierig oder man müsste einen Wechsel von einer Gruppe zur anderen möglich machen, die so parallel laufen“ (DE P1: C6).

Diesbezüglich wurde im Rahmen einer Fokusgruppe von einem anderen Experten berichtet: „Aber für die, die dann wirklich auch ein Problem haben, die drängen dann auch schon auf den Kurs und die wollen dann auch wirklich Fakten an die Hand haben. Also die wollen dann auch gleich was mitnehmen, deshalb denke ich, wenn man das dann auch wieder nur alle 14 Tage machen würde, schleicht sich da auch wieder so viel Zeit dazwischen“ (DE P6: C45).

Zu den 45 Minuten, die als Arbeitszeit gelten sollen, wurde berichtet „[...] und auch die 45 Minuten Arbeitszeit muss ich sagen, finde ich grundsätzlich eine gute Idee, ich kann mir aber vorstellen, dass das in der Praxis schwierig sein wird“ (DE P8: C58).

Diagnosespezifische Gruppen DE. Hinsichtlich einer diagnosespezifischen Gruppeneinteilung von pflegenden Angehörigen von demenziell erkrankten Menschen und nicht demenziell erkrankten Menschen wurde von den deutschen Experten berichtet, dass die Belastungen entsprechend der Erkrankung unterschiedlich sind (DE P5: C36; DE P8: C60; DE P9: C63). Es wurde von Erfahrungen von der Aufteilung in diagnosespezifische Gruppen und von persönlichen Erfahrungen berichtet:

„Sonst, wir fanden es sehr richtig, dass ihr das trennt, zwischen demenzielle Erkrankungen und nicht demenzielle Erkrankungen [...] (B1: Weil das harmoniert immer nicht so). Das (I: Ja.) da driftet das immer total auseinander haben wir das Gefühl“ (DE P6: C40).

„Also wir haben die Erfahrung gemacht, deshalb haben wir das vor etlicher Zeit getrennt (Unverständlich), letztendlich greift das eine immer in das andere über, aber wir finden schon, also es hat unseren Rahmen gesprengt, wir wurden dem nicht mehr gerecht (I: Ja.), weil die einen eben zu sehr auf die Demenzfragen hatten und die anderen wollten eher auf somatische Dinge gehen“ (DE P6: C41).

Diagnoseübergreifende Gruppen DE. Hinsichtlich der diagnoseübergreifenden Gruppeneinteilung konnte exploriert werden, dass es schwierig sein könne, die Gruppen zu trennen (DE P3: C22) und die Teilnehmeranzahl müsse geringgehalten werden: „Ja, ja. Also auf jeden Fall wäre es so, dass die Gruppengröße müsste relativ klein gehalten werden. Das wäre so, wo wir sagen, so 10 Leute aller höchstens (I: Ja, das ist schon fast zu viel finde ich.). Ja, ich würde auch sagen zwischen 6 und 8“ (DE P3: C26).

„B2: Das sehe ich auch, auch mit der kleinen Zahl. Wir können auch einen Kurs mit zwei Personen machen“ (DE P6: C48).

Aufbaukurse DE. Zu dem Aspekt Aufbaukurse nach Abschluss des Gesundheitsförderungsprogrammes anzubieten, sagten die Experten, dass es sich um ausgewählte Schwerpunktthemen handeln sollte, wie der nachfolgende Textausschnitt exemplarisch belegt:

„Ich würde dann solche Studien, Schwerpunkte dann quasi anbieten als Wiederauffrischung (I: Ja.). Ja, also irgendwie so ein Themenschwerpunkt, was weiß ich, halbseitig gelähmt oder wie auch immer. Was kann ich tun bei der Essenseingabe oder so ganz konkret, weil ich glaube das und durchaus eine Auffrischung so was hat sich verändert in der Gesetzgebung. Da tut sich auch immer wieder etwas“ (DE P1: C7).

Es wurde weiterhin berichtet, dass Aufbaukurse eher schlecht in Anspruch genommen werden (DE P6: C48).

„Ich bin mir bei dem Auffrischkurs nicht ganz sicher, ob das, ob das was ist, was dann angenommen wird (I: Ja.) also das ist das, wo ich so würde ich sagen, sehe ich nicht, aber ich bin in meiner Blase, ich kann das nicht beurteilen. Sie sind da die Fachfrau und schon ganz lange in der Forschung, aber da würde ich sagen, ähm das sehe ich noch nicht. Also das sind auch Sachen, die bei uns nicht ankommen (I: Genau.), dass wir, wenn wir Sachen machen, dass wir feststellen, dann da ist der Zulauf dann geringer“ (DE P4: C31).

Es wurden Vorschläge gemacht, dass selbstständige weitere Treffen nach Programmabschluss für einen Austausch stattfinden könnten (vgl. DE P9: C64). *„[...] ich fände so einen Ausblick, wenn sich die Gruppe gut versteht, dass man sagt, man trifft sich weiter und hängt das an den Betrieb an. Das man sagt, wir treffen uns weiterhin irgendwie alle vier Wochen mal für den Austausch und hängt das dann quasi an die Vertrauensperson ran“* (DE P4: C34). Ein Experte sagte: *„Auffrischkurse finde ich immer gut, weil dann das Erlernte auch nochmal besser hängen bleibt“* (DE P5: C37).

Zugangswege DE. Die Experten hatten unterschiedliche Ideen, das Gesundheitsförderungsprogramm für pflegende Angehörige zugänglich zu machen, wobei auch über das Setting für eine mögliche Umsetzung überlegt wurde. Es konnte festgestellt werden, dass sich das Unternehmen eher für eine Vermittlung des Angebotes eignet und um Netzwerke zu schließen und diese für eine Vermittlung zu nutzen (DE P2: C16; DE P4: C33), was auch die nachfolgenden Textausschnitte belegen:

„B: Ja, das denke ich auch, also ich frage mich die ganze Zeit, also wo die Verantwortung des Unternehmens da, anders gesagt, wie groß ist die Verpflichtung des Unternehmens, sich da einzubringen? Also wenn es nur darum geht, an Stellen zu verweisen, die solche Kurse anbieten, dass wir eben halt diese Information vorhalten und an diese Stellen vermitteln, damit der man überhaupt erstmal an diese Informationen kommt, dann finde ich es sehr gut, dass sich das Unternehmen da auch einbringt (I: Ja.), aber darüber hinaus ist das Unternehmen da auch gar nicht so, so kompetent“ (DE P2: C12).

„Wie gesagt, das muss nur, muss nur geguckt werden, sind es die richtigen Zugangswege es über Betriebe laufen zu lassen oder wäre es nicht doch sinnhafter es über die Kassen laufen zu lassen (I: Ja genau.) in irgendeiner Form oder über den medizinischen Dienst so“ (DE P3: C21).

Hinsichtlich eines möglichen Zusammenschlusses mit verschiedenen Unternehmen wurde von einer Expertin aus dem Bereich einer Personalabteilung gesagt: *„[...] also, dass man im Verbund mit anderen Unternehmen dieses Programm durchführen könnte. Ich könnte mir das für uns, auch wenn wir jetzt nicht im klassischen Sinn als kleineres Unternehmen gelten durchaus auch vorstellen (I: Ja.), weil wie gesagt, wir haben jetzt zwei, nur zwei Kolleginnen, die (I: Ja, genau.) auch in der Situation sind. Also ich glaube, wir würden im Moment nicht die kritische Masse zusammen bekommen“* (DE P5 C: 38).

Eine weitere Idee war es, das Modul 1 der Psychoedukation als allgemeines Beratungsangebot im betrieblichen Setting anzubieten und dann zu weiterführenden Angeboten zu vermitteln: *„[...] ist das auf jeden Fall ne gute Möglichkeit zu sagen Modul 1 bietet man an und dann kann man die Leute anfüttern und wenn man dann irgendwie sowas hat, ich sag mal*

unternehmensübergreifend, dass man dann sagt, so es gibt ja weiterführende Programme in Zusammenarbeit mit anderen Betrieben, ob man die dann wahrnehmen möchte oder nicht und das man das dann einfach bei den Teilnehmern von Modul 1 zur freien Entscheidung lässt“ (DE P8: C59).

Es wurde vorgeschlagen, im Rahmen eines Vermittlungsangebotes die Pflege- bzw. Krankenkasse und den medizinischen Dienst einzubeziehen und auf gesundheitsförderliche Angebote aufmerksam zu machen: *„Meine Idee ist gewesen, dass man dann sagen könnte, dass die Pflegekasse im Rahmen der Begutachtung auch auf die, wenn die Tochter, der Sohn sich als Pflegekraft eintragen lässt, die dann darauf hinweist, dass es Angebote gäbe. Da müsste man unter Umständen die Pflegekassen und den medizinischen Dienst der Krankenkassen mit ins Boot holen (I: Ja genau.). Das wäre so, weil unser Konstrukt eben ein anderes ist“ (DE P3: C19).*

Weiterhin konnte hier untersucht werden, dass es wichtig sei, dass die Pflege Tätigkeit überprüft wird und dementsprechend pflegende Angehörige geschult werden könnten (vgl. DE P3: C20). Es wurde präzisiert: *„B: Ja, wichtig wären wirklich der, die Pflegekassen und dass bei der Begutachtung eben darauf hingewiesen wird: ‚Wenn Sie pflegen wollen, lassen Sie sich bitte einmal schulen, damit Sie wissen, was so auf Sie zukommt oder was da so ist.‘ Und dass man einfach gucken muss, weil die werden sowieso alle, wenn sie Pflege kriegen werden sie alle halbe Jahr geprüft von einem Pflegedienst, ob die Pflege sichergestellt ist (I: Ja.) und da können die Pflegedienste relativ schnell feststellen, ob das klappt oder nicht (I: Ja.) und dann könnten die auch nochmal darauf hinweisen“ (DE P3: C27).*

Kursleiter DE. Es konnte festgestellt werden, dass die deutschen Experten eher professionelle Kursleiter für die Durchführung der Maßnahmen als angemessen einschätzen als es in Kombination mit Multiplikatoren laufen zu lassen, wobei hier dann der finanzielle Aspekt mitberücksichtigt werden müsse: *„Also, wenn ich jetzt jemand, jemand möchte dieses Modul jetzt starten sozusagen und ich als betriebliches Gesundheitsmanagement soll sozusagen Sitzungen mit dieser Person führen und die da informieren, dann heißt es ja erstmal für mich, dass ich informiert sein muss-- [...] Und wenn ich dafür Kursleiter engagiere, dann muss ich die als Unternehmen ja bezahlen“ (DE P2: C9).*

Hinsichtlich der Kombination von professionellen Kursleitern und Multiplikatoren wurde genannt, dass darunter die Professionalität und Qualität der Maßnahmen leiden könne: *„B: Ja, ja das ist das Problem an der Sache und es sind auch manchmal, da geht die Professionalität manchmal flöten, weil auch die eigene (I: Ja genau.), weil auch die eigene Persönlichkeit da mit reinspielt (I: Ja genau.). Manche Menschen haben dann einfach das Bedürfnis sich darüber darzustellen“ (DE P3: C24).* Insgesamt waren die Experten eher für professionelle Kursleiter (DE P3: C25; DE P6: C50), was auch das nachfolgende Zitat exemplarisch aufzeigt: *„Also sie*

sollen, dass sie auch wirklich fachkompetente Ansprechpartner haben und nicht jemand sagt, ja ich habe gehört, dass und eventuell können sie dahingehen, nein sie müssen wirklich Fakten an die Hand bekommen, die Hieb- und Stichfest sind“ (DE P6: C49).

Kasten 49: Fazit der Oberkategorie Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprojektes aus Sicht der deutschen Experten.

Fazit DE. Zusammenfassend ist zur Auswertungsfrage 1 festzuhalten, dass die deutschen Experten den **zeitlichen Rahmen** der 8-10 Wochen als teilweise zu lang empfanden, die 90 Minuten pro Einheit jedoch als angemessen beurteilten. Bei Schichtdienst könnte die Umsetzung nicht wöchentlich erfolgen, sondern müsste alle zwei Wochen oder in zwei unterschiedlichen Gruppen stattfinden, die dann an die Schicht zeitlich angepasst werden würden. Es konnte herausgefunden werden, dass eine **Gruppeneinteilung** in Angehörige von demenziell und nicht demenziell erkrankten Menschen angemessen sei. Hinsichtlich der **Aufbaukurse** nach Abschluss des Gesundheitsförderungsprogrammes wurde exploriert, dass die Inanspruchnahme eher gering ausfallen würde und es sollten Schwerpunktthemen ausgewählt werden. Außerdem wurde vorgeschlagen, dass nach Abschluss weitere Austauschtreffen stattfinden könnten. Es gab unterschiedliche Ideen, wie der **Zugang** und die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes im Setting erfolgen könnte. Zum einen konnte festgestellt werden, dass sich das Unternehmen eher für eine Vermittlung des Angebotes eignet und um Netzwerke mit anderen Institutionen und Unternehmen zu schließen. Außerdem wurde vorgeschlagen, die Pflege- bzw. Krankenkasse und den medizinischen Dienst einzubeziehen und auf gesundheitsförderliche Angebote aufmerksam zu machen sowie die Pflgetätigkeit zu überprüfen und Maßnahmen für pflegende Angehörige anzubieten. Die deutschen Experten beurteilten die Durchführung der Maßnahmen durch **professionelle Kursleiter** als geeignet.

Zeitlicher Rahmen DK. Die dänischen Experten bewerteten die zeitlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprogrammes überwiegend als gut. Es wurde von Erfahrungen mit der Einteilung innerhalb und außerhalb der Arbeitszeit berichtet (vgl. DK P4: C94) und angenommen, dass dies sehr hilfreich für die Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehöriger sei (DK P6: C115).

„Ja, ich finde die Rahmenbedingungen sind gut. (I. Ja) Also, dass das teils Freizeit und teils Arbeitszeit ist. Das ist auf jeden Fall eine Erfahrung, die wir gemacht haben, dass es funktioniert. [...] Das ist auf jeden Fall unsere Erfahrung, dass es kein Problem ist, dass der Arbeitgeber das auch bezahlt. Oder man macht eine Absprache mit dem Arbeitgeber, dass man die Flexibilität bekommt also, dass man an anderen Tagen vielleicht etwas länger arbeitet.

Aber der Arbeitgeber möchte gerne eine Abmachung, damit das funktioniert. Das ist auf jeden Fall unsere Erfahrung“ (DK P3: C74).

Außerdem wurde positiv bewertet, dass der Kurs direkt im Anschluss an den Feierabend anknüpft: *„Ja, aber ich denke tatsächlich, dass das Modell, das Du vorgestellt hast, dass teilweise während der Arbeitszeit und teilweise in der Freizeit stattfindet und es eine Verlängerung der Arbeitszeit sozusagen beinhaltet, da denke ich tatsächlich, dass das ein großer Vorteil sein kann. [...] d.h. wenn es mittags stattfindet, dann werden sie nicht kommen und wenn es am Abend ist, wird es zu spät, sodass es eine Verlängerung an ihrem Arbeitstag sein sollte. (I: Hmm) Ich denke tatsächlich, dass es wirklich Sinn macht, dass man es dort hinlegt“ (DK P6: C118).*

Weiterhin wurde der zeitliche Rahmen der 8 bis 10 Wochen von den Experten als sehr umfangreich angesehen (DK P5: C89-91), was der nachfolgende Textausschnitt exemplarisch verdeutlicht: *„Und ich würde sagen, wenn ich es ändern könnte, (I: Hmm) dann möchte ich es so weit wie möglich kürzer machen, also hätte ich vielleicht nur 6 Module, wenn ich könnte. (I: Ja) Ich denke, unsere Erfahrung mit den Personen ist, dass es für sie wirklich schwierig ist, Zeit für einen Kurs zu haben“ (DK P6: C112).*

Es wurde vorgeschlagen die Kurslänge insgesamt über die Anzahl der Wochen zu verkürzen: *„Und die Sache, Prioritäten zu setzen und etwas für sich selbst zu tun, also da würde ich sagen, je einfacher man es machen kann und je kürzer man es machen kann und je kürzer der Kurs ist, damit es geht und nicht zu wenig Inhalt wird, aber die Tatsache, dass, wenn man es an diesen 8 Modulen festhalten kann, anderthalb Stunden, dann würde man sie ermutigen, wenn man die Themen so priorisieren kann, dass es möglich ist 8 Einheiten zu machen“ (DK P6: C113).*

Diagnosespezifische Gruppen DK. Die dänischen Experten sprachen sich teilweise für eine diagnosespezifische Gruppeneinteilung aus, wobei angemerkt wurde, dass es unterschiedliche Belastungen bei Angehörigen von demenziell erkrankten Menschen gäbe (vgl. DK P3: C78; DK P5: C87, C88; DK P9: C127).

„Und dann denke ich, dass das mit den Gruppierungen von Angehörigen mit Demenzkranken und nicht Demenzkranken, denke ich kann auch sehr gut sein, weil es gibt noch ganz andere Probleme, die man hat wenn man Angehöriger ist in Bezug auf eine Demenzerkrankung und als Angehöriger von Menschen mit einer schweren Krankheit, weil man hat seinen Angehörigen vielleicht schon an der Demenz verloren, was man nicht tut bei einer schweren Erkrankung, da hat man immer noch die ganze Person im Kopf hinter der Krankheit“ (DK P4: C95).

Es ging deutlich hervor, dass bei krankheitsspezifischen Informationen an andere Institutionen weitervermittelt wird und dies nicht Teil der Angehörigenkurse ist. Es wurde von einem Experten vorgeschlagen, die Gruppen in kognitive und nicht kognitive Beeinträchtigungen einzuteilen: *„Also man könnte, wenn man es einteilen wollen würde, dann könnte man in physisch und psychisch einteilen. (I: Ja) Und das heißt, dass ich kognitive Beeinträchtigungen zusammen mit psychischen Erkrankungen zusammenlegen würde, (I: Ja) denn das ist da, wo die Persönlichkeit und die Familienverhältnisse verändert werden und da kann man gut Hilfe gebrauchen. (I: Ja) Während es bei denen mit physischen Beeinträchtigungen mehr um die körperliche Belastung der Angehörigen geht und man etwas über gute Arbeitshaltungen lernt und (I: Ja) wo sind die Grenzen in Bezug darauf, wie sehr man in die praktische Pflege involviert werden kann“* (DK P2: C68).

Diagnoseübergreifende Gruppen DK. Viele der dänischen Experten sprachen sich für diagnoseübergreifende Gruppen aus. So konnte exploriert werden, dass die pflegenden Angehörigen in einem diagnoseübergreifenden Rahmen eher voneinander profitieren (DK P6: C109; DK P7: C103, C105), da der Fokus auf der Selbstfürsorge und nicht auf der Erkrankung liegt. Die nachfolgenden Textausschnitte verdeutlichen dies:

„Meiner Erfahrung nach ist es so, dass Angehörige, die in einem diagnosespezifischen Zusammenhang sind, darüber sprechen, wie man ein guter Angehöriger sein kann, wie man helfen kann. (I: Ja) Statt darüber zu sprechen, wie man besser darin wird, auf sich selbst zu achten. (I: Ja) Da denke ich also, dass wenn Du das hier aufteilst und sagst, dass die Angehörigen von Personen mit Demenz zur diagnosespezifischen Gruppe gehören und die anderen sollen nicht diagnosespezifisch sein, (I: Ja, das ist richtig) dann bin ich also der Meinung, dass es ein Vorteil ist, dass es nicht diagnosespezifisch ist [...]. Als erstes alle möglichen anderen neurologischen Krankheiten und Beeinträchtigungen, (I: Ja) das würde ich machen, ganz egal welche Diagnose“ (DK P2: C67).

„Unsere Erfahrung ist genau das, weil wir auf in unseren Kursen den Fokus auf die Angehörigen haben und nicht auf die Krankheit. Dann kann man es Durchaus mit den verschiedenen Diagnosen mischen“ (DK P3: C77).

„Also ich bin es auch gewohnt mit verschiedenen Gruppen von Krankheiten zu arbeiten. Ich habe nach fast 700 Angehörigen die Erfahrung gemacht, dass es nicht so wichtig ist, sie nach der Diagnose aufzuteilen oder welche Art von Diagnose es ist. (I: Ja) Also, dass die gemischten Gruppen wirklich gut sind, denn es geht nicht so sehr um die Krankheit, sondern um das Wohlbefinden und die Bedingungen und Dilemmata der Angehörigen selbst“ (DK P8: C120).

Aufbaukurse DK. Die Aufbaukurse im Anschluss an das Gesundheitsförderungsprogramm wurden von den Experten als positiv bewertet, um langfristige Effekte zu erzielen (DK P4: C96).

„Ich finde tatsächlich auch, dass es richtig toll ist, dass Du das mit den Auffrischkursen mit drinnen hast danach. (I: Ja) Sodass man nach Hause gehen kann und man erleben kann, dass es vielleicht schwer sein kann einige von den Empfehlungen umzusetzen und dann hat man eine Gelegenheit darauf zurück zu kommen. (I: Ja) Ich finde das ganze wirklich toll, was Du konstruiert hast“ (DK P2: C72).

Die Durchführung und Teilnahme wurde ebenfalls als realistisch wahrgenommen: *„Ich finde das ist schon realistisch und ich denke, dass es nicht alle sind, die zum Auffrischkurs kommen. (I: Ja) Und davon gibt es genug, also das ist etwas was man in seiner Freizeit machen kann“ (DK P2: C73).*

Ein Experte berichtete diesbezüglich von einer negativen Erfahrung: *„Ich weiß nicht, wie Du nach 6 Monaten oder 1 Jahr einige Auffrischkurse durchführen möchtest. (I: Ja) Wir haben es vor einiger Zeit mit einem riesigen übergreifenden Projekt versucht, an dem ich mitgearbeitet habe, also es wird nicht mit der Zeit und der Gruppe, also der Zeit, in der sie Kontakt haben gemacht und dann hatte ich es schwer damit, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt tatsächlich wiederkommen. Also habe ich es tatsächlich aufgegeben, aber es ist gut, dass Du es noch nicht getan hast (lacht). (I: Hmm) Ich dachte nur: Oh, es kann schwer sein“ (DK P8: C121).*

Zugangswege DK. Hinsichtlich der Zugangswege und Verbreitung sowie Kommunikation über das Programm hatten die dänischen Experten Ideen, **Versicherungen** und **Arbeitnehmervertreter** miteinzubeziehen, die Kurse in unterschiedlichen Kommunen bei geringer Teilnehmeranzahl zusammenzuführen (DK P4: C100) und den **Einbezug unterschiedlicher Kommunikationskanäle**, z.B. in Form von Facebook, Zeitungen, Ärzten, aber auch den Arbeitsplatz und die Verbindung zwischen Unternehmen und Kommune (DK P6: C119). Die nachfolgenden Textausschnitte belegen dies:

*„[...] aber es kann ja etwas sein, wie die **Erwerbstätigkeitsversicherung**, sodass man eine Art Sicherheit für die Bürger hat, also z.B., wenn man riskiert, dass man seine Arbeit verliert und man nicht in der Situation sein kann, weil man eine Frau oder einen Mann hat, der an Sklerose erkrankt ist, könnte es ein Vorteil für sie sein, dass sie zu solchen Kursen geschickt werden“ (DK P4: C98).*

*„Ja, also ich denke ja, dass man einige der Elemente gut den **Arbeitnehmervertretern** vorlegen kann, aber dann denke ich manchmal, dass es darauf ankommt, wie es einem als Mitarbeiter geht, ob man denkt, dass der Arbeitnehmervertreter zu nah dran ist. [...] Aber ich*

denke, dass der Arbeitnehmervertreter gut auf einige Elemente hier eingehen könnte und auch etwas mitnehmen kann, weil man vielleicht oft als Arbeitnehmervertreter sehr darauf fokussiert ist, dass es arbeitsrelevant ist und das ist natürlich auch das was er machen soll“ (DK P4: C99).

„Wir kommunizieren viel über unsere wöchentlichen **Zeitungen** (I: Ja), wir kommunizieren über **Facebook** (I: Ja, ok) und dann legen wir bei den **Ärzten, Apothekern, der Bibliotheken** und allen, an die man denken kann dort legen wir die aktuellen Informationen über die Kurse aus, wann er startet und so und auch auf den Websites“ (DK P7: C106).

„Wenn die Angehörigen dann kommen, um mit dem **Arbeitgeber** darüber zu sprechen, dann hast Du auch einen Kanal, den wir anderen nicht haben, also wenn der Arbeitgeber es z.B. in der Kantine aufhängt (I: Ja) und wenn die Gewerkschaft darüber schreiben möchte in ihren Mitgliederzeitschriften. Ich denke, es muss einige gute Orte geben, um sie auch zu erreichen“ (DK P7: C107).

Kursleiter DK. Die dänischen Experten sprechen sich eher für professionelle Kursleiter aus (DK P3: C83; DK P6: C110), da sie von negativen Erfahrungen mit dem Peer-to-Peer Ansatz berichteten, dennoch konnten hierbei auch Vorteile, wie z.B. der Vorbildcharakter exploriert werden (DK P3: C86), wie der nachfolgende Textausschnitt exemplarisch darstellt: „Dieser Peer-to-Peer Ansatz, den Du auch erwähntest, also wo Angehörige Angehörige unterrichten. (I: Ja) Und das hat Vorteile, aber auch Nachteile. (I: Ja) Die, die ganz einfach unterrichten, denen fehlt manches Wissen, sie sind ausgebildet für das Konzept und sind ausgebildet einem bestimmten Manuskript zu folgen und das ist so viel, also das ist ziemlich irritierend, was jedes Mal gesagt werden muss. (I: Ja) Ein Manuskript, woraus sie vorlesen und man kann sagen, dass was sie vorlesen und das Wissen, welches sie vermitteln ist richtig. Aber sie sind nicht im Stande Fragen zu klären. (I: Hmm) Und das macht das Konzept verwundbar, dass da keine richtige Möglichkeit besteht, wenn man über etwas sprechen möchte, also über etwas außerhalb des Themas. Dann dürfen sie es nicht, weil sie dafür keine Ausbildung haben und das finde ich ist ein Nachteil“ (DK P3: C81).

Professionelle Fachkräfte können aus dem kommunalen Bereich für die Durchführung der Kurse angestellt werden: „Ja, weil ich denke auch, dass auf jeden Fall im kommunalen Bereich viele sein werden, die Kompetenzen haben, also kann man das sagen, also man kann es so sagen, das Angebot können wir machen und ich denke, dass große Unternehmen in Dänemark ja auch einige Sachen haben, wie Du sagst, also ein paar Gesundheitsfachkräfte, also Physiotherapeuten. (I: Ja) Und da kann man sagen, dass man vielleicht einige ihrer Kompetenzen in den Bereichen ausweitet, um mehr Teile der Module wahrzunehmen, wenn man sie anpasst. (I: Ja) Weil ich denke, je mehr man im Hause hat, desto einfacher wird es ja“ (DK P4: C101).

Kasten 50: Fazit der Oberkategorie Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprojektes aus Sicht der dänischen Experten.

Fazit DK. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die dänischen Experten die **zeitlichen Rahmenbedingungen** der 8 bis 10 Wochen sowie die Aufteilung, dass die Hälfte der Kurseinheit in der Arbeitszeit stattfindet und die andere Hälfte außerhalb der Arbeitszeit überwiegend als gut bewerteten. Weiterhin wurde es als Vorteil angesehen, den Kurs direkt im Anschluss an den Feierabend anzubieten. Einige Experten empfanden den zeitlichen Rahmen von 8 bis 10 Wochen zu umfangreich und empfahlen eine Kürzung auf 6 bis 8 Wochen. Hinsichtlich der **Gruppeneinteilung** konnten unterschiedliche Meinungen festgestellt werden. Teilweise waren die Experten für eine **diagnosespezifische Gruppeneinteilung** in demenzielle und nicht demenzielle Erkrankungen, da die Angehörigen unterschiedliche Belastungen erleben. In Dänemark werden krankheitsspezifische Beratungen und Fragestellungen an andere Institutionen weitervermittelt und sind nicht Teil der Angehörigenkurse. Dennoch wurde von einem Experten vorgeschlagen, die Gruppen in kognitive und nicht kognitive Beeinträchtigungen einzuteilen. Viele der dänischen Experten waren für **diagnoseübergreifende Gruppen**, da die pflegenden Angehörigen so eher voneinander profitieren können, da der Fokus auf der Selbstfürsorge und nicht auf der Erkrankung der pflegebedürftigen Person liegt. Die **Aufbaukurse** im Anschluss an das Gesundheitsförderungsprogramm wurden von den Experten als positiv bewertet, um langfristige Effekte zu erzielen und die Umsetzung sowie Teilnahme als realistisch bewertet, wobei ein Experte hierbei von negativen Erfahrungen hinsichtlich der Inanspruchnahme der pflegenden Angehörigen berichtete. Zu den Zugangswegen und der Verbreitung des Programmes konnten Ideen zum Einbezug von Versicherungen und Arbeitnehmervertretern exploriert werden. Die Kurse könnten bei einer geringen Teilnehmeranzahl in unterschiedlichen Kommunen zusammengelegt werden und das Programm über unterschiedliche Kommunikationskanäle, wie z.B. Facebook, Zeitungen, Ärzte und Unternehmen beworben werden. Hinsichtlich der **Kursleiter** äußerten sich die Experten eher für professionelle Kursleiter, da von negativen Erfahrungen mit dem Peer-to-Peer Ansatz berichtet wurde. Dennoch konnten hierbei auch Vorteile, wie z.B. der Vorbildcharakter exploriert werden. Professionelle Fachkräfte können aus dem kommunalen Bereich für die Durchführung der Kurse angestellt werden.

4.4.2 Auswertungsfrage 2

Ausgehend von der Auswertungsfrage „*Wie wird das Gesamtkonzept mit den dazugehörigen Modulen des Gesundheitsförderungsprogrammes von den Experten in Deutschland bzw. in Dänemark beurteilt?*“ wurde dem Kodierleitfaden (vgl. Kap. 4.3) entsprechend in die Kategorien *Gesamtkonzept, Modul 1: Psychoedukation: Stärkung der Pflegekompetenz,*

Modul 2: Stressbewältigung, Modul 3: Bewegung, Modul 4: Entspannung und Achtsamkeit und Modul 5: Kommunikation und Konfliktlösetraining eingeteilt. Die Kategorien gelten für Deutschland und Dänemark. Der Kategorienbaum der zweiten Auswertungsfrage wird in der Abbildung 68 dargestellt.

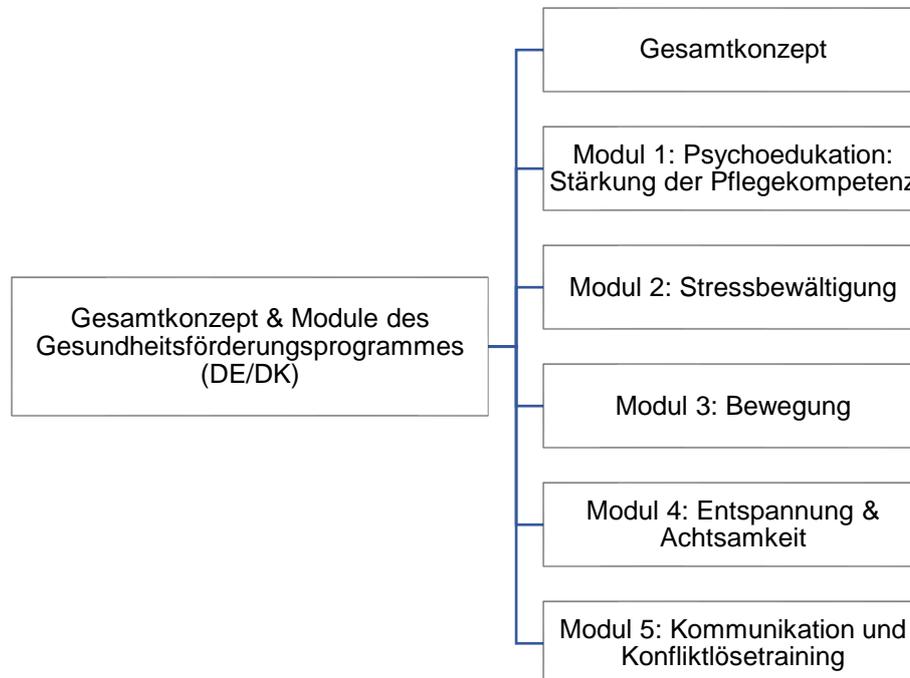


Abbildung 68: Kategorienbaum der zweiten Auswertungsfrage.

Gesamtkonzept DE. Das Gesamtkonzept des Gesundheitsförderungsprogrammes wurde von den deutschen Experten als gut bewertet (DE P1: C3; DE P2: C14; DE P6: C58), wie die nachfolgenden Textausschnitte beispielhaft belegen.

„Das finde ich, also das Gesamtkonzept finde ich gut“ (DE P3: C18).

„Nein, ich denke Sie haben da sehr umsichtig da die Schwerpunkte bearbeitet. [...] Finde ich wirklich. Sie haben viel Input, viel Inneres, Sie haben die Bewegung, das alles, also ich glaube da haben Sie sich viel gedacht und alles kann man sowieso nicht hineinpacken“ (DE P1: C9).

„Ja, weil aus meiner Sicht sind da halt wichtige Inhalte für jeden dabei (I: Ja.), denn gerade was ich sage mal, je nachdem, wie die Fragestellung ist, natürlich spielt Bewegung und Entspannung und Achtsamkeit eine Rolle, Stressbewältigung sowieso, weil (I: Ja.) die müssen das irgendwie unter einen Hut bringen (I: Ja.) und Kommunikation und Konfliktlösetraining ist auch extrem wichtig, weil Konflikte kommen einfach, entweder am Arbeitsplatz oder aber auch in der Pflege“ (DE P9: C81).

Weiterhin als wichtig wurde für das Gesamtkonzept des Programmes der Fokus der Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen, der gemeinsame Austausch und ein hoher Anteil an praktischen Übungen benannt (DE P1: C7; DE P5: C49; DE P7: C62).

„Also für mich ist es wirklich dieses Praktische, diese praktische Umsetzung sozusagen. Diese praktischen Übungen, das ist zwar alles benannt und ich bin davon ausgegangen, dass Sie das im Konzept haben, aber das müsste glaube ich auch nochmal richtig deutlich werden, dass die Leute da auch natürlich nicht nur Input kriegen, sondern auch die praktischen Sachen eben mal tun können so“ (DE P1: C8).

„[...] der Austausch miteinander ist glaube ich das A und O“ (DE P3: C21).

Modul 1: Psychoedukation: Stärkung der Pflegekompetenz DE. Zum ersten Modul des Gesundheitsförderungsprogrammes wurde von den deutschen Experten gesagt, dass die Informationsvermittlung der gesetzlichen Unterstützungsleistungen und der Umgang mit einer Pflegesituation sowie das Zurechtfinden im System die wichtigsten Unterstützungsmaßnahmen darstellen (DE P2: C15; DE P3: C27; DE P6: C51).

„Das es im ersten Modul auch wirklich erstmal um die Pflegesituation an sich geht, wo kriege ich Hilfe, gesetzliche Aufklärung, das sind ja meistens die Sachen, die einen bewegen, womit man total überfordert ist. Pflegestufe und was weiß ich nicht alles, was es da alles gibt und was einem zusteht und das nicht und danach dann noch darauf zu kommen, dass es auch um einen selbst geht, finde ich auch wichtig. (I: Ja) Ich persönlich, wäre ich in so einer Situation, ich würde mich davon durchaus angesprochen fühlen“ (DE P8: C70).

Weiterhin wurde von dem Experten hinsichtlich der Inanspruchnahme gesagt: *„[...] ich kann mir schon vorstellen, dass da doch dann einige sich hinsetzen würden und auch da wäre es dann eine Plattform, wo man dann auch mal wirklich drüber sprechen kann und auch im Betrieb sozusagen Gleichgesinnte finden kann mit denen man sich dann auch wirklich mal austauschen kann, wenn es einem wirklich schwer fällt“ (DE P8: C71).*

Es wurde vorgeschlagen, dass das Modul 1 vom Pflegestützpunkt übernommen werden könnte und hier eine Kooperation förderlich wäre: *„Im Modul 1 möglicherweise (I: Ja genau.), wobei wir gesagt haben, das Modul 1 könnten wir als Pflegestützpunkt auch gut übernehmen. Das sind unsere Beratungsinhalte (I: Ja genau.). Das wäre etwas, was wir denn auch übernehmen könnten“ (DE P3: C25).*

Modul 2: Stressbewältigung DE. Das Modul zur Stressbewältigung wurde von den deutschen Experten als wichtig für die Pflegesituation angesehen (DE P9: C76). Das nachfolgende Zitat verdeutlicht die Wichtigkeit: *„Ich glaube tatsächlich, gerade die Stresskompetenzen zu stärken und noch mal die eigene Identität wahrzunehmen und zu gucken, ist*

das wirklich das, was ich möchte und kann und gibt es da mehr Möglichkeiten, als dass, was ich gerade habe“ (DE P4: C34).

Als thematisch bedeutsam wurde benannt, dass es Stress erzeugen könne, wenn Pflege und Wohnort weit auseinanderliegen und der Umgang mit psychischen Belastungen durch die Pflegesituation.

„B: Und was Sie vielleicht auch nochmal einen Fokus darauf werfen, das weiß ich aber nicht, ob es hinpasst, ist die pflegenden Angehörigen sind manchmal nicht an dem selben Ort, wie die zu Pflegenden (I: Ja, genau.). Auch was man da tun kann, um nicht unter dem Stress zu leiden, ich werde dem nicht gerecht (I: Ja.) und ständig diese Fahrerei hin und her zu machen (I: Ja, genau, ja.). Also auch da vielleicht nur so als Gedankensprung, ist das auch etwas, was vielleicht schon drinnen ist in der Stressbewältigung oder so [...]“ (DE P1: C10).

„Wie gehe ich um, wenn sich der Charakter komplett verändert? Ähm das sind so Themen, die ich habe, so dieses ich erkenne meine Mutter nicht mehr, was dann auch zu psychischen Belastungen führt extrem“ (DE P4: C40).

Modul 3: Bewegung DE. Hinsichtlich der Bewegung benannten die deutschen Experten, dass es wichtig sei über Hilfsangebote zur Rückengesundheit und Kinästhetik zu sprechen und Angebote zu vermitteln: *„B: Ja, was wir nicht machen, also ich weiß das wir solche Kurse mal in der Planung hatten zur Stärkung der Muskulatur oder Rückengesundheit und dass wir uns im Endeffekt dagegen entschieden haben, weil es diese Kurse halt noch und nöcher schon woanders gibt (I: Ja richtig.) und dann wollen wir das nicht auch noch aufwenden sozusagen“ (DE P2: C17).*

„[...] irgendwie zum Beispiel, wie gesagt Modul 3, wo ich denn sage Frau Meier kümmert sich um ihren Vater und Frau Meier holen Sie sich bitte einen Pflegedienst, der zeigt Ihnen speziell wie Sie ihren Vater transferieren können, wie Sie richtig arbeiten können, wie Sie kinästhetisch an ihm diese Dinge machen können. Weil Kinästhetik sagt ja ganz klar, ich muss nicht auf das, was er noch mithelfen kann, muss ich mit einbauen, um selbst meinen Rücken zu schonen und solche Dinge“ (DE P3: C29).

Weiterhin wurde gesagt, dass Kooperationen mit Fitnessstudios, bestehende Kursangebote der Krankenkassen oder betriebsinterne Sportangebote die körperliche Aktivität fördern und thematisch auf pflegende Angehörige angepasst werden könnten (DE P7: C67).

„Also, was ich mir gut vorstellen könnte, so jetzt weitergedacht, die Frage, die ich mir stelle, wir fördern das Sportangebot, [...], dass wir Fitnessstudios nutzen (I: Ja, genau.), die natürlich dann auch, ich sage mal von den Krankenversicherungen geförderte Kursprogramme haben (I: Ja.). Die fördern wir, das heißt unsere Mitarbeiter so machen wir das, unsere Fitnessförderung (I: Ja.), dass unsere Mitarbeiter, die sich dort anmelden und die aktiv sind, [...] wenn

man da entsprechende Studios hat, die sich sowieso in Richtung Prävention aufgestellt haben, wie beispielweise V. in S. wäre das vielleicht auch eine Idee über so ein Vehikel dann ein solches Programm anzubieten“ (DE P9: C80).

Modul 4: Entspannung & Achtsamkeit DE. Zum Modul Entspannung und Achtsamkeit wurde lediglich gesagt, dass es wichtig für die pflegenden Angehörigen selbst sei: *„Also ansonsten finde ich die Module natürlich gut. Bewegung, Achtsamkeit. Das hat auch wirklich was mit sich selbst zu tun (I: Ja.), wie kann ich denn auch entspannt und gelassen auf diese, auf die Familienmitglieder, auf die zu Pflegenden zugehen“ (DE P1: C4).*

Modul 5: Kommunikation und Konfliktlösetraining DE. Beim Modul zur Kommunikation und Konfliktlösetraining wurde von den Experten gesagt, dass es förderlich sein könnte, individuelle Beratungen für die pflegenden Angehörigen anzubieten, um in einem geschützten Rahmen über Probleme zu sprechen: *„[...] Das war jetzt so eine Idee, wenn das Gespräch an sich nicht ist, sondern es gibt diese Dunkelziffer von Gewalt in der Pflege, die passieren, das kann man nicht wegdenken und jeder würde sagen, ich bin es nicht, aber alleine schon jemandem ein Getränk einfach in den Hals zu kippen ist schon Gewalt in der Pflege, das wissen viele ja gar nicht (I: Ja genau.). Und einfach zu sagen, ja ich bin überfordert, ich kann es nicht und auch mal zugeben zu dürfen, dass man es nicht kann, aber dann muss es eben ein geschützter Rahmen, geschützter Raum und dann muss man einfach gucken, ob die das überhaupt annehmen wollen (I: Ja.) und das ist natürlich schwierig in Firmen das zu implementieren“ (DE P3: C26).*

Außerdem wurde benannt, dass vor allem der Austausch untereinander sehr wichtig sei und zusätzlich Maßnahmen für Gesprächsgruppen angeboten werden könnten (DE P5: C48), was ebenso betriebsintern erfolgen könnte: *„So diesen Austausch innerhalb von verschiedenen Unternehmen, also wenn man diesen Zusammenschluss hätte, überlegen könnte, wäre für mich so eine Art Gesprächsgruppe (I: Ja.), also dass die Leute sich auch mal austauschen können zu solchen Themen, vielleicht wäre das noch eine Idee, das fand ich jetzt darin noch nicht“ (DE P5: C47).*

Es wurde außerdem vorgeschlagen, ein Pfl egetagebuch als Übung mitaufzunehmen: *„Also ich habe seinerzeit den Teilnehmenden vorgeschlagen so etwas wie ein eigenes Pfl egetagebuch führen. Also nicht ein Pfl egetagebuch, das man nutzt für den MDK zur Prüfung (I: Ja.), sondern ein eigenes Tagebuch im Sinne von, was ist mir so durch den Kopf gegangen, welche Anregungen habe ich bekommen, was konnte ich umsetzen? (I: Ja.) Woran hat es gescheitert? War es die Fahrt, war es der Umstand? Und was- (I: Oder auch, wie geht's mir heute?). Ja ganz genau, genau“ (DE P7: C63).*

Kasten 51: Fazit der Oberkategorie Gesamtkonzept & Module des Gesundheitsförderungsprogrammes aus Sicht der deutschen Experten.

Fazit DE. Zusammenfassend wurde das **Gesamtkonzept** des Gesundheitsförderungsprogrammes von den deutschen Experten als gut bewertet, wobei genannt wurde, dass der Fokus auf der Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen liegen sollte. Weiterhin als bedeutsam wurden der gegenseitige Austausch und ein hoher Anteil an praktischen Übungen benannt. Die Informationsvermittlung im **Modul 1** zu den gesetzlichen Unterstützungsleistungen und der Umgang mit einer Pflegesituation sowie das Zurechtfinden im System wurden von den Experten als die wichtigsten Unterstützungsmaßnahmen benannt. Es wurde vorgeschlagen, dass das Modul 1 vom Pflegestützpunkt im Rahmen einer Kooperation übernommen werden könnte. Hinsichtlich des **Moduls 2** konnte exploriert werden, dass dieses wichtig für die Bewältigung der Pflegesituation ist. Thematisch könnte hier mit aufgenommen werden, wie pflegende Angehörige mit einer weiten Entfernung von Pflegeort und Wohnort umgehen können und der Umgang mit psychischen Belastungen durch die Pflegesituation. Zum **Modul 3** sagten die Experten, dass es wichtig ist, über Angebote zur Rückengesundheit und Kinästhetik zu sprechen und Angebote zu vermitteln sowie, dass Kooperationen mit Fitnessstudios, bestehende Kursangebote von Krankenkassen oder betriebsinterne Sportangebote die körperliche Aktivität fördern und thematisch auf pflegende Angehörige angepasst werden könnten. Das **Modul 4** zur Entspannung und Achtsamkeit ist wichtig für die Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen. In Bezug auf das **Modul 5** benannten die Experten, dass es förderlich sein könnte, Beratungsgespräche für die pflegenden Angehörigen anzubieten, um in einem geschützten Rahmen über Probleme zu sprechen. Außerdem ist der gegenseitige Austausch sehr wichtig, wobei zusätzlich (betriebsinterne) Maßnahmen für Gesprächsgruppen angeboten werden könnten. Es wurde vorgeschlagen, ein Pfl egetagebuch als Übung mit aufzunehmen.

Gesamtkonzept DK. Das Gesamtkonzept des Gesundheitsförderungsprogrammes wurde von den dänischen Experten als gut bewertet (vgl. DK P1: C85; DK P3: C100; DK P7: C120; DK P8: C148, C162). Dabei wurde vor allem der ungedeckte Bedarf der Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen als positiv und bedeutsam beschrieben. Der nachfolgende Textausschnitt belegt dies exemplarisch: *„Ich finde es im Verhältnis zu ähnlichen Programmen gut, mit denen man gute Erfahrungen gemacht hat. Also ich denke, dass was neu ist in Deinem Programm, ist, dass es sich an erwerbstätige Angehörige richtet (I: Ja, richtig) und ich finde, dass das eine Gruppe ist, die es wirklich schwer hat, die anderen Angebote zu nutzen, andere ähnliche Angebote, die es gibt. (I: Ja) Deshalb finde ich, also inhaltmäßig fällt es in den Glauben mit dem, was bereits existiert, aber mit der Zielgruppe hast Du eine Stelle gefunden, wo ungedeckter Bedarf besteht. (I: Ja) Und ich finde, dass das richtig gut ist“* (DK P2: C88).

Bei der Auswahl der Module wurde die Wichtigkeit benannt, die Umsetzung im Alltag der erlernten Inhalte mit zu bedenken, sodass die praktischen Übungen auch zu Hause weitergeführt werden und die Teilnehmer sich gegenseitig motivieren und unterstützen können.

„Und das kann etwas sein, das man in der Gruppe miteinander festlegt, dass was man sich vorgenommen hat oder man sagt es laut in der Gruppe: "Ich möchte mit ... arbeiten", es kann auch sein, dass man sich gegenseitig kontaktiert auf dem Weg oder was auch immer. [...] Und sie sollen zu Hause einige praktische Dinge ausprobieren. (I: Ja) Das war es also, worüber ich nachgedacht habe“ (DK P6: C134).

„B1: [...], wenn man etwas implementieren möchte, dass sie eine Chance haben und dann haben sie etwas, mit dem sie nach Hause gehen und damit arbeiten können. [...]“ (DK P5: C104).

Weiterhin wurde explizit die Wichtigkeit eines hohen Praxisanteils genannt (vgl. DK P6: C133, C146). Das nachfolgende Zitat veranschaulicht die Kombination einer theoretischen und praktischen Wissensvermittlung: *„[...] aber es ist wirklich gut, wenn Du eine Kombination einiger Maßnahmen hast, die auch den Körper beanspruchen und einige Angehörige finden, dass es gut wäre, wenn sie über ihre eigenen Erfahrungen sprechen und erzählen können, wo man aber auch die theoretische Perspektive und damit den professionellen Unterricht hat“ (DK P5: C105).*

Die dänischen Experten benannten den Fokus der Maßnahmen auf die Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen (vgl. DK P5: C111; DK P6: C137; DK P8: C158).

„Also, wenn man auf das Ganze insgesamt guckt. (I: Ja) Ich finde es ist ein schönes Konzept und ich finde es tatsächlich schön, dass man es hat und so konkretes Wissen erhält, aber ich denke auch, dass das Gute daran ist, dass da etwas für einen selber dabei ist. Also es ist etwas Gesundheitsförderndes, es zeigt, dass man tatsächlich auf sich selbst aufpassen muss. Ich brauche tatsächlich ein paar Werkzeuge, ein paar Angewohnheiten und Verhaltensweisen, sodass ich mich in dem Prozess gesund halten kann“ (DK P4: C113).

„Und die Leute, die man trifft, sind so ziemlich alle sehr gestresst (I: Ja) und sie sind nicht gut darin, für sich selbst zu sorgen. (I: Ja) Der ganze Kurs hier ist letztlich das, dass sie lernen sollen, dass sie stoppen müssen und etwas Gutes für sich selbst tun.“ (DK P7: C131).

Es wurde von einem Experten gesagt, dass die Module in Interaktion miteinander stehen könnten und die Themen übergreifend behandelt werden, sodass es mehrere Themen in einem Modul gibt: *„Ja, das kann so sein, ich denke es kann auch sein, also es wird so sein, wie man es vorbereitet und es wäre auch eine gute Synergie, dass man die Module in Bezug zueinander aufgreift“ (DK P6: C142).* Weiterhin wurde präzisiert: *„[...] d.h. sowohl mit Stress*

als auch etwas mit Sorge und vielleicht auch etwas über Kommunikation und das hat man auch in Modul 3, also wie ein Besuch der Themen und dann hat man es das nächste Mal wieder und hat die Gedanken über das letzte Mal und es macht es einfacher, also es bleibt irgendwie im Gehirn stecken und man bekommt andere Möglichkeiten, mit den Angehörigen zu arbeiten. (I: Ja, und es gibt auch etwas mehr Abwechslung) Ja, genau. Es hängt aber auch ein wenig davon ab, wie sie sich für den Trainer entscheidet, dass es sich dann um kontinuierliche Trainer handeln muss, die gleichen Trainer über den gesamten Kursverlauf“ (DK P6: C145).

Außerdem wurde gesagt, dass es dann möglicherweise zu viele Module seien (DK P8: C149) und das Programm etwas vereinfacht werden könnte (DK P8: C147). Als sehr bedeutsam für die Zielgruppe und somit für das Gesamtkonzept des Programmes wurde von den Experten das gegenseitige Verständnis und der Austausch der pflegenden Angehörigen beschrieben:

„Und ich kann in der Vergangenheit sehen, dass ich es vergessen kann, also 15 Jahre lang zurück zu gucken, also ich habe immer weniger, was kann man sagen, intellektuelles Lehrmaterial. (I: Ja) Ich habe immer mehr Zeit für die Angehörigen, sodass sie gesehen und gehört und verstanden werden. (I: Ja) Und ich kann deutlich sehen, dass es den größten Unterschied macht, dass sie dann auch kommen und anwesend sind“ (DK P8: C154).

„Aber was sie immer sagen, sie sagen immer und zustimmend, dass die anderen das beste waren. (I: Ja) Dass sie einander treffen können und gesehen und verstanden werden von den anderen, das ist tatsächlich das, was sie stark macht“ (DK P8: C156).

Modul 1: Psychoedukation: Stärkung der Pflegekompetenz DK. Zum Modul 1 wurde von den Experten die Wichtigkeit zum Umgang mit einer Pflegesituation benannt: *„Aber die Möglichkeiten sind es, worauf man kommen muss, worauf man sich beziehen muss, darauf hinweisen und wie man es finden und in Anspruch nehmen kann, weil man sich in einer Situation befinden kann, in der man das genau muss, d.h. in der das Arbeitsleben nicht zu einer privaten Situation passt und wie man dann damit umgeht“ (DK P6: C141).*

Es wurde vorgeschlagen die Module 1 und 4 miteinander zu kombinieren, um mehr Abwechslung zu gewährleisten: *„Vielleicht könnte man die Module 1 und 4 ein wenig kombinieren. (I: Ja) Also, weil es ein wenig lang sein könnte, bevor man zu Modul 4 kommt. (I: Ja) Das könnte schwierig sein zu lernen (...)“ (DK P7: C121).*

Als inhaltliche Ergänzung wurde die Thematisierung von Vollmachten und Testamenten als wichtig beschrieben: *„Man könnte überlegen, ob man über etwas sprechen sollte, ich weiß nicht, wie die Regeln lauten, wie man in Deutschland in der Zukunft Testamente macht, aber in Dänemark können sie solche Testamente für die Zukunft machen, wo man bei Bewusstsein ist und selbst Entscheidungen treffen kann über wirtschaftliche oder ökonomische Aspekte*

usw. zu verfügen. (I: Ja) *Zumindest mit den Angehörigen darüber sprechen, was die nahen Angehörigen nicht mehr bezahlen können, wie sie mit Bank- und Finanzwesen umgehen sollen und alles so etwas, dass man eine Vollmacht hat, die sie haben müssen, damit sie handeln können, denn falls der Ehepartner keine Einverständniserklärung mehr abgeben kann, also so nennt man es in Dänemark“ (DK P7: C124).*

Modul 2: Stressbewältigung DK. Das Modul 2 wurde von den Experten als relevant bewertet, sodass die pflegenden Angehörigen Stressmanagementstrategien aufbauen: *„Aber ich denke, dass es im Zusammenhang mit dem Modul zum Umgang mit Stress einige wirklich gute und relevante Themen gibt. Ich denke, es ist wirklich sinnvoll, dass man es auf 2 Einheiten aufteilt. Die Themen zum Beispiel ist es viel mit dem Entwickeln von Strategien und Stressfaktoren zu identifizieren und zu reduzieren. Deshalb denke ich, dass dies für viele wirklich wichtig ist, weil es auch viele gibt, die möglicherweise nicht ganz so erfahren sind und entdeckt haben, wie gestresst sie wirklich sind. (I: Ja) Ich denke, es gibt Themen, die sehr relevant sind“ (DK P6: C135).*

Thematisch könnte das Modul durch das Thema „Sorgen“ ergänzt werden und wie Kinder und Jugendliche miteinbezogen werden können: *„Nun, ich hätte nun gesagt, dass ich denke, dass dort etwas zum Thema Sorgen fehlt. Mit zukünftigen Überlegungen hat es mit der zukünftigen Vollmacht zu tun, und wenn die Demenz so schädlich wird, kann es sein, dass sie introvertiert werden, und ich denke, es könnte etwas darüber sein, wie man damit umgeht, wenn man Kinder hat und es könnte mit dem Jugend- und Kinderbereich gemeinsam sein, also ich denke, dass es im Gesundheitsbereich ein Netzwerk geben sollte, also es könnte vielleicht das Gesundheitswesen oder einige andere Leute sein, die daran beteiligt werden“ (DK P7: C130).*

„Und dann gibt es noch ein bisschen mehr mit Sorgen, sozusagen Warte-Sorge, weil sie auf diese Weise keine reine Trauer erfahren, wenn wir sagen, dass es ein Todesfall ist, dann gibt es da eine reine Traurigkeit, aber sie erleben diese wartende Traurigkeit. (I: Ja) Sie warten sozusagen auf das Schlimmste“ (DK P8: C159).

Das Thema „Zeitmanagement“ wurde als kritisch bewertet: *„Während ich mir die Module hier anschau, gibt es eine Sache in Modul 2, bei der ich über den untersten Aspekt nachdenke, den Du hier nennst, dass mit den Zeitmanagementstrategien. Zeitmanagement, da denke ich darüber nach, dass es ein bisschen schwierig ist, denn tatsächlich ist es zu schwierig, wenn man Angehöriger ist, also die Zeit tatsächlich zu verwalten. [...] Also Zeitmanagementstrategien, da würde ich denken: Was in aller Welt, wie stellt man so etwas auf, wenn man die Zeit nicht kontrollieren kann“ (DK P9: C169).*

Außerdem wurde vorgeschlagen, das Thema Stress als übergeordnete Voraussetzung über alle Module zu stellen und die Selbstfürsorge zu fokussieren. Somit würde die Stressbewältigung als Voraussetzung zur Durchführung des Gesundheitsförderungsprogrammes gelten: *„[...] Ich denke also, wenn man dann mit den anderen drei Modulen mehr konzentriert arbeiten könnte, dann wäre der Stress, also dann würde man den Stress und die Belastungen minimieren, indem man stattdessen mit den Modulen 3, 4 und 5 arbeitet, richtig? (I: Ja) Ich sehe Stress als Voraussetzung, bevor ich überhaupt an etwas arbeite“* (DK P8: C151). Weiterhin wurde präzisiert: *„Aber ich bin genau dort, also jetzt sage mal etwas, also, dass es die Voraussetzung selbst ist. (I: Ja) Das ist der Zugang, es ist das Sprungbrett zur Arbeit damit. (I: Ja, genau) Und so habe ich an ein solches Problem mit dem Stress gedacht. Schließlich ist es das in der Tat und bei den anderen drei Problemen auch, dass es den Angehörigen so schwerfällt, für sich selbst zu sorgen, wo wir vorher drüber gesprochen haben, auf sich selbst aufzupassen, und es ihnen so schwerfällt, Hilfe anzunehmen. (I: Ja) Und es fällt ihnen schwer, sich die Zeit für ihre eigenen Prioritäten zu nehmen (I: Ja), und so denke ich, das ist es warum sind sie gestresst sind. Ja, also auch deshalb sind sie es. Es ist also nur so eine Art zu versuchen zu definieren, was mit ihnen los ist“* (DK P8: C152).

Modul 3: Bewegung DK. Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität wurden von den Experten als förderlich für die Gesundheit der pflegenden Angehörigen angesehen: *„Und das, was ich sagen möchte ist, dass wir in der Organisation, die ich vertrete, sehr darauf fokussiert sind, also, dass Bewegung wichtig ist und (I: Ja) um ganzheitlich anzusetzen und eine Verbesserung der Lebensqualität in Bezug auf, zum Beispiel demente Familienmitglieder, zu erreichen. (I: Ja) Vor allem, weil die Belastungen für die Angehörigen sehr groß sind. (Ja, das ist es.) Dort konzentrieren wir uns sehr darauf, weil die Bewegung für sie sehr wichtig ist. (I: Ja) Sowohl sozial als auch physisch hat es einen enormen Einfluss“* (DK P1: C83).

Hierbei wurden kurze Bewegungsübungen während der Kurseinheiten oder kurze Videos für zu Hause sowie die Thematisierung der Wichtigkeit von Bewegung im Alltag genannt (vgl. DK P5: C108; DK P9: C168).

„Ja, ganz genau so etwas, zumindest das es kurz und einfach ist, so einfach wie möglich. (I: Ja) Damit es übersichtlich und deutlich wird, dass es möglich ist auch zu machen. Denn wenn es ein solches Trainingsprogramm für eine halbe Stunde gibt, kann es zu viele Entmutigungen geben, aber Übungen in 10 Minuten können dann besser sein, dass in den Alltag zu integrieren. (I: Ja) Also das mit so kleinen einfachen Dingen denke ich. (I: Ja) Damit sie als Individuum, also alleine weitermachen, aber es ist mehr zu präsentieren“ (DK P6: C132).

„Die Bewegungs-Übungen können mit den Videos durchgeführt werden, über die Du gesprochen hast oder kurz. Also man muss einen kurzen Input haben, wie wichtig es ist, dass man körperlich aktiv bleiben muss“ (DK P5: C109).

Hinsichtlich des Themas „Hilfsmittel“ wurde gesagt, dass eine Einteilung der Angehörigen von Menschen mit psychischen und physischen Beeinträchtigungen unterteilt werden könnte, da der Bedarf an Hilfsmitteln hier sehr unterschiedlich ist (DK P2: C91).

„Also ich denke im Modul 3 bei der Bewegung, da steht etwas über Rückengesundheit, ich denke da steht auch etwas über den richtigen Gebrauch von Hilfsmitteln, da muss ich an Haltungstechniken denken. (I: Ja) Und das gehört vielleicht mit dazu, aber es könnte gut darum gehen, dass man das spezifiziert, weil das ist ja eine Sache von denen viele Angehörige körperliche Schäden bekommen“ (DK P2: C90).

Das Thema „Hilfsmittel“ könnte auch an Fachpersonal weitervermittelt werden. Der Gebrauch von Hilfsmitteln in der Häuslichkeit sollte entsprechend des individuellen Bedarfs mit Fachpersonal thematisiert werden (DK P3: C97, C98; DK P6: C139). Die nachfolgenden Textausschnitte belegen, dass in Dänemark keine Schulung von Hilfsmitteln im Rahmen von gesundheitsförderlichen Kursangeboten durchgeführt werden, da der Bedarf sowie die Hilfsmittel sehr individuell sind und dies zu Problemen in den Einheiten führen könne (DK P3: C96).

„Ja, also genau das Modul haben wir gewählt anders anzugehen. (I: Ja) Wir haben kein physisches Training als einen Teil unseres Programms und wir haben auch keine Anleitung für den Gebrauch von Hilfsmitteln. (I: Ja) Das haben wir nicht. Wenn nämlich Hilfsmittel zu Hause sind, dann kommen von unserer Behörde, die Therapeuten nach Hause und weisen ein, wie die Hilfsmittel verwendet werden sollen und wie man dabei auf sich selbst aufpasst. Je nachdem welche Arbeitssituation man hat“ (DK P3: C94).

Bewegungsangebote werden überwiegend an externe Anbieter vermittelt und finden nicht im Rahmen der gesundheitsförderlichen Maßnahmen für pflegende Angehörige statt (vgl. DK P6: C136). *„Und das soll heißen, dass Bewegung auch wichtig ist. Aber dann sprechen wir auch darüber, dass es sie dann raus in die lokale Umgebung gehen sollen, dort wo sie wohnen und Bewegungsangebote finden, was Schwimmen sein kann. Das kann ein Spaziergang, Golf oder Tanzen sein, (I: Ja) Dann sollen sie rausgehen und einen Verein finden. Wir haben kein Training in dem Teil unseres Konzeptes, aber wir reden viel darüber, was sie an Aktivitäten im Umkreis von ihrem Zuhause finden können und was in den Alltag passt. Sodass sie weg von zu Hause kommen, rausgehen oder zusammen mit anderen etwas, wo es nicht um Krankheiten geht und wir erstellen einen Leitfaden, wie sie auf sich selbst aufpassen [...]“ (DK P3: C95).*

Modul 4: Entspannung & Achtsamkeit DK. Beim Modul zur Entspannung und Achtsamkeit wurde von den Experten gesagt, dass dies hinsichtlich der Achtsamkeit im Alltag, den Gedanken und für das *positive Mindset* förderlich ist (vgl. DK P8: C157; C160).

„Und dann dachte ich auch, dass das mit der Entspannung. (..) Ja, also da denke ich, zumindest denke ich, dass dort mit kognitiven Techniken gearbeitet wird. Ich denke, das ist auch etwas, das wir sehen können (I: Hmm), dass sich das wirklich lohnt, weil es ist auch sehr wichtig, wie das gesamte Bewusstsein, also das Mindset in Bezug auf eine Situation ist. Das ist etwas, das einen großen Einfluss darauf hat, wie man damit umgeht, also macht es wirklich Sinn, dass Du diese Themen auch mit aufgreifst“ (DK P6: C143).

„[...] das ist Modul 4, da denke ich, dass es tatsächlich sehr gut ist, weil das ist es, was wir oft hören und sehen, das ist das mit den übermäßigen Gedanken, der enorme Stress, der über jeden in dieser Situation kommt, und sodass man lernt damit umzugehen: ‚Wie kann man die Aufmerksamkeit da kriegen wo man sie haben soll? Wie kann man es organisieren, wie kann man es stoppen, wenn es einfach zu viel ist? Was sind das für Mechanismen, mit denen man sich selber auf den Weg helfen kann?‘“ (DK P4: C117).

Es wurde von Erfahrungen berichtet, wobei Achtsamkeitsübungen gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen durchgeführt wurden und diese als Abschlussritual eines jeden Moduls erfolgen könnten: „Wir schließen jedes Mal mit einer kleinen Achtsamkeits-Übung ab, (J: Ja) das nehmen wir auch mit hinein könnte man sagen, darüber sind die Angehörigen richtig froh“ (DK P3: C102).

„[...] aber im ersten Teil des Unterrichts, da könnte man vielleicht während der zwei Stunden eine Viertelstunde Achtsamkeit gemeinsam machen. (I: Ja) Auch dafür um die Aufmerksamkeit zu behalten und sie sollen es erleben und versuchen es auszuprobieren, dass es ihnen etwas Positives geben kann“ (DK P7: C123).

Modul 5: Kommunikation und Konfliktlösetraining DK. In Bezug auf das Modul zur Kommunikation und zum Konfliktlösetraining konnte exploriert werden, dass die Kommunikation in verschiedenen Bereichen, wie z.B. am Arbeitsplatz, mit den Behörden sowie mit der zu pflegenden Person selbst relevant ist (DK P2: C93), wie die nachfolgenden Textstellen verdeutlichen:

„Und dann denke ich im Modul 5 bei Kommunikation und Konfliktlösung, also denkst Du im Verhältnis zu sowohl Kollegen als auch dem Vorgesetzten, also das umfasst ja richtig viel. Auf jeden Fall für Angehörige in Dänemark mit Kommunikation und Konfliktlösung auch in Bezug auf das Gesundheitspersonal. (I: Ja) Und das sind natürlich dieselben Techniken, aber ich denke, dass es gut sein könnte eine Validierung für das Erlebnis das Angehörige damit haben zu thematisieren. (I: Ja) Wenn man sagt, ja es gibt viele, die finden, dass die Kommunikation schwer sein kann“ (DK P2: C92).

„Weil es auf so vielen Ebenen Konflikte gibt. Sie haben Konflikte, die intrapersonal sind, d.h. ihre eigenen Konflikte mit sich selbst, sie haben die zwischenmenschlichen Konflikte mit

Bürgern oder mit dem Kranken oder Kollegen oder mit dem Chef oder mit dem kommunalen System. Es gibt also wirklich Konflikte auf vielen verschiedenen Ebenen“ (DK P9: C172).

„Es gibt also viele Konflikte, die wirklich Konfliktmanagement und Konflikterkennung auf vielen verschiedenen Ebenen beinhalten“ (DK P9: C173).

Es wurde außerdem benannt, dass häufig Konflikte in der Kommunikation mit der zu pflegenden Person auftreten (vgl. DK P7: C125; DK P7: C126). Es sei dabei wichtig, inhaltlich zu thematisieren, wie Kommunikationsprozesse positiv ablaufen können (DE P4: C115). *„So jetzt muss ich mit der Kommune oder dem Krankenhaus kämpfen, um den zu kriegen, den ich haben will. Also wie reagiert man als Angehöriger hierbei, oder? (I: Ja) Und dann denke ich, dass wenn man sich anpasst, hat es ja auch eine positive Wirkung auf die Arbeit, weil man ja eigentlich besser und ausbalancierter ist, wenn man zurück zur Arbeit kommt nach so einem Tag im Krankenhaus oder ein paar Stunden im Krankenhaus. (I: Ja) Weil man verstanden hat, in der Rolle des Angehörigen zu sein und man hatte eine Kommunikation. Man hat ein paar Werkzeuge gelernt, um die Kommunikation zu meistern und ist besser geworden. (I: Ja genau) Also das denke ich, ist gut“ (DK P4: C116).*

Weiterhin thematisch bedeutsam stellte sich das Thema „Was denken andere?“ und Vorurteile heraus, sodass die Enttabuisierung von Angehörigenpflege mehr Aufmerksamkeit in der Gesellschaft gewinnt (DK P7: C128). Außerdem als bedeutsam wurde die Kommunikation am Arbeitsplatz sowie ein gegenseitiges Verständnis benannt (DK P6: C140; DK P7: C129). Der nachfolgende Textausschnitt stellt dies exemplarisch dar: *„Ja, da denke ich nämlich dran, also das was dort Konversations- und Kommunikationsprozesse heißt, also Kommunikation mit Kollegen und dem Chef zwischen Angehörigen, also, dass es darin thematisiert wird. [...] Und ich denke, es wäre hervorragend, wenn dieses Problem angegangen und geklärt werden würde, und dann kann man sagen, dass es darum geht, eine Aktivität durchzuführen, wie z.B. Dein Programm zur Gesundheitsförderung für erwerbstätige Angehörige, um es am Arbeitsplatz so deutlich zu machen, dass es auch sichtbar gemacht werden kann, dass es Probleme damit gibt. (I: Ja) Und wir müssen das angehen, sonst überlassen wir es einfach den Angehörigen und ihren engen Kollegen“ (DK P9: C171).*

Kasten 52: Fazit der Oberkategorie Gesamtkonzept & Module des Gesundheitsförderungsprogrammes aus der Sicht der dänischen Experten.

Fazit DK. Das Gesamtkonzept des Gesundheitsförderungsprogrammes wurde von den dänischen Experten als gut bewertet und insbesondere wurde der ungedeckte Bedarf der Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen herausgestellt. Bei der Auswahl der Maßnahmen wurde die Wichtigkeit der Alltagsimplementierung benannt sowie eine angemessene Kombination von Theorie und Praxis. Dabei stellten die Experten besonders den Fokus auf die Förderung der Selbstfürsorge heraus. Die Module könnten laut eines Experten übergreifend behandelt werden, sodass es mehrere Themen in einem Modul gibt. Außerdem wurde gesagt, dass es zu viele Module sein könnten und es einer Vereinfachung des Programmes bedarf. Als sehr bedeutsam für die Zielgruppe wurden von den Experten das gegenseitige Verständnis und der Austausch der pflegenden Angehörigen untereinander benannt. In Bezug auf das **Modul 1** wurde von den Experten die Wichtigkeit zum Umgang mit einer Pflegesituation beschrieben und vorgeschlagen die Module 1 und 4 miteinander zu kombinieren, um mehr Abwechslung zu erhalten. Als inhaltliche Ergänzung wurde die Thematisierung von Vollmachten und Testamenten genannt. **Das Modul 2** wurde von den Experten hinsichtlich des Aufbaus von Stressbewältigungsstrategien als relevant bewertet. Eine thematische Ergänzung könnte durch das Thema „Sorgen“ erfolgen und wie Kinder und Jugendliche bei einer Pflegesituation miteinbezogen werden könnten. Das Thema „Zeitmanagement“ wurde als kritisch bewertet. Es wurde vorgeschlagen, das Thema Stress als übergeordnete Voraussetzung über alle Module zu stellen und die Selbstfürsorge zu fokussieren. Die Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität in **Modul 3** wurden von den Experten als förderlich für die Gesundheit der pflegenden Angehörigen angesehen und es wurden kurze Bewegungsübungen während der Kurseinheiten oder Trainingsvideos für zu Hause sowie die Thematisierung der Wichtigkeit von Bewegung im Alltag benannt. Zum Thema „Hilfsmittel“ wurde gesagt, dass eine Einteilung der Angehörigen von Menschen mit psychischen und physischen Beeinträchtigungen angemessen wäre, da der Bedarf an Hilfsmitteln sehr unterschiedlich sein kann. In Dänemark finden keine Schulungen von Hilfsmitteln und Bewegungsangebote im Rahmen von gesundheitsförderlichen Kursangeboten statt, sondern diese werden von externen Institutionen übernommen. Beim **Modul 4** konnte festgestellt werden, dass dieses für die Achtsamkeit im Alltag, die Gedanken und für ein *positives Mindset* förderlich ist. Bei der Kommunikation und dem Konfliktlösetraining (**Modul 5**) konnte festgestellt werden, dass die Kommunikation in verschiedenen Bereichen, wie z.B. am Arbeitsplatz, mit den Behörden sowie mit der zu pflegenden Person bedeutsam ist, um die Enttabuisierung des Themas Pflege zu fördern.

4.4.3 Auswertungsfrage 3

Ausgehend von der dritten Auswertungsfrage „*Wie beurteilen die Experten die Möglichkeiten zur Implementierung des Gesundheitsförderungsprogrammes in Deutschland bzw. in Dänemark?*“ wurden mittels der induktiven Kategorienbildung entsprechend des Selektionskriteriums und Abstraktionsniveaus (vgl. Kap. 4.3) Herausforderungen und Chancen zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes in Deutschland und in Dänemark exploriert. Der übergeordnete Kategorienbaum der dritten Auswertungsfrage wird in der Abbildung 69 dargestellt. Eine weitere Darstellung des Kategoriensystems erfolgt aufgrund der Komplexität für die beiden Länder gesondert. Außerdem erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorien in diesem Kapitel aufgrund der Übersichtlichkeit zunächst für Deutschland und danach für Dänemark.

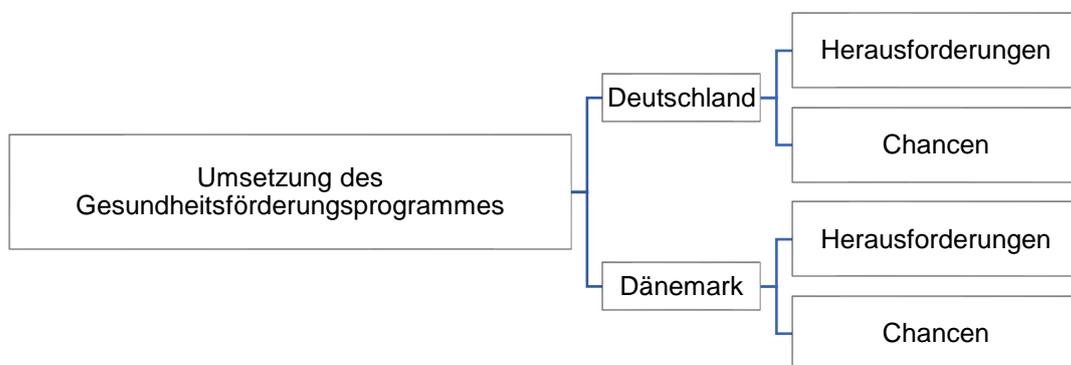


Abbildung 69: Kategorienbaum der dritten Auswertungsfrage.

4.4.3.1 Herausforderungen und Chancen des Gesundheitsförderungsprogrammes Deutschland

Nachfolgend werden entsprechend der Auswertungsfrage 3 die Ergebnisse der deutschen Experten dargestellt. Es konnten für die Herausforderungen die induktiven Kategorien *Gruppe*, *Zeit*, *Setting*, *Teilnehmer*, *Betreuung der pflegebedürftigen Person*, *Finanzierung* und *Akzeptanz (Tabuisierung)* gebildet werden. Für die Chancen konnten die Kategorien *Fortbildungsmaßnahme*, *Motivation*, *Anpassung von Maßnahmen auf pflegende Angehörige*, *Übernahme von Modul 1* und *Zugangsgespräche* gebildet werden. Die Abbildung 70 visualisiert den Kategorienbaum der induktiv gebildeten Kategorien für Deutschland.

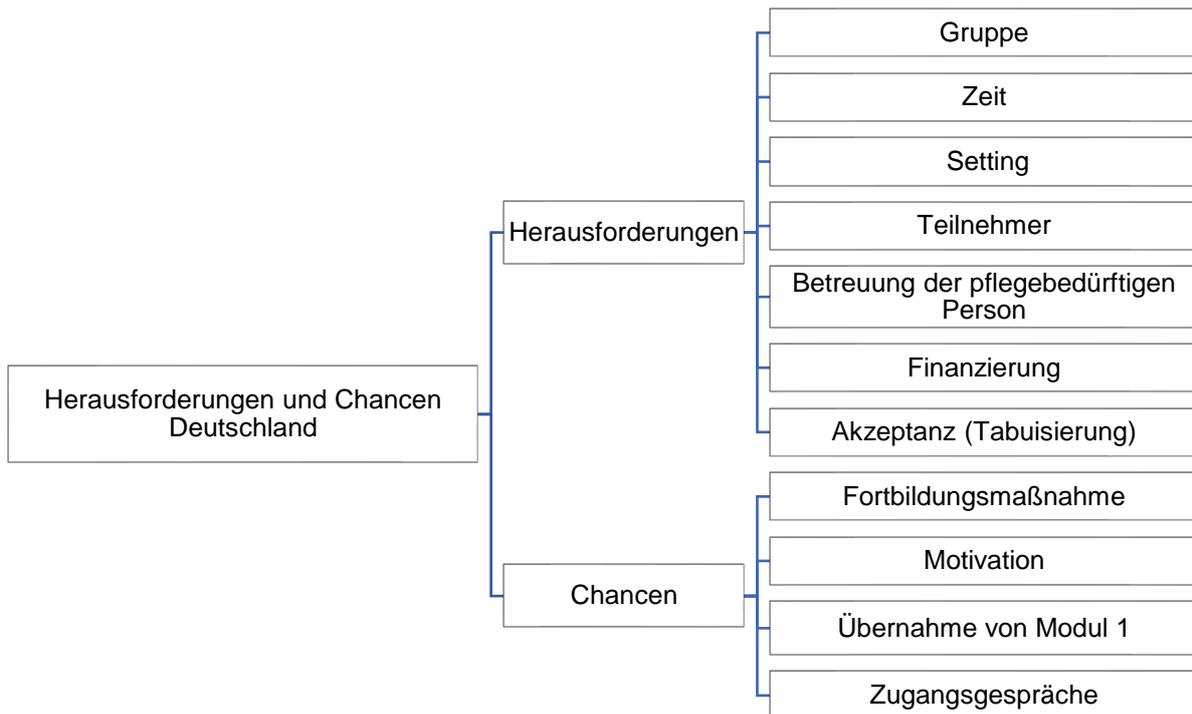


Abbildung 70: Kategorienbaum der Oberkategorie Herausforderungen und Chancen aus Sicht der deutschen Experten.

Herausforderung Gruppe. Es konnte festgestellt werden, dass die Umsetzung im Gruppen-setting allgemein schwierig sein könne (DE P1: C1) und dass es schwierig sein könne, gemeinsam mit Kollegen in einer Gruppe zu sein, wenn das Programm firmenintern durchgeführt wird. Außerdem könne es auch im kommunalen Bereich bei der Anonymität von intrafamiliären Konflikten Herausforderungen geben, wie die nachfolgenden Textausschnitte belegen.

„Also wo ich einen Knackpunkt sehe, wenn man das firmenintern abbilden möchte, dass die Kollegen untereinander in diesen Gruppen wirklich offen miteinander umgehen (I: Ja, genau.) und dass die Offenheit ja quasi einem direkten Kollegen, der vielleicht im Nachbarbüro sitzt, um dann über Probleme zu sprechen, könnte ich einen Knackpunkt sehen“ (DE P5: C28).

Erfahrungen aus dem kommunalen Bereich zeigten ebenfalls diese Problematik auf: *„[...] der Hintergrund für die Kreisgruppen war schlicht und ergreifend die Situation, dass die Menschen nicht unbedingt, ich sage mal mit Nachbarn aus dem Ort, aus dem Dorf in einer Gruppe sein wollten. Stichwort ist einfach Anonymität, Wert auf Anonymität (I: Ja, genau und so ist es ja auch am Arbeitsplatz schwierig). Das wäre wirklich nochmal etwas, was ich zu Bedenken gebe, also dass man da das zumindest nochmal als Gedankengang nochmal mitbewegt“ (DE P7: C34).*

Weiterhin wurde berichtet: *„Der Aspekt, das kann natürlich auch so sein, dass sich den Menschen da überhaupt keine Schwierigkeiten bereiten, nur mein Erfahrungswert liegt darin, gerade wenn es dann um allgemeine Themen, wie Krankheitsbilder, Umgang damit oder auch mit Bewegungstraining und Wahrnehmen und das geht alles. Aber wenn es dann an den Kern der Geschichte geht, im Sinne Pflegerolle, Identität, Selbstbild und Umgang in der Pflegesituation (I: Ja.), dann geht es ja schon ganz stark in intrafamiliäre Strukturen hinein“* (DE P7: C35).

Herausforderung Zeit. Eine Herausforderung für die Inanspruchnahme konnte hinsichtlich der Zeit für die Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Maßnahmen bei der Zielgruppe festgestellt werden, da pflegende Angehörige aufgrund ihrer Belastungen wenig Zeit haben (DE P2: C5; DE P3: C11; DE P6: C33). Auch für Teilzeitkräfte kann es problematisch sein, ein solches Kursangebot in Anspruch zu nehmen: *„Wir haben so viele Arbeitszeitmodelle und diejenigen, die nur, also was heißt nur. Also die Teilzeitbeschäftigten, die dann bis mittags im Unternehmen sind, die dann in dieser kurzen Arbeitszeit wirklich viel schaffen müssen und sich dann auch noch an so einen Kurs irgendwie mit dranhängen sollen, der vielleicht gar nicht in ihr Zeitfenster reinpasst, das würde aus meiner Sicht und aus meiner Erfahrung auch noch mehr Stress verursachen als dass es Hilfe bringt“* (DE P2: C8).

Herausforderung Setting. Bei der Durchführung im Setting Betrieb konnten Herausforderungen bei der Arbeitszeit durch beispielsweise unterschiedliche Arbeitszeitmodelle, den verschiedenen Arbeitsbereichen (vgl. DE P8: C39, C40) sowie Arbeitsorten hinsichtlich einer Dezentralisierung exploriert werden, wie die nachfolgende Textstelle aufzeigt: *„[...] das erleben wir in unserer Struktur immer wieder, ist halt das wir als N. jetzt dezentral aufgestellt sind. Also das merken wir mit unseren Förderprogrammen immer wieder, dass die dann viele Angebote nicht zustande bekommen, weil die oder, weil der (Pause) ja ich muss es so sagen, kein Interesse haben, nicht nochmal sich irgendwo an einen zentralen Ort zu begeben, um so ein Thema zu machen für 90 Minuten (I: Ja.). Bei anderen Organisationen, die eher zentraler aufgestellt sind, ich sage mal S. zum Beispiel, die (unverständlich). Da ist es natürlich einfacher, weil ich habe grundsätzlich die Mitarbeiter an einem Ort“* (DE P9: C48).

Weiterhin konnte die Anonymität am Arbeitsplatz als Herausforderung für eine betriebsinterne Umsetzung exploriert werden: *„Ja bzw. vielleicht eher die Anonymität oder halt eben auch die Bekanntheit. (I: Ja genau) Manchmal ist es ja einfacher, wenn man mit unbekanntem Leuten einfach reden kann, weil man ist dann im, ich sage mal im beruflichen Leben, ist man dann einfach wieder nur weiß ich nicht Mitarbeiter Hans und nicht der: "Oh Gott, der arme, hast du schon gehört?", sondern ja“* (DE P8: C45).

Herausforderung Teilnehmer. Hinsichtlich der Inanspruchnahme und der Akquise für genügend Teilnehmer konnten Herausforderungen exploriert werden, z.B., dass nicht genügend pflegende Angehörige in einem Unternehmen beschäftigt sind oder diese das Angebot eher nicht in Anspruch nehmen würden (DE P4: C25; DE P8: C41, C42).

„[...] wir haben ja 330 Beschäftigte und wir haben vielleicht fünf oder sechs, die mir bekannt sind, die jemanden pflegen. So und da ist natürlich die Pflegesituation oder die Ursache, warum die Pflege notwendig ist, sehr individuell (I: Ja.). So und ich kann mir da schlecht vorstellen, dass man da so einen richtigen Kurs draus machen kann, weil jeder hat, also es sind ja immer so ganz individuelle Fragen, die auftauchen, was man ja auch gar nicht mit seinen anderen Arbeitskollegen teilen möchte“ (DE P6: C6).

Herausforderung Betreuung der pflegebedürftigen Person. Eine weitere Herausforderung könnte darin bestehen, dass die pflegebedürftige Person in der Zeit während der Kurseinheiten betreut werden muss: *„Was für uns tatsächlich ein bisschen schwierig ist, ist wie gesagt, wer kümmert sich in der Zeit, wenn man es denn tut, um die Pflegebedürftigen (I: Ja.), das ist das eine“ (DE P3: C12).*

Herausforderung Finanzierung. Als herausfordernd für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes konnte die Finanzierung exploriert werden. Es wurde die Idee geäußert, die Pflegekasse als einen externen Anbieter miteinzubeziehen.: *„Ach so ja, uns fehlte noch, wer finanziert diese Maßnahme? Wie sieht das aus mit der Finanzierung? (I: Ja genau.) Gibt es da schon Ideen? Da haben wir drüber nachgedacht, wer, könnte man das und da wäre dann wieder möglicherweise die Pflegekassen diejenigen welche, die man (I: Ja genau.) dann da von überzeugen müsste“ (DE P3: C13).*

Eine betriebsinterne Umsetzung konnte ebenfalls als herausfordernd (vgl. DE P4: C23), aber möglich exploriert werden, da große Unternehmen häufig ein Budget für gesundheitsförderliche Maßnahmen und speziell zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf haben (DE P4: C21, C24). *„Wir haben ein Budget für das Thema Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf (I: Ja.) und da suchen wir natürlich auch immer Möglichkeiten, Maßnahmen, die uns gut erscheinen dann im Unternehmen umzusetzen (I: Ja, toll.). Kommt natürlich immer auch drauf an, wie viel“ (DE P5: C31).*

Grundsätzlich benannten die Experten, dass eine Finanzierung möglich sei, dennoch ist das Thema Angehörigenpflege bei vielen Unternehmen und in der Gesellschaft noch tabuisiert, im Gegensatz zu z.B. Maßnahmen zur Rückengesundheit (vgl. DE P8: C46). *„[...] dann sind die Unternehmen meistens schon weiter in solchen Themen, dass das dann auch die Bereitschaft dafür da ist äh in so ein Programm zu investieren“ (DE P9: C51).*

Herausforderung Akzeptanz (Tabuisierung). Hinsichtlich der Akzeptanz und Tabuisierung von Angehörigenpflege in der Gesellschaft konnten zum einen gesellschaftliche und zum anderen betriebliche Herausforderungen festgestellt werden, die sich auf die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes auswirken könnten: *„Und dann tatsächlich die Akzeptanz. Weil das haben Sie vorhin schon gesagt, das ist halt ein Tabuthema, also das ist wirklich, die Menschen versuchen, das irgendwie mit sich selbst auszumachen, [...] Also so, es ist dieses: Wie kriegen wir die Stulle an den Mann? oder so, oder an die Frau. Das war so und genau und wollen sich Menschen damit beschäftigen, bevor sie nicht selber in die Situation kommen? Ich glaube, das ist auch so ein Aufschiebe-Ding (I: Ja, genau.). Genau, Scheuklappen auf und so lange alles funktioniert tue ich mal so als wüsste ich davon nichts“* (DE P4: C22).

Kasten 53: Fazit der Oberkategorie Herausforderungen zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes aus Sicht der deutschen Experten.

Fazit Herausforderungen aus Sicht der deutschen Experten. Zusammenfassend konnte hinsichtlich der herausfordernden Faktoren für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes festgestellt werden, dass die Umsetzung im **Gruppensetting** schwierig sein könnte sowie bei firmeninterner Durchführung gemeinsam mit Kollegen und Vorgesetzten in einer Gruppe zu sein. Im kommunalen Bereich könnten hinsichtlich der Anonymität von intrafamiliären Konflikten Herausforderungen auftreten. Eine weitere Herausforderung für die Inanspruchnahme konnte bezüglich der **Zeit** für gesundheitsförderliche Maßnahmen bei der Zielgruppe exploriert werden, da pflegende Angehörige aufgrund ihrer Belastungen wenig Zeit haben. Bei der Durchführung im **Setting Betrieb** konnten Herausforderungen hinsichtlich unterschiedlicher Arbeitszeitmodelle, verschiedenen Arbeitsbereichen sowie Arbeitsorten (Dezentralisierung) exploriert werden. Weitere Herausforderungen konnten bei der Inanspruchnahme und der Akquise für genügend **Teilnehmer** sowie der **Betreuung der pflegebedürftigen Person** während der Kurseinheiten festgestellt werden. Die **Finanzierung** für die Umsetzung wurde ebenfalls als herausfordernd benannt. Es wurde die Idee geäußert, die Pflegekasse als einen externen Anbieter miteinzubeziehen. Eine betriebsinterne Umsetzung konnte als möglich exploriert werden, da große Unternehmen häufig ein Budget für Gesundheitsförderung und speziell zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf haben, wobei die gesellschaftliche **Tabuisierung** als herausfordernd benannt wurde, die sich ebenfalls auf das betriebliche Setting auswirkt.

Chance Fortbildungsmaßnahme. Als Chance zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes konnte untersucht werden, dass es als Fortbildungsmaßnahme plus Freistellung von der Arbeit oder als Bildungsurlaub in Anspruch genommen und finanziert werden könnte (DE P1: C3).

„Ich kann mir aber durchaus vorstellen, dass manche Arbeitgeber das finanziell unterstützen. (I: Ja) Denke aber auch, dass da der Anreiz vielleicht sogar noch höher ist, wenn man sowas auch als eine Art Bildungsurlaub verkaufen kann. Das es dann Bildungsurlaub ist, wo man dann selber die Kosten trägt, aber dementsprechend kann man dann seine fünf Tage Bildungsurlaubsanspruch dafür nutzen und hat dann sozusagen das vom Arbeitgeber über die Zeit dann sozusagen finanziert, also (I: Ja, gute Idee!) das wäre durchaus auch eine Möglichkeit“ (DE P8: C47).

Chance Motivation. Eine weitere Chance zur Umsetzung und firmeninternen Durchführung ist eine hohe Motivation der Teilnehmenden, die aus Sicht der Experten bei der Zielgruppe vorhanden sein kann (vgl. DE P5: C29). Der nachfolgende Textausschnitt verdeutlicht dies: *„Für mich, wie gesagt für mich wäre es wichtig, dass die, also dass man das Konzept so macht, dass die gleich ein Erfolgserlebnis haben, dann werden die auch von selbst dranbleiben (I: Mhm, ja.), da bin ich mir ganz sicher“ (DE P1: C4).*

Chance Übernahme von Modul 1. Es wurde vorgeschlagen, dass das Modul 1 vom Pflegestützpunkt übernommen und somit auch finanziert werden könne *„Also, wir haben ja gesagt, als Pflegestützpunkt könnten wir das gut, können wir gut das Modul 1, das ist das, was wir jeden Tag unser tagtägliches Geschäft (I: Ja genau.). Das ist wo wir sagen, dass wäre so etwas, was wir uns sehr gut vorstellen können, was wir auch übernehmen würden. Und das wäre natürlich auch im Rahmen Prävention und Information etwas, was wir als Pflegestützpunkt auch unentgeltlich machen würden (I: Ja genau.). Das ist ja dann unsere Aufgabe in dem Moment“ (DE P3: C15).*

Wenn das Modul 1 durchgeführt wird, dann könnten sich daraus weitere Maßnahmen ableiten lassen: *„Also von daher ist das manchmal schon, manchmal ist es wirklich nur das Modul 1, die Information (I: Ja genau.). Wie kann ich etwas finanzieren (I: Ja.)? Wo kriege ich Hilfe her, wenn ich es nicht finanzieren kann? Welche Möglichkeiten habe ich? Und wer kann es umsetzen? Und das Modul 1, wäre das, daraus ergeben sich möglicherweise weitere Schritte“ (DE P3: C16).*

Chance Zugangsgespräche. Ein Experte schlug vor, im Voraus Zugangsgespräche durchzuführen, um sicherzustellen, dass die Teilnehmer für eine Gruppenschulung in der Lage sind und ob es das richtige Angebot entsprechend der individuellen Situation der Person ist: *„[...] und dann gibt es auch die Situation, dass man ja auch Menschen hat, so blöd das vielleicht klingt, die im Moment gar nicht gruppenfähig sind. Also das wäre nochmal so eine andere Geschichte, (unverständlich) bei der Implementation zu überlegen, hat man so Zugangsgespräche im Vorwege (I: Ja.) also kann man da nochmal so ein Element reinsetzen, also interessierte, die man zum Gespräch hat und einfach sagt, was genau suchen die“ (DE P7: C36).*

Chance für die Umsetzung des Programms. Ein Experte nannte als Chance für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes die zunehmende Altersstruktur in deren Unternehmen: *„Ja generell kommt es natürlich auf den Kostenrahmen an, da würde ich mir vorstellen, wenn bei uns die Altersstruktur weiter in die Richtung geht in der sie im Moment geht, dass es durchaus schon spannend sein könnte“* (DE P5: C26).

Hinsichtlich der Umsetzung befürworteten die Experten eine ganzheitliche Umsetzung anstelle von einzelnen Teilen des Programms (DE P4: C19, C20). *„Also, ich glaube ganzheitlich macht da schon mehr Sinn, ich würde jetzt nicht zwingendermaßen nur ein Modul rauspicken, wobei es, am allermeisten, das ist jetzt aber meine persönliche Meinung. Äh das Thema Stressbewältigung in der, in der Pflegesituation schon besonders wichtig ist. Das man da auch ein Weg raus findet“* (DE P5: C27).

Kasten 54: Fazit der Oberkategorie Chancen zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes aus Sicht der deutschen Experten.

Fazit der Oberkategorie Chancen aus Sicht der deutschen Experten. Als Chance zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes konnte aus Sicht der deutschen Experten herausgefunden werden, dass es als **Fortbildungsmaßnahme** mit Freistellung von der Arbeit oder als Bildungsurlaub in Anspruch genommen und finanziert werden könnte. Eine hohe **Motivation** der Teilnehmenden ist für eine (firmeninterne) Umsetzung förderlich. Von einem Experten wurde vorgeschlagen, dass das **Modul 1** vom Pflegestützpunkt **übernommen** und finanziert werden könnte, sodass daraus bei Bedarf weitere gesundheitsförderliche Maßnahmen für pflegende Angehörige abgeleitet werden könnten. Ein Experte schlug vor, im Voraus **Zugangsgespräche** durchzuführen, um sicherzustellen, dass eine Gruppenschulung für die individuelle Situation angemessen ist. Ein Experte nannte als **Chance für die Umsetzung** des Gesundheitsförderungsprogrammes die zunehmende Altersstruktur in deren Unternehmen. Hinsichtlich der Umsetzung befürworteten die Experten eine ganzheitliche Umsetzung des Programmes.

4.4.3.2 Herausforderung und Chancen des Gesundheitsförderungsprogrammes Dänemark

In diesem Kapitel werden der Auswertungsfrage 3 entsprechend die Ergebnisse der dänischen Experten dargestellt. Für die Herausforderungen konnten die induktiven Kategorien *Rekrutierung, Akzeptanz, Tabuisierung, Finanzierung Geschlechterdiversität, Zeit, Wirksamkeit einer Verhaltensänderung, Setting, Betreuung der pflegebedürftigen Person* und *Umsetzung* gebildet werden. Für die Chancen konnten die Kategorien *Setting, Motivation, „Bringstruktur“, Zugangsgespräche, Umsetzung* und *Anpassung der Maßnahmen auf*

pflegende Angehörige gebildet werden. Die Abbildung 71 visualisiert den Kategorienbaum der induktiv gebildeten Kategorien für Dänemark.

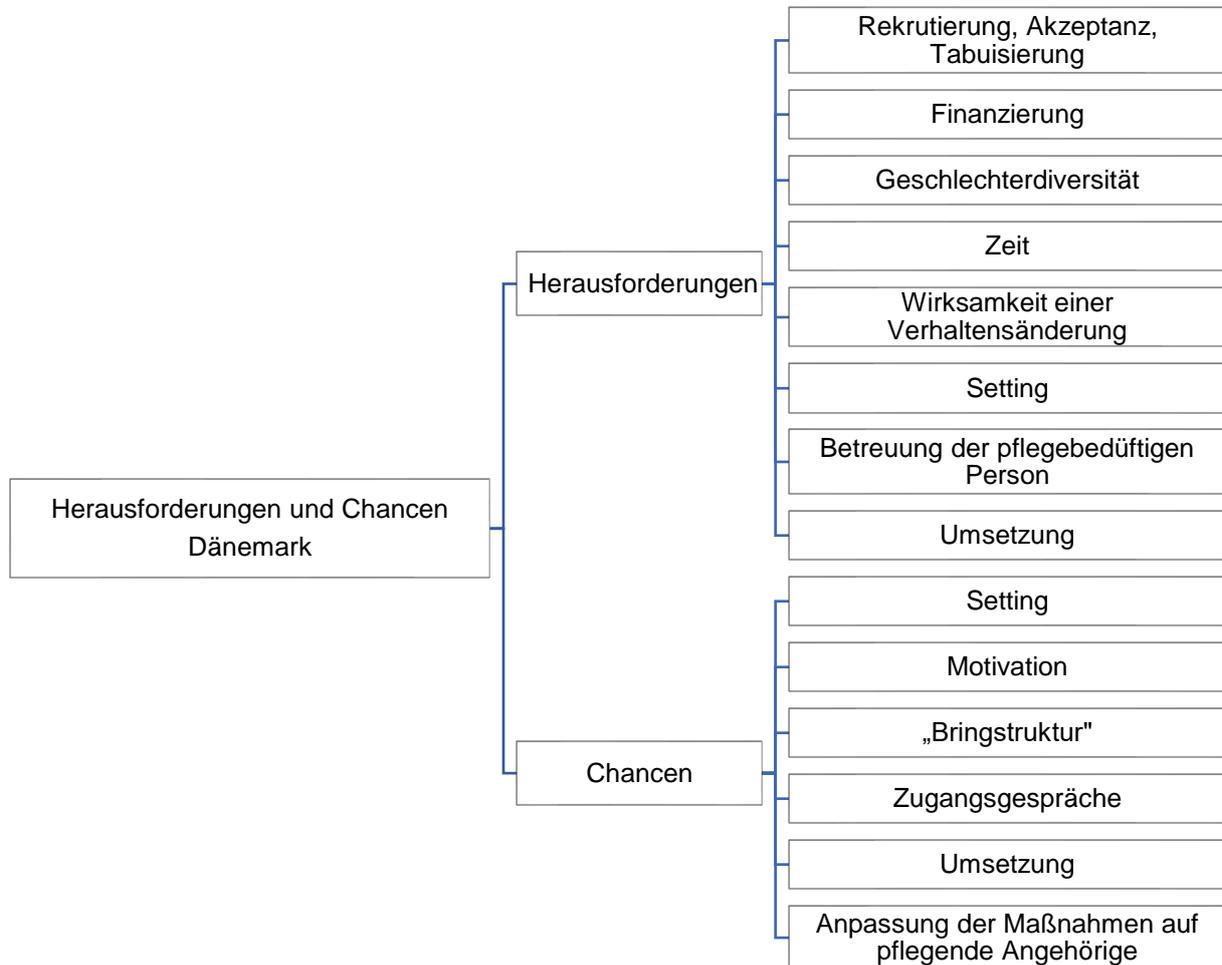


Abbildung 71: Kategorienbaum der Oberkategorie Herausforderungen und Chancen aus Sicht der dänischen Experten.

Herausforderung Rekrutierung, Akzeptanz, Tabuisierung. Die dänischen Experten sehen eine große Herausforderung in der Rekrutierung von Teilnehmern für das Gesundheitsförderungsprogramm, da Angehörigenpflege ein sehr tabuisiertes Thema ist und es schwierig sei, die Menschen, die einen Bedarf aufweisen, zu erreichen (vgl. DK P1: C56, C57, C60; DK P3: C70; DK P7: C92, C94; DK P6: C104). Die nachfolgenden Zitate veranschaulichen dies:

„Ich denke tatsächlich, dass das größte Hindernis für Dein Projekt darin besteht, die Menschen zu rekrutieren. (I: Ja, das stimmt) Tatsächlich denke ich, dass es so ist, weil es immer noch ein großes Tabuthema ist, über das man nicht viel spricht. (I: Ja, das tut man nicht) Ja, und damit haben wir im Allgemeinen Probleme“ (DK P1: C54).

„Und dann erleben wir ja auch, dass die Angehörigen selbst Schwierigkeiten damit haben ja danke zu sagen für die Hilfe, die sie angeboten bekommen. (I: Ja) Also das ist wirklich schwer, weil man ja als Angehöriger lernt, dass es nicht man selbst ist, um den es geht. (I: Ja) Es geht um den anderen, den anderen, der Hilfe bekommen soll. (I: Ja) Um den anderen, der es immer am schlimmsten hat. Also fühlt sich das egoistisch an oder sowas in der Richtung, man hat Schuldgefühle, wenn man sich Zeit für sich selbst nimmt“ (DK P2: C66).

Hinsichtlich der **Rekrutierung** von Teilnehmern wurde ebenfalls gesagt, dass es einen großen Einsatz und eventuell individuelle Einladungen erfordere: „**das benötigt wirklich einen sehr großen Einsatz und vor allem Informationseinsatz**, vielleicht auch individuelle **Einladungen für Angehörige**, sodass sie an sowas teilnehmen können und es geht natürlich auch um dieses Tabu. (I: Ja) Also das womit Du auch gerne in Deinem Projekt arbeiten möchtest denke ich, dass tatsächlich die größte Barriere die Unwilligkeit der Angehörigen ist, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse nicht sehen“ (DK P2: C67).

Es wurde weiterhin in mehreren Aussagen deutlich, dass die Angehörigen zu wenig Verantwortung für die Selbstfürsorge übernehmen, wie das nachfolgende Zitat verdeutlicht: „[...] Sie müssen lediglich dafür sorgen, dass sie etwas Platz für sich selbst schaffen, vor allem, wenn man viel Arbeit hat (I: Hmm) und diese Angehörigenrolle. Und man muss einfach etwas Hilfe annehmen. (I: Ja) Ich weiß nicht, ob es Tabus gibt, daran habe ich noch gedacht. (I: Ja) Also schwierige Herausforderungen oder Barrieren. (Alle: Ja) Zumindest ist es wichtig darüber zu sprechen, was das für eine große Aufgabe ist. (I: Ja, das ist es) So wird es weniger ein Tabu“ (DK P5: C82).

Um pflegende Angehörige besser erreichen zu können und auf Maßnahmen zur Unterstützung aufmerksam zu machen, können andere Institutionen miteinbezogen werden: „Vielleicht denke ich dann, dass man einige Dinge, also einige Maßnahmen oder Instanzen integrieren kann, also wo man weiß, dass dort viele Angehörige hinkommen, wie z.B. in die **Apotheken**, wo sie wegen ihrem nahen Angehörigen hinkommen (I: oder Ärzte) oder **Ärzte**, wo es noch einige andere gibt, weil zumindest können wir das in Bezug auf die Kommunen sehen, ich denke ein bisschen, dass es bei den Angehörigen viele Orte gibt oder eben keine Orte, sodass man sie erreichen kann, weil die nirgendwo ihre Kontaktdaten hinterlassen haben, weil die Kommunen die Informationen über die Kranken haben, aber nicht über die Angehörigen. (I: Ja) Es gibt also Hindernisse, wie man die Angehörigen erreicht“ (DK P6: C105). Weiterhin konnte festgestellt werden, dass Angehörigenpflege ein Tabuthema an einigen Arbeitsplätzen darstelle, da die Menschen Angst haben, ihren Arbeitsplatz zu verlieren: „Ja, ja, besonders in der gleichen Tabu-Einstellung in Bezug auf Stress (I: Ja) und es gibt dort derzeit einige Herausforderungen im Arbeitsbereich, weil man sich nicht traut, diesen Stress wahrzunehmen und dass man möglicherweise eine längere Zeit ohne Arbeit braucht. (I: Ja) Also,

krankheitsbedingt, traut man ich nicht, weil die meiste Angst haben, entlassen zu werden oder so etwas. (I: Ja) Dann denke ich, dass es bei der Versorgung von jemanden mit einer schweren Krankheit einige Tabu-Einstellungen gibt, weil man Angst hat“ (DK P1: C56).

Außerdem konnte festgestellt werden, dass einige Angehörige ihren Arbeitsplatz als einen Freiraum von der Pflegesituation ansehen oder es ihnen unangenehm sein könnte mit Kollegen gemeinsam in einer Gruppe an gesundheitsförderlichen Maßnahmen teilzunehmen. *„Ich stelle mir nur vor, dass es einige Hindernisse geben kann, dass man dann mit seinen Kollegen zusammen ist, also ob es etwas ist, dass man gemeinsam mit seinen Kollegen machen möchte [...], es erweckt auch den Eindruck, dass viele ihren Arbeitsplatz tatsächlich als Pausenraum haben, d.h. wo sie frei sein können Angehörige zu sein“ (DK P6: C98).*

Herausforderung Finanzierung. Herausfordernd für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes wurde von den dänischen Experten der Aspekt der Finanzierung benannt, wobei finanzielle Herausforderungen vor allem politisch und kommunal auftreten können (DK P1: C59), aber auch von der Arbeitgeberseite, wenn es z.B. um die Arbeitszeit geht.

„Es kann der Arbeitgeber sein, der das nicht priorisiert, es können die Kommunen sein, die es sich nicht leisten können“ (DK P2: C66).

„Ja, das heißt natürlich, die Regierung muss, ja, ja, es muss Geld für Maßnahmen da sein“ (DK P8: C108).

Herausforderung Geschlechter-Diversität. Herausforderungen wurden von den Experten hinsichtlich des Geschlechts benannt, es übernehmen mehr Frauen die Angehörigenpflege als Männer (vgl. DK P2: C62). Dennoch wird die Situation der pflegenden Männer von den Experten als unbekannt beschrieben:

„Ja, also ich könnte mir gut vorstellen, dass es so ein bisschen darum geht, wo man die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sieht, (I: Ja) also wie in einigen Branchen, da gibt es einige männerdominierende Branchen, und das ist schwer für Männer, die gerne in Vaterschaftsurlaub gehen würden und ich denke, dass das das gleiche bei Männern ist, die sagen: - Ich würde gerne einen Kurs besuchen, weil ich eine Pflegesituation habe, (I: Ja) also da kann eine Unterschiedlichkeit auftreten. Und bei Männern ist es ja sowieso unwahrscheinlicher als bei Frauen, dass sie zu den Angeboten in Bezug auf die Angehörigenrolle ja sagen“ (DK P2: C61).

„Ja, weil ich auch vermuten würde, die Männer würden nicht daran denken, den Arbeitsmarkt als Angehörige zu verlassen, also aus dem Grund, weil sie Angehörige sind, das könnten einige Frauen in Betracht ziehen, Männer jedoch nicht. Die Männer halten sich damit hoch, indem sie auf dem Arbeitsmarkt bleiben. (I: Ja genau) Und dann ist die Frage bei den Männern

überhaupt, ob sie sich mehr eine vollständige Trennung zwischen Angehörigenrolle und Arbeitswelt wünschen“ (DK P9: C116). Es spielt also eine Rolle in der Arbeit mit Angehörigen, ob es sich um Frauen oder Männer handelt (vgl. DK P9: C114).

Herausforderung Zeit. Als Herausforderung wurde von den dänischen Experten der Zeitaspekt genannt, da pflegende Angehörige aufgrund ihrer vielfältigen Aufgaben wenig Zeit für z.B. für Sport haben (vgl. DK P6: C95).

„Wenn man die Zeit dafür hat, das ist der große Faktor dabei, das ist ja so, dass man, also das mit der Pflegerolle, die zu bekommen. Das ist immer das Dilemma als Angehöriger, die Zeit zu haben etwas für sich selbst zu tun, sodass man seine Rolle auch bewältigen kann. (I: Ja, richtig) Für Angehörige ist das wirklich das schwierigste, denke ich“ (DK P5: C76).

Außerdem wurde gesagt, dass das Tempo in den Kurseinheiten nicht zu schnell sein dürfe, denn die pflegenden Angehörigen erleben die Einheiten häufig als Freizeit oder Auszeit zur Pflege: *„Aber dann sind Schwierigkeiten, die auch auftreten können, also wir als Gesundheitswissenschaftler, wir haben ein anderes Tempo als die Angehörigen. [...] Und die Angehörigen, sie sind ein bisschen in der Steinzeit und sie sind sehr langsam und es ist mehr so, dass sie sich auf dieser Zeitachse treffen, wo man sozusagen geradesteht. Mir ist aufgefallen, dass das ein Hindernis für ein gutes Treffen ist, oder kann man sagen für den guten Gruppenverlauf. (I: Ja) Und Du kannst mir glauben, dass ich im Laufe der Zeit das Tempo heruntergefahren habe. Und im Großen und Ganzen ist mir aufgefallen, dass die Zeit, die Zeit und die Zeit für die Angehörigen das wichtigste ist, es ist einfach Luxus“ (DK P8: C107).*

Herausforderung Wirksamkeit einer Verhaltensänderung. Als Herausforderung für das Gesundheitsförderungsprogramm wurde von den Experten eine langfristige und wirksame Verhaltensänderung benannt. Insofern sollte die Alltagsimplementierung bei den Maßnahmen mitbedacht werden sowie die Förderung der Resilienz und der Umgang mit Barrieren (vgl. DK P5: C77, C80; DK P6: C96). Die nachfolgenden Textausschnitte untermauern die Wichtigkeit der Verhaltensänderung aus Sicht der dänischen Experten.

„Die Menschen sind Teil dieses Unterrichtsprogramms, bei dem sie auch nach Hause gehen und ihr Verhalten in ihrer Rolle als Betreuer oder Angehöriger zu Hause verändern sollten. (I: Ja) Zumindest ist es wichtig, sich darauf zu konzentrieren, und ich habe bei der Implementierung daran gedacht, weil es einfacher zu lehren ist, es ist einfacher, etwas Neues zu lernen, aber es ist schwierig, es im Alltag zu verändern und umzusetzen“ (DK P5: C 78).

„Ja, es wird einen allgemeinen Widerstand geben, um den Lebensstil zu verändern. (I: Ja) Ja, und dann wird man auf eine dieser psychologischen Barrieren stoßen, bei denen die Menschen sehr gerne Hilfe erhalten und tatsächlich um Hilfe schreien würden, aber es immer noch nicht (I: umsetzen) umsetzen und sie können es nicht, denn es gibt einige psychologische

Hindernisse für das, was für sie das richtige ist. [...] Also die Menschen sind im Allgemeinen nicht so bereit dafür, die guten Entscheidungen für sich selbst zu treffen. (I: Ja) Es ist eine Barriere, mit der man rechnen kann“ (DK P8: C106).

Herausforderung Setting. Als Herausforderung hinsichtlich des Settings zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes wurde von den Experten die Verbindung zwischen kommunaler und betrieblicher Gesundheitsförderung sowie das Verständnis für Angehörigenpflege am Arbeitsplatz genannt (vgl. DK P4: C87).

„Also, was soll hinzugefügt werden und wie kann es in ein Unternehmen kommen und dort verankert werden, was sollten wir als Unternehmen betrachten, um dorthin zu finden. Wie können wir eine Verbindung zwischen Kommunen und Unternehmen herstellen?“ (DK P6: C102).

„Aber wie ich die Arbeitgeber kenne, also da muss man, wenn man es platzieren will ziemlich schlagkräftige Argumente haben, um es dort zu platzieren. Man muss also wirklich in ihrem Interesse argumentieren, man muss auch viel Aufmerksamkeit von den Angehörigen bekommen, also, dass man in ihrem Interesse handelt. Du kommst damit sehr den Angehörigen entgegen, aber es hat keinen Einfluss auf den Arbeitgeber“ (DK P9: C110).

Eine weitere Herausforderung stellt in Dänemark das grundsätzliche Einmischen des Arbeitgebers in die Gesundheit der Mitarbeiter dar: *„Ja, da hast Du auf jeden Fall eine Diskussion, weil wir immer noch darüber diskutieren, ob es für den Arbeitgeber in Ordnung ist, sich in die Bewegung und Ernährung der Menschen und solchen Dingen einzumischen. (I: Ja) Dann wird viel mehr Wert auf ein fraktioniertes Arbeitsumfeld gelegt, d.h. sowohl auf das psychische als auch auf das körperliche Arbeitsumfeld“ (DK P9: C111).*

Vor allem bei kleinen Unternehmen könnte die Umsetzung des Programmes hinsichtlich der Privatsphäre der Mitarbeiter herausfordernd sein: *„Die Frage ist also, ob es ein Tabu sein kann und ob es jetzt ein kleines Unternehmen ist, sodass man dann mit drei engsten Kollegen zusammensitzen soll und es dann sehr privat wird. Damit hierbei unterschieden werden kann. Aber wie geht man damit um? Ich habe keine Antwort darauf, aber es ist eine so unmittelbare Barriere“ (DK P6: C99).* Eine weitere Herausforderung bestand hinsichtlich des Zuganges und somit darin ein geeignetes Setting für die Umsetzung zu finden: *„Und sind es die Angehörigen selbst, die eine Vereinbarung treffen müssen, oder ist es die Kommune, die sich dafür einsetzen sollte? Also auch den Hinweis zu bekommen für die Maßnahmen und wie man den Zugang bekommt“ (DK P6: C103).*

Herausforderung Betreuung der pflegebedürftigen Person. Die dänischen Experten benannten die Teilnahme an den Kurseinheiten als schwierig, wenn keine Betreuungsleistungen für die zu pflegende Person während der Kurseinheiten sichergestellt seien, könnten sich aber vorstellen, dass Betreuungsleistungen angeboten werden: *„Ja, und wenn man einen kranken Ehepartner zu Hause hat (...), was macht man dann? Dann ist ein wenig die praktische Umsetzung, die ein wenig herausfordernd sein kann“* (DK P7: C88; s. a. DK P7: C90). Es wurde weiter ausgeführt: *„Und dann haben sie oft einen Ehepartner, der es schwer hat, lange allein zu sein. (I: Ja) Es kann also eine Idee sein, dass man anbietet, dass dann jemand kommt und sich um sich kümmert, während sie bei dem Kurs sind, sodass sie dann teilnehmen können“* (DK P7: C93).

Herausforderung Umsetzung. Herausfordernd bei der Umsetzung wurde von einem Experten gesagt, dass hier verschiedene Bereiche zusammenwirken können: *„In Bezug auf den **Arbeitgeber**, in Bezug auf die **Kollegen**, in Bezug auf die **Angehörigen** nicht? (I: Ja) Und es gibt schließlich verschiedene Dinge zu sagen, welche **Schwierigkeiten gibt es jetzt für die Interessen**, die man daran hat? Wir haben über den Arbeitgeber gesprochen, Es kann auch sein, jetzt habe ich nicht über die Angehörigen gesprochen, es kann auch einige Angehörige geben, die sagen, also die darüber nachdenken, dass es ihnen viel zu schwierig ist Angehöriger zu sein und sagen: ‚Ich möchte mich an meinem Arbeitsplatz lieber völlig zurückhalten, ich möchte nicht darüber sprechen, ich möchte so wenig wie möglich tun, ich möchte nicht stündlich und leistungsbezogen reduziert werden.‘ Da könnte es auch jemanden geben. (I: Ja, das kann auch sein) Es gibt viele Möglichkeiten, wie Menschen reagieren können“* (DK P9: C113).

Kasten 55: Fazit der Oberkategorie Herausforderungen zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes aus Sicht der dänischen Experten.

Fazit der Oberkategorie Herausforderungen aus Sicht der dänischen Experten. Die dänischen Experten benannten als eine Herausforderung für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes die **Rekrutierung** der Teilnehmer aufgrund der **Tabuisierung** und das Erreichen der Menschen mit einem Bedarf für die Maßnahmen. Die Rekrutierung von Teilnehmern erfordert einen großen Einsatz mit eventuell individuellen Einladungen. Außerdem konnte untersucht werden, dass die Angehörigen aus Sicht der Experten zu wenig Verantwortung für die Selbstfürsorge übernehmen. Für die bessere Erreichbarkeit der pflegenden Angehörigen könnten andere Institutionen, z.B. Ärzte, Apotheken miteinbezogen werden, um auf die Maßnahmen aufmerksam zu machen. Es konnte außerdem festgestellt werden, dass Angehörigenpflege am Arbeitsplatz häufig ein Tabuthema darstellt, da die Angst vor Arbeitsplatzverlust besteht oder der Arbeitsplatz als Freiraum von der Pflegesituation gesehen wird. Hinsichtlich der **Finanzierung** wurde als herausfordernd vor allem die politische und kommunale Aufmerksamkeit genannt, aber auch die Arbeitgeberseite, wenn es z.B. um die Inanspruchnahme der Arbeitszeit geht. Eine weitere Herausforderung wurde von den Experten in Bezug auf das **Geschlecht** genannt, da mehr Frauen Angehörigenpflege übernehmen als Männer, es dennoch eine Rolle in der Arbeit mit Angehörigen spielt, um welches Geschlecht es sich handelt. Als weitere Herausforderung wurde die mangelnde **Zeit** der pflegenden Angehörigen benannt sowie ein angemessenes Tempo in den Kurseinheiten, da die pflegenden Angehörigen die Einheiten häufig als Auszeit zur Pflege erleben. Weiterhin wurde von den Experten eine **langfristige und wirksame Verhaltensänderung** als herausfordernd beschrieben, wobei vor allem die Alltagsimplementierung bei den Maßnahmen mit bedacht und die Resilienz gefördert werden sollte. Als Herausforderung zur Umsetzung in einem geeigneten **Setting** wurde von den Experten die Verbindung zwischen kommunaler und betrieblicher Gesundheitsförderung, das Verständnis für Angehörigenpflege am Arbeitsplatz und das Einmischen des Arbeitgebers in die Gesundheit der Mitarbeiter benannt. Hierbei könnte vor allem die Wahrung der Privatsphäre bei kleinen Unternehmen schwierig sein. Die Experten sahen die Teilnahme an den Kurseinheiten als herausfordernd an, wenn keine **Betreuungsleistung für die zu pflegende Person** während der Kurseinheiten sichergestellt ist. Außerdem als herausfordernd bei der Umsetzung konnten die unterschiedlichen Interessen der **Arbeitgeber, Kollegen** und **Angehörigen** festgestellt werden.

Chance Setting. Eine Chance für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes wurde von den dänischen Experten hinsichtlich einer abteilungsübergreifenden Durchführung gesehen, sodass die Angehörigen nicht mit ihren engsten Kollegen zusammensitzen.

„Ich denke an ein Unternehmen, dass dann so groß sein muss, wenn man es nur abteilungsübergreifend durchführt, dann teilen sie sich so auf, sodass man mit einigen Kollegen zusammensitzt, mit denen man möglicherweise nicht so dicht zusammenarbeitet. (I: Hmm) Ich denke, da können sowohl Vorteile als auch einige Nachteile sein, es am Arbeitsplatz zu machen“ (DK P6: C100)

Weiterhin konnte festgestellt werden, dass es wichtig sei, dass der Arbeitgeber einen Nutzen z.B. hinsichtlich der Mitarbeiter-Gesundheit hat: *„Ja, also ich denke ja, also das muss bedeuten, dass man als Arbeitgeber sehen kann, was kann man dabei rauskriegen, wenn man anbietet und sagt, dass es etwas Arbeitszeit ist und man kann ja sagen, wenn das bedeutet, dass man weniger Krankheitstage hat oder man kriegt effektivere Mitarbeiter, dass man den Mitarbeiter unterstützt damit umzugehen und in dem Krankheitsverlauf mit dem Angehörigen besser zurechtzukommen, dann denke ich, kann man das machen, weil man sieht ja auch schon heute“ (DK P4: C86).*

Chance Motivation. Eine Chance zur Umsetzung konnte hinsichtlich der Motivation der Teilnehmer exploriert werden, da vor allem gesundheitskompetente Menschen, die von dem Angebot profitieren werden, erreicht werden würden (DK P1: C52). Die nachfolgende Textstelle verdeutlicht dies:

„Aber es ist eine kleine Tendenz dahingehend zu erkennen, dass diejenigen, die vielleicht auch vorab schon gute Ressourcen haben, also die die vorab rausgehen und gucken, was es gibt. (I: Ja) Und da ist eine Tendenz, die wir bei allen Gesundheitsangeboten sehen. (I: In allen Kursen, ja) Ja, dass die, die es in Anspruch nehmen, das sind diejenigen, die bereits gute Ressourcen haben“ (DK P3: C71).

Chance „Bringstruktur“. Um auf gesundheitsförderliche Maßnahmen in der Bevölkerung aufmerksam zu machen, wurde von den Experten der Einbezug von kommunalen Institutionen, wie z.B. Ärzten genannt und eine „Bringstruktur“ befürwortet:

„Sodass man stattdessen rausgeht und nach den Angehörigen sucht und man vielleicht auch andere integriert, einen Arzt oder wer auch immer das sein kann, dass man auf irgendeine Art und Weise sagt, dass die Angehörigen die Erlaubnis haben diese Angebote anzunehmen. (I: Ja) Wenn ich zu jemanden sagen sollte: ‚Weißt Du was, das hier ist genau das Richtige für Dich. Ich finde wirklich, dass Du das machen solltest!‘ Dann wird das einfacher für den Angehörigen. (I: Ja) Also teils das und teils sehr viel Geduld“ (DK P2: C69).

„Unsere Ärzte und unsere praktizierenden Ärzte, mit denen haben wir eine gute Zusammenarbeit und sie sind sehr positiv gewesen und haben auch, also das könnte man sagen, das mit reingenommen als eines der Angebote, worauf sie aufmerksam machen, also dass es existiert“ (DK P3: C75).

Chance Zugangsgespräche. Als Chance für die Umsetzung und Rekrutierung von Teilnehmern wurden von den Experten Zugangs- bzw. Einladungsgespräche als hilfreich angesehen, um vorab Erwartungen zu klären.

„Da haben wir alle Teilnehmer vorab zu einem Gespräch eingeladen. (I: Ja) Und es ist ein wenig um aufzudecken, was sie von dem Kurs so erwarten oder was sie sich vorstellen können, was das Konzept beinhaltet und was sie erwarten können, also damit man eine klare Erwartungshaltung von den Angehörigen hat“ (DK P7: C89).

„[...] vielleicht auch individuelle Einladungen für Angehörige“ (DK P2: C68).

Chance Umsetzung. Chancen zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes konnten hinsichtlich eines Vermittlungsangebotes, einer ganzheitlichen Umsetzung des Programmes im Gegensatz zu einer Umsetzung von Einzelteilen und zur Förderung des Verständnisses von Angehörigenpflege in Unternehmen exploriert werden, wie es die nachfolgenden Zitate verdeutlichen:

*„Also ich bin ja nicht in der Position, dass ich irgendwas implementieren kann, aber ich glaube, dass ich es gut weiter **vermitteln** könnte“ (DK P2: C63).*

*„Das hier ist ein **zusammenhängendes Ganzes**, also für mich ist es nicht so, dass man sagen kann: Nun machen wir einfach Psychoedukation und dann vergessen wir den ganzen Rest. (I: Nein (lacht)). Dann hat man nicht geholfen, also man sollte alles mitreinnehmen“ (DK P2: C64).*

„Also Dein Projekt ist, also das würde sich gut in Dänemark umsetzen lassen“ (DK P1: C58).

*„Ich denke der eine Teil ist das, wenn wir uns vorstellen, dass hier ein **Unternehmen** dabei ist, dann können das geben, dann denke ich auf jeden Fall, dass sie offen damit umgehen müssen, dass das tatsächlich ok ist, dass die Angehörigen einen Teil ihrer Arbeitszeit dafür verwenden können, also ist es ein Ort, wo man darüber sprechen kann, so als wäre es etwas ganz Natürliches“ (DK P5: C85).*

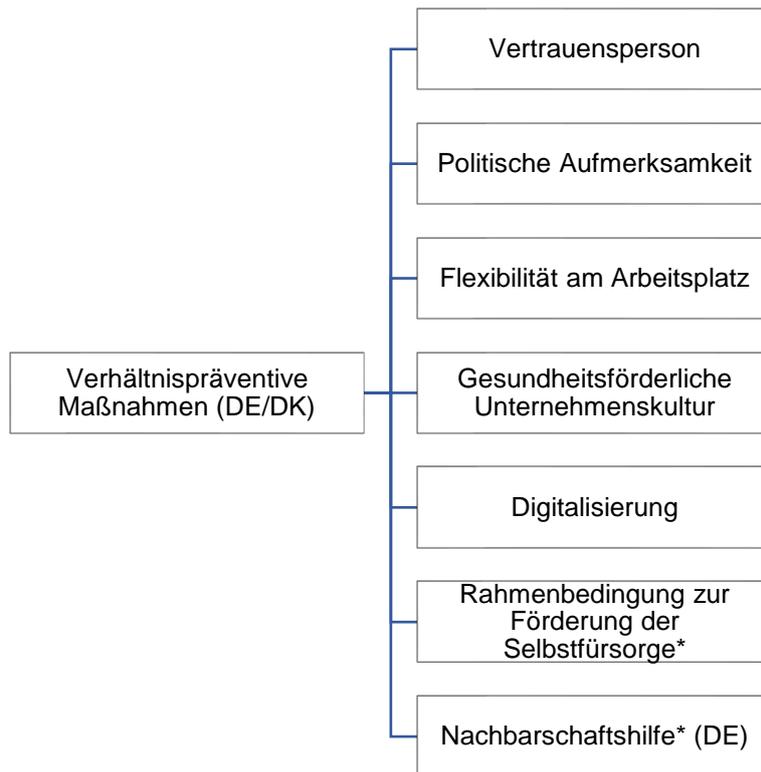
Ein Experte hatte die Idee, bestehende Maßnahmen auf die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen mit Inhalten aus dem Programm anzupassen: *„Ja, ich denke, also denke ich tatsächlich, ich würde unsere Aktivitäten ein wenig verändern, die Aktivitäten, die durch so ein Projekt unterstützt werden könnten. Wir würden das dann zielgruppenspezifischer machen gezielter in Bezug auf die nahen Angehörigen usw., weil wir wissen, dass sie sehr belastet sind. (I: Ja) Da müssen wir mit einem solchen Projekt, wie Du es dort hast, in der Lage sein, es mehr auf diejenigen auszurichten, die es am dringendsten brauchen [...]“ (DK P1: C53).*

Kasten 56: Fazit der Oberkategorie Chancen zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes aus Sicht der dänischen Experten.

Fazit der Oberkategorie Chancen aus Sicht der dänischen Experten. Chancen für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes im **Setting Betrieb** konnte aus Sicht der dänischen Experten hinsichtlich einer abteilungsübergreifenden Durchführung sowie eines Nutzens für den Arbeitgeber für die Mitarbeitergesundheit exploriert werden. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass vor allem **motivierte** und gesundheitskompetente Menschen durch das Angebot erreicht werden und profitieren können. Um auf gesundheitsförderliche Maßnahmen aufmerksam zu machen, wurde von den Experten der Einbezug von kommunalen Institutionen, wie z.B. Ärzten genannt und eine „**Bringstruktur**“ befürwortet. Als weitere Chance für die Umsetzung und Rekrutierung von Teilnehmern wurden von den Experten **Zugangs- bzw. Einladungsgespräche** als hilfreich angesehen, um vorab Erwartungen zu klären. Chancen zur **Umsetzung** konnten hinsichtlich eines Vermittlungsangebotes, einer ganzheitlichen Umsetzung des Programmes im Gegensatz zu einer Umsetzung von Einzelteilen und zur Förderung des Verständnisses von Angehörigenpflege in Unternehmen festgestellt werden. Außerdem wurde vorgeschlagen, dass bestehende kommunale Maßnahmen auf die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen mit Inhalten aus dem Programm angepasst werden könnten.

4.4.4 Auswertungsfrage 4

Ausgehend von der Auswertungsfrage „*Welche Maßnahmen zur Verhältnisprävention sind für die Experten für die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Deutschland bzw. in Dänemark wichtig?*“ wurde entsprechend des Kodierleitfadens (vgl. Kap. 4.3) in die Kategorien *Vertrauensperson, Politische Aufmerksamkeit, Flexibilität am Arbeitsplatz, Gesundheitsförderliche Unternehmenskultur, Digitalisierung, Rahmenbedingung zur Förderung der Selbstfürsorge** und *Nachbarschaftshilfe* (DE)* eingeteilt. Die mit * versehenen Kategorien wurden mittels der deduktiven Vervollständigung aus dem Material herausgebildet und dem Kategoriensystem hinzugefügt. Die Kategorien gelten für Deutschland und Dänemark mit Ausnahme der Kategorie *Nachbarschaftshilfe*, die nur für Deutschland gebildet werden konnte. Der Kategorienbaum der vierten Auswertungsfrage wird in der Abbildung 72 dargestellt. Die Ergebnisdarstellung der einzelnen Oberkategorien erfolgt auch in diesem Kapitel aufgrund der Übersichtlichkeit und Abbildung der gesamten verhältnispräventiven Maßnahmen beider Länder erst für Deutschland und dann für Dänemark.



*deduktive Vervollständigung

Abbildung 72: Kategorienbaum der Oberkategorie verhältnispräventive Maßnahmen aus Sicht der deutschen und dänischen Experten.

Vertrauensperson DE. Als verhältnispräventive Maßnahme wurde von den deutschen Experten eine Vertrauensperson im Unternehmen als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf angesehen, sodass es bei Problemen einen Ansprechpartner gibt (vgl. DE P4: C22).

„Aber dass auch in Unternehmen eine Person geschult wird und Ansprechpartner ist im Unternehmen und auch so ne Art Wegweiser, also es gibt es schon in N. in einigen Unternehmen“ (DE P6: C31).

„Genau, vielleicht ein Supervisor oder jemanden, der das eben kann, entweder in Einzelgesprächen oder auch in Gruppengesprächen, miteinander wieder ranführen, also ich denke mal, ich glaube das brauchen ganz viele auch, die müssen sich aufknöpfen dürfen“ (DE P3: C15).

Hierbei wurde aus der Sicht eines Unternehmens berichtet, dass es schwierig sein könnte eine Person als Ansprechpartner für pflegende Angehörige einzustellen, es seien aber allgemeine beratende Anlaufstellen vorhanden: „[...] also jemanden einzuschüren, der wirklich gezielt für solche Themen Ansprechpartner ist, das halte ich tatsächlich auch wieder für zu schwierig, weil wir da auch einfach nicht die Kapazitäten für haben. (I: Ja genau) Ja, das müsste man dann auch über bereits institutionalisierte Positionen abdecken, wie z.B. dem Betriebsrat,

Schwerbehindertenvertretung und die wissen meistens sehr viel zum Thema Schwerbehinderung. (I: Hmm) Oder bei uns ist das zumindest so die sind sehr ja, die sind wirklich auf dem neuesten Stand, die können auch sehr gut beraten und unterstützen und dann sind das halt so eher die Anlaufstellen und weniger so eine speziell ausgebildete Kraft dafür“ (DE P8: C43).

Politische Aufmerksamkeit DE. Die deutschen Experten benannten in Bezug auf die Verhältnisprävention die Erhöhung der politischen Aufmerksamkeit des Themas Angehörigenpflege. Hierbei konnte exploriert werden, dass die Situation der Corona-Pandemie dafür genutzt werden könne, um in der Politik etwas zu bewirken. Vor allem wurde die Einführung von Pflgetagen und mehr Flexibilität der zeitlichen Arbeitsgestaltung durch gesetzliche Maßnahmen genannt (DE P1: C6; DE P2: C2).

„Also wie gesagt, diese Gemeinsamkeiten, vermehrte Aufmerksamkeit in der Politik (I: Ja.), das haben wir hier jetzt. Also ich meine, jetzt wo Corona in aller Munde und überall ist, wäre genau das ja wahrscheinlich ein gutes Ding, um darauf zu springen, weil jetzt ist die Aufmerksamkeit bei uns auch ganz doll da (I: Ja genau.) und (Pause) wir haben diesen einen Pflgetag bei uns in Deutschland, das ist aber auch (I: Ja, zu wenig.) mhm. Aber da auf den Zug auf jeden Fall mit aufzuspringen finden wir auch ganz sinnvoll“ (DE P3: C18).

Außerdem waren die Experten sich einig darüber, dass es eine finanzielle Absicherung für pflegende Angehörige im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen durch den Staat geben solle und eine Gleichbehandlung mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewährleistet sein solle, sodass die Übernahme der Pflege eine selbstständige Entscheidung wäre (vgl. DE P3: C21; DE P5: 28, 30; DE P6: C34, C35, C36; C34 DE P8: C45). Die nachfolgenden Textauschnitte zeigen dies exemplarisch auf:

„Ja, also was ich jetzt auch sowieso in dieser Quarantäne-Zeit auch denke, es ist wirklich Zeit für dieses bedingungslose Grundeinkommen, damit eben die finanzielle Absicherung der Existenzen unbürokratischer gesichert ist und man dann auch vielleicht seine Arbeitszeit reduzieren kann, um eben mehr Pflegearbeit leisten zu können“ (DE P2: C14).

„[...] es gibt ja diese Familienpflegezeit von der Pflegekasse, die ist total scheiße (I: Ja genau.), weil wird keiner machen, keiner machen. Die Finanzierung ist total fürn Mors (I: Ja.), weil es ja so aussieht, dass die, dass die für, um ihre ganzen Sachen bezahlen zu können, Kredite aufnehmen müssen, die sie unter Umständen auch wieder verzinsen oder zurückzahlen müssen“ (DE P3: C20).

„[...] und ich glaube viele Menschen pflegen zuhause aufgrund von finanziellen Nöten (I: Ja.) und ich glaube nicht, dass das eine eigene selbstbestimmte Entscheidung ist und ich glaube so lange es Pflege zuhause keine selbstbestimmte Entscheidung ist, haben wir noch ganz viel

Arbeit vor uns [...] ja und das ist so das, was ich mir wünsche. Also, dass man selbstbestimmt entscheiden kann, unabhängig von finanziellen Mitteln. Möchte ich, dass meine Mama bei mir wohnt oder möchte ich lieber sie besuchen fahren, genau“ (DE P4: C23).

Das Verständnis für die Übernahme der Pflege in der Gesellschaft sollte aus der Perspektive der Experten erhöht werden (DE P6: C35; DE P9: C51). Hierbei wurde die „Abschiebung“ der pflegebedürftigen Person in ein Pflegeheim genannt und die Gleichsetzung des Verständnisses zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf (vgl. DE P5: C29; DE P8: C44).

„Ich glaube mir geht es weniger um eine bessere Vereinbarkeit als mehr um eine Freiheit (I: Ja.) der Wahl und dann natürlich, wenn man sich dafür entscheidet, dass das dann aber auch akzeptiert wird und das nicht jemand sagt: ‚Du kannst sie doch ins Heim stecken‘“ (DE P4: C24).

„Und der Fokus in Deutschland ist halt im Moment sehr auf dem Thema Eltern, also Betreuung von Kindern, dass dort eben mehr Gleichstellung hergestellt wird zwischen Männern und Frauen, aber das Thema Pflege ist noch nicht wirklich im Bewusstsein. Habe ich zumindest den Eindruck“ (DE P5: C26).

Der nachfolgende Textausschnitt verdeutlicht nochmals die Wichtigkeit der Einführung von Pflegetagen und die finanzielle Absicherung bei der Übernahme der häuslichen Pflege: *„[...] also zum einen würde ich mir wünschen, dass es mehr Urlaub gibt (I: Ja.) für pflegende Angehörige. [...], dass es eben auch pflegende Angehörige gibt, die sagen ich würde sehr viel mehr und intensiver gerne zuhause pflegen, aber ich kann es nicht, weil ich sonst in die Armut rutsche (I: Ja, genau.). Also was so Lebensqualität anbelangt, die Versorgung der Menschen in der Familie, glaube ich das wäre ein großer Schritt, wenn man daher geht und sagt, wenn ich meine Angehörigen zuhause pflege, also auch über einen bestimmten Zeitraum (I: Ja.), dann verarme ich nicht, dann habe ich keine finanziellen Einbußen“ (DE P7: C40).*

Flexibilität am Arbeitsplatz DE. Bei der Kategorie Flexibilität am Arbeitsplatz konnte herausgefunden werden, dass es eine flexible und finanziell unabhängige Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige geben sollte (vgl. DE P1: C1; DE P6: C33) und hinsichtlich dessen eine Vereinbarung mit dem jeweiligen Unternehmen wünschenswert wäre (DE P7: C37). Die nachfolgenden Textausschnitte verdeutlichen dies:

„Die Flexibilität am Arbeitsplatz, wir sehen das gerade, wie viele Menschen machen nun Home-Office im Moment (I: Ja.) oder haben gleitende Arbeitszeiten und sagen, ich kann meine Arbeit auch schon morgens um 5 beginnen im Büro und bleibe dann eben bis mittags oder ich fange am späten Nachmittag an, wenn der Partner vielleicht zuhause ist und die Angehörige

pflegen kann und arbeite bis spät abends. Also im Moment wird das alles umgesetzt durch die Corona-Krise, [...]“ (DE P6: C32).

„Ja wichtig ist eigentlich, dass es möglich wäre, also diese Flexibilität am Arbeitsplatz, das wäre etwas ganz Wichtiges und auch die Möglichkeit während der Arbeitszeit mal, also wenn man gar nicht im Hause, also bei seinen zu Pflegenden ist, wenn man jetzt arbeitet, aber in der Zeit auch die Möglichkeit hat genau diese Schulung zu machen und nicht halb-halb, sondern wirklich zu machen, um langfristig auch die Arbeitskraft zu erhalten“ (DE P3: C19).

Gesundheitsförderliche Unternehmenskultur DE. Eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur würde die Übernahme von Angehörigenpflege entsprechend würdigen (vgl. DE P1: C3). Die pflegenden Angehörigen bekommen Unterstützung vom Unternehmen und es herrsche ein gutes Betriebsklima, wie die nachfolgenden Äußerungen der Experten zeigen:

„Genau, das wäre mein großer Wunsch und wenn man Angehörige pflegen muss, dass man dann tatsächlich das bereitgestellt bekommt, was man braucht und dass man auch in den Unternehmen angesehen wird als eine Tätigkeit, bei der man sehr viel wächst und weiter lernt“ (DE P4: C25).

„I: Also die Unternehmenskultur ist da ja auch sehr, sehr, sehr wichtig, ja. B: Ja, also das ist aus meiner Sicht einer der Dreh- und Angelpunkte“ (DE P9: C48).

Ein Experte hatte den Vorschlag, im Rahmen eines gesundheitsförderlichen Settings die Versorgung mit Essen für Zuhause zu integrieren, sodass die pflegenden Angehörigen hinsichtlich der Nahrungszubereitung entlastet werden könnten: *„Also dort, wo Kantinen da sind (I: Ja, genau.), ob es möglich ist da einfach, weißt Du wenn jemand, weiß nicht, hat ne stressige Arbeitssituation, ne Pflegesituation, ich mag zuhause im Moment gar nicht kochen, also gibt es da die Möglichkeit an solchen Stellen zu sagen, ich nehme gleich Portionen für zuhause mit“ (DE P7: C41).*

Außerdem als bedeutsam für die Unternehmenskultur wurde die Rolle der Führungskraft benannt: *„Also meine Meinung und meine Erfahrung sind da relativ klar. [...] Wenn Sie jemanden haben, der ich sage mal ein bisschen empathischer ist, der Menschenkenner ist. Das, was ich eigentlich unter Leadership auch verstehe (I: Ja.), der im Zweifelsfall auch selbst Erfahrung schon damit gemacht hat im engeren oder weiteren Familienkreis, der hat natürlich ne ganz andere Ader“ (DE P9: C47).*

Digitalisierung DE. Hinsichtlich der Kategorie Digitalisierung konnte festgestellt werden, dass diese in Zukunft mehr Bedeutung bekommen werde (vgl. DE P1: C5). Ein Forum für Fragen und Materialien, die online heruntergeladen werden können sowie Informationen zu den gesetzlichen Leistungen wurden von den Experten als hilfreich angesehen (DE P2: C12; DE P9: C46).

„Also sowas, so eine FAQ-Liste wäre bei solchen Fragen auch hilfreich und konsequent. (I: Genau, da wären wir dann irgendwie ja schon ein bisschen drin in der Verhältnisprävention, dass man da vielleicht so ein Online- Forum (FAQ) macht. [...]) B: Ich glaube, ich würde das sowieso gut finden, wenn so viel wie möglich von diesen ganzen Punkten hier online abrufbar wäre“ (DE P2: C11).

Außerdem wurde ein digitaler Austausch unter den Angehörigen als gut bewertet: *„Die Idee ist klasse, vor allem, weil viele ja gerade mobil gut unterwegs sind (I: Ja.) und auch ganz viel im Internet suchen und so, finde ich die Idee ganz toll. Man kann sich ganz kurzfristig mal auskotzen und sagen, ich brauche Hilfe, was muss ich denn jetzt tun. Solche Dinge könnte man eben initiieren und man könnte eben das entweder über, ganz niedrighschwellig über eine WhatsApp Gruppe machen (I: Ja genau.), wir befinden uns gerade in diesem Programm und wir machen mal so eine WhatsApp Gruppe und dann schreibt doch einfach rein, wenn irgendetwas ist und denn kann man ja gucken, was für Fragen gibt es“ (DE P3: C16).*

Rahmenbedingung zur Förderung der Selbstfürsorge*. Hinsichtlich der durch die deduktive Vervollständigung gebildete Kategorie zur *Rahmenbedingung zur Förderung der Selbstfürsorge* konnte aus der Perspektive der Experten exploriert werden, dass die pflegenden Angehörigen aus ihrer Routine herauskommen und vermehrt auf sich selbst achten sollten, um regelmäßige Auszeiten von der Pflege zu bekommen, wofür ein geeigneter Rahmen geschaffen werden müsse:

„Die sind ja so fixiert auf, auf die Zeiten, die man dann machen muss und wann man Wäsche waschen muss und das machen muss. Dass sie an ihrem freien Tag, wenn sie selbst frei haben, wenn die Eltern oder die zu pflegenden in der Tagespflege sind, gar nicht mehr wissen, was sie anderes tun können (I: Ja, so Selbstfürsorge.). Also ein ganz besonderer Punkt auch nochmal zu setzen. Das glaube ich, ist auch etwas, was wirklich nochmal ganz im Blick sein muss“ (DE P9: C1).

Aus der Perspektive eines Unternehmens wurde berichtet, dass hier die Erfahrung gemacht wurde, dass eine Sensibilisierung dessen bei Mitarbeitern gegeben sei: *„Ich habe unten die Mitarbeiter natürlich auch, das ist jetzt die Besonderheit auch einfach der Branche (I: Ja.), natürlich auch eher ein Stück weit offen dafür, weil wir natürlich auch entsprechend Versicherungen verkaufen, dann ist man da ja automatisch etwas sensibler für so ein Thema*

(I: Ja, genau.). Aber gerade auch was die, ich sage mal bei einer Pflegeversicherung [...] und da ist dann eine gewisse Selbstsensibilisierung vorhanden“ (DE P9: C49).

Nachbarschaftshilfe* (DE). Die Kategorie kommunale Unterstützung wurde aus dem Datenmaterial mittels der deduktiven Vervollständigung gebildet. Hierbei konnte festgestellt werden, dass eine Nachbarschaftshilfe kommunal oder unternehmensintern pflegende Angehörige unterstützen könne: *„Also, was ich mir auch gerade überlegt habe, so im Laufe des Gesprächs, so ne Art, also Nachbarschaftshilfe sage ich jetzt mal. Wenn ich jetzt jemanden pflege oder auch nicht und ich muss sowieso zum Einkaufen fahren, dann könnte ich für die ja mit einkaufen (I: Ja, genau richtig.), so, dass würde ja schon eher mal eine zeitliche Entlastung bringen, so. (I: Mhm, ja.). Das ich da vielleicht nochmal, also das muss ja aber auch nicht unternehmensintern organisiert werden, sondern das macht selber oder dass die pflegende Person gestärkt wird auch mehr nach Hilfe zu fragen überhaupt“ (DE P2: C13).*

Kasten 57: Fazit der Oberkategorie verhältnispräventive Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf aus Sicht der deutschen Experten.

Fazit der Oberkategorie verhältnispräventive Maßnahmen aus der Sicht der deutschen Experten. Eine **Vertrauens- oder Kontaktperson** im Unternehmen wurde von den deutschen Experten als verhältnispräventive Maßnahme als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf angesehen, sodass es bei Problemen einen Ansprechpartner gibt. Aus der Sicht eines Unternehmens wurde berichtet, dass es schwierig sein könnte, eine Person als Ansprechpartner für pflegende Angehörige einzustellen, es dennoch allgemeine beratende Anlaufstellen gibt. Die deutschen Experten benannten weiterhin die Erhöhung der **politischen Aufmerksamkeit** hinsichtlich des Themas Angehörigenpflege. Hierbei konnte exploriert werden, dass die Situation der Corona-Pandemie dafür genutzt werden könnte, um die Aufmerksamkeit in der Politik zu erhöhen. Es wurde ein besonderer Wert auf die Einführung von Pfl egetagen und mehr Flexibilität bei der Gestaltung der Arbeitszeit gelegt. Die Experten benannten weiterhin die Wichtigkeit einer finanziellen Absicherung für pflegende Angehörige im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen durch den Staat sowie eine Gleichstellung mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Außerdem konnte festgestellt werden, dass das Verständnis in der Gesellschaft für die Übernahme der Pflege erhöht werden sollte. Für die **Flexibilität am Arbeitsplatz** konnte herausgefunden werden, dass eine flexible und finanziell unabhängige Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige förderlich sei und eine Vereinbarung mit dem jeweiligen Unternehmen dies unterstützen könne. Eine **gesundheitsförderliche Unternehmenskultur** würde die Übernahme von Angehörigenpflege entsprechend würdigen und ein gutes Betriebsklima unterstützen. Als bedeutsam für die Unternehmenskultur wurde auch die Rolle der Führungskräfte benannt. Es konnte untersucht werden, dass der **Digitalisierung** in Zukunft mehr Bedeutung zukommen werde, wobei ein Forum für Fragen und Materialien, die online heruntergeladen werden können, förderlich ist. Dabei sollten ebenfalls die gesetzlichen Leistungen inbegriffen sein und ein digitaler Austausch unter den Angehörigen ermöglicht werden. Für die induktive Kategorie zur **Förderung der Selbstfürsorge** konnte festgestellt werden, dass die pflegenden Angehörigen einen Rahmen benötigen, in dem sie die Möglichkeit bekommen, auf sich selbst zu achten und so regelmäßige Auszeiten von der Pflege einhalten können. Zur Kategorie der **Nachbarschaftshilfe** konnte festgestellt werden, dass diese kommunal oder unternehmensintern pflegende Angehörige unterstützen könnte.

Vertrauensperson DK. Die dänischen Experten benannten eine Vertrauens- oder Kontaktperson im Unternehmen als förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (DK P9: C111).

„Weil das ist genau das, dass keiner denkt er hat die Verantwortung dafür, wenn ein Angehöriger sich nicht wohl fühlt, (I: Ja) aber, wenn man auf irgendeine Art und Weise-- Also ich denke nicht, also es ist nicht die Personalabteilung, die dazu beitragen kann. (I: Ja) Ich finde, dass das ein richtig interessanter Gedanke ist, eine Vertrauensperson zu haben“ (DK P2: C53).

Weiterhin wurde gesagt, dass es die Aufgabe der Führungskräfte sei, eine Vertrauensperson für pflegende Angehörige darzustellen: *„Und ich denke Ihr habt, das denke ich einen Teil der (...) Führungskräfte, also ich würde sagen, dass es Teil der Führungskräfte ist eine Vertrauensperson zu sein, also was kann man sagen, sie haben einfach mehr Ressourcen sich um sich um ihre Mitarbeiter zu kümmern, dass diese denken, dass das jemand ist, mit dem man darüber vertraulich sprechen kann“ (DK P7: C82).*

Aus einer Erfahrung aus einem gesundheitsförderlichen Projekt zu einem anderen Thema wurde berichtet, dass eine Vernetzung unter Vertrauenspersonen aus unterschiedlichen Unternehmen hilfreich sein könnte, um aktuelle Informationen auszutauschen: *„Und diese Vertrauensperson könnte mit anderen Vertrauenspersonen für Angehörige vernetzt sein, sodass sie zusammenarbeiten. (I: Ja) Um immer den Überblick zu behalten, was im kommunalen und regionalen Angebot für Angehörige enthalten ist und was auf politischer und struktureller Ebene geschieht, und was bei den Angeboten hilfreich sein kann und dass es dann Thementage und einiges an Informationsmaterial und dergleichen gibt, sodass man mit der Kultur und den Arbeitsplätzen arbeiten kann“ (DK P8: C100).*

Politische Aufmerksamkeit DK. Bei der Kategorie politische Aufmerksamkeit wurde von einem Experten der Wunsch geäußert, dass die Zusammenarbeit hinsichtlich der Kommunikation zwischen dem Freiwilligensektor und der Kommune verbessert werden würde: *„Ich würde mir eine klarere Zusammenarbeit zwischen uns und der Kommune wünschen, wenn es darum geht, was wir sagen wollen. (I: Ja) Und vielleicht, dass Dein Projekt diese Verbindung herstellen könnte, die tatsächlich wichtig ist zwischen unserer Sozialarbeit und der politisch entschlossenen Arbeit der Kommunen, (I: Ja) das könnte ich mir gut vorstellen, also dort gibt es viele Hindernisse, es gibt eine Schweigepflicht, es gibt Diskussionen, es gibt viele Dinge, über die man vielmehr sprechen muss [...]“ (DK P1: C52).*

Weiterhin wurde gesagt, dass eine bessere Zusammenarbeit und Vernetzung unter den einzelnen Institutionen die Angehörigen besser unterstützen würde: *„[...] dass alles miteinander in Einklang gebracht werden kann, damit jeder Verantwortung trägt und jeder die Verantwortung für die nahen Angehörigen tragen kann, sodass wirklich ein gutes Gleichgewicht entstehen kann, damit die Angehörigen auch selbst Verantwortung übernehmen und auch die Kommunen Verantwortung übernehmen und auch die privaten Maßnahmen, mit denen wir jetzt viel zusammenarbeiten z.B. mit dem Roten Kreuz und auch andere*

Institutionen, nicht wahr? (I: Ja) Also alle, also sodass die Aufgaben und Verantwortlichkeiten gut verteilt werden. (I: Ja) Das könnte ich mir gut denken“ (DK P8: C105).

Laut der Experten sollte das Thema Angehörigenpflege in der Gesellschaft vermehrt zur Sprache gebracht werden, um die Verantwortungsübernahme von allen Sektoren in der Gesellschaft zu erhöhen (vgl. DK P2: C55; DK P4: C72).

„Ja, das denke ich auch, dass das ein Teil davon ist. Also, dass es nicht die Verantwortung des einzelnen ist, es ist eine gemeinsame Verantwortung, die wir alle in der Gesellschaft haben, dafür sorgen zu müssen, dass die Menschen, die etwas beitragen können nicht auch krank werden und es wird sehr darauf fokussiert. Angehörige sind in Dänemark auf jeden Fall mehr im Fokus, das alles ergibt Sinn für die Gesellschaft, den Arbeitgeber, um alle dazu zu bekommen sich dafür einzusetzen in Bezug auf Angehörige, für sehr kranke und demente Menschen“ (DK P5: C62).

Weiterhin konnte exploriert werden, dass einheitliche politische Regelungen wichtig seien, vor allem die Einführung von Pflagetagen stellte sich als sehr bedeutsam heraus für eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf (vgl. DK P3: C58, 59; DK P4: C77; DK P5: C60, C63; DK P6: C92, C93; DK P8: C99, C102; DK P9: C107). Der nachfolgende Textausschnitt verdeutlicht nochmals die Wichtigkeit des politischen Einflusses und die Einführung der Pflagetage für mehr Flexibilität für die pflegenden Angehörigen: *„Also ich denke immer noch, dass ich jetzt sehen kann, dass es beginnt, dass man darüber mehr spricht, auch in den politischen Verhandlungen. Das mit den Pflagetagen. Also, dass man damit beginnt einen Fokus darauf zu setzen, dass wir als System richtig richtig viel verlangen von den Angehörigen. Und darum ist es auch wichtig, dass wir vielleicht Respekt davor haben, dass in Perioden Möglichkeiten bestehen sollten, dass man sich ein wenig vom Arbeitsmarkt zurückziehen kann und mehr Zeit zu Hause braucht, ohne dass man Pflageurlaub bekommt, wenn der die erkrankte Person am Sterben ist. Dass also genau die Pflagetage dazu gut sein können [...]“ (DK P3: C56).*

Flexibilität am Arbeitsplatz DK. Hinsichtlich der Flexibilität am Arbeitsplatz konnte aus der Sicht der Experten festgestellt werden, dass eine Flexibilität in der Gestaltung der Arbeitszeit wichtig sei und politisch festgelegt oder mit dem Arbeitgeber vereinbart werden sollte (vgl. DK P5: C64, 67).

„Und eine flexible Art und Weise, dass kann auch gut sein, sodass man über eine Periode nur wenige Stunden arbeitet und dass man dann die Erlaubnis bekommt wieder in den Stunden hoch zu gehen. Also, dass es flexibler wird im Vergleich dazu, sodass man auf dem Arbeitsmarkt sein kann und politisch mehr darauf fokussiert wird. (I: Ja) Das ist der Punkt, ich glaube das könnte am meisten verändern“ (DK P3: C57).

„[...] aber vielleicht auch ob man die Möglichkeit hat, eine Zeit von Arbeit fern zu bleiben, wenn es eine schwere Erkrankung ist, d.h. Pflegeurlaub zu bekommen“ (DK P6: C85).

Außerdem konnte ein erhöhter Bedarf hinsichtlich der Flexibilität am Arbeitsplatz exploriert werden: „[...] aber das ist selten, dass das ausreichend ist, dass sie das einfach so neben der Arbeit machen können oder gleichzeitig dazu machen können, also flexibel, eine flexible Ordnung braucht man und die gibt es da nicht. (I: Ja) Das müsste flexibler sein“ (DK P5: C61).

Es wurde weiterhin gesagt, dass es möglich wäre, mehr Flexibilität zu erreichen und das Promotionsvorhaben dazu beitragen könne: „Ja, das ist richtig und ich denke auch, dass die Flexibilität gut erreicht werden kann, wenn es auch diese Offenheit und das Verständnis dafür gibt. (I: Ja genau) Und das hier kann dazu beitragen“ (DK P4: C76).

Gesundheitsförderliche Unternehmenskultur DK. Die dänischen Experten benannten, dass das Verständnis für die Übernahme einer Pflegesituation vom Arbeitgeber und den Kollegen besonders wichtig sei (vgl. DK P4: C68, C70, C71; DK P6: C87; DK P7: C78).

„Weil da sind wir ja verschieden, also wie wir denken: Wieso soll der Arbeitgeber sich da einmischen, aber es ist nicht sich einmischen, es kann einem helfen, sich tatsächlich anzupassen und damit umzugehen“ (DK P4: C74).

„[...] also wie verbinde ich eigentlich mein Arbeitsleben mit einem Leben, in dem ich eine große Rolle und Funktion habe, nicht wahr? (I: Ja) Wie bekommt man das Gleichgewicht, damit es genauso gut funktioniert? (I: Ja) Und das hat auch etwas mit Kommunikation und gegenseitigem Verständnis zu tun“ (DK P6: C84).

Weiterhin wurde gesagt, dass eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur auch einen Nutzen für das Unternehmen bewirken könne und dass dort aber noch Optimierungsbedarf bestehe (DK P7: C81)

„[...] dass man z.B. eine Chance hat auf einige Probleme einzugehen und ich denke, dass wenn man dem Ganzen offen gegenüber ist, dann könnte man einiges mit einbringen und dann denke ich, kann man vielleicht einige Krankmeldungen einsparen, auch weil man so etwas als Mitarbeiter vielleicht erlebt, also dass ein Verständnis da ist für die Situation, in der man ist“ (DK P4: C69).

Außerdem sollten Kollegen und Vorgesetzte über das Thema Angehörigenpflege und mögliche Kursangebote aufgeklärt werden und daran teilhaben können, um ein Verständnis zu bekommen, was es bedeutet eine Pflegesituation zu übernehmen: „Ja, aber dann muss man sehen, welche Argumente man als Führungskraft oder Geschäftsinhaber denken würde: ‚Hier sehe ich einen Vorteil darin, dass sie die Möglichkeit haben, daran teilzunehmen, damit habe ich Mitarbeiter, die besser sind und die--‘, könnte man sagen, das könnte vielleicht der

andere Teil davon sein, d.h. jemand kann sagen, dass diese Maßnahmen sehr auf Angehörige ausgerichtet sind, sodass es vielleicht wirklich einen Teil geben sollte, wo es darum geht, wie man die Unternehmen und die Kollegen darüber aufklärt, was es bedeutet, pflegender Angehöriger zu sein, mit welcher Art von Aufgabe man dort stehen kann. Also ein gegenseitiges Verständnis schaffen, also das als ein Teil der Maßnahmen, dass man die Führungskräfte und Mitarbeiter des Unternehmens dort heranzuführen, was es bedeutet“ (DK P6: C88).

Weiterhin wurde von einem anderen Experten diesbezüglich gesagt, dass der Umgang mit pflegenden Angehörigen im Unternehmen wichtig sei: *„Und was ist, wenn man einen Mitarbeiter hat, der aufgrund seiner eigenen Gesundheit oder aufgrund häuslicher Bedingungen besondere Rechte hat, also, wenn man so einen Kollegen hat, wo man leicht erkennen kann, dass er instabil ist, also mit dem man nicht immer rechnen kann, also wo man sich nicht voll und ganz darauf verlassen kann, wie es gerade ist, und das ist ein großes Problem am Arbeitsplatz“ (DK P9: C108).*

Digitalisierung DK. Für die Kategorie der Digitalisierung konnte entnommen werden, dass ein gegenseitiger Austausch unter den pflegenden Angehörigen von Bedeutung sei, z.B. über das soziale Netzwerk Facebook: *„Und da sind einige von ihnen, die sich wirklich darüber freuen, es sind nicht wir als Kommune, die eine Facebook-Gruppe gegründet haben, denn dann sind wir auch dafür verantwortlich und dann benötigen wir viele Regeln über die DSGVO oder was es auch ist (I: Ja) aber dann erstellt es die Gruppe sogar selbst. (I: Ja) Sie nutzen es also tatsächlich für den gegenseitigen Informationsaustausch und das gibt ihnen ein eigenes Netzwerk“ (DK P7: C79).*

Außerdem könnten online-Angebote und die Digitalisierung von Teilen des Programms förderlich für die Inanspruchnahme sein, wobei aber die Gruppendynamik fehle und eine Veränderung des Verhaltens als fraglich angesehen wurde, es aber für Angststörungen und Depression digitale Kursangebote gibt (vgl. DK P6: C90).

„Und da denke ich, dass es angesichts der Flexibilität von Online-Kursen eindeutig eine Überlegung wert ist, aber es ist nicht etwas, was es soweit ich weiß, noch nicht so viel online für Angehörige gibt, aber es ist für etwas, da denke ich, das könnte wirklich spannend sein“ (DK P6: C91).

„Ich denke, das war etwas, das ich auch schon gedacht habe, also ob man etwas davon online machen könnte, dass man selbst ein bisschen in der Verantwortung ist und es davon abhängt, wie das pädagogisch funktioniert, weil es dann darauf ankommt, ob es eine Gruppendynamik gibt, die auch Teil des Wirkmechanismus für etwas ist, das eine Verhaltensänderung bewirkt“ (DK P6: C89).

Rahmenbedingung zur Förderung der Selbstfürsorge*. Die durch die deduktive Vervollständigung gebildete Kategorie ergab laut der Expertenaussagen, dass die Förderung der Selbstfürsorge für eine gute Balance zwischen Pflege und Beruf bedeutsam sei, da die Erkrankung der pflegebedürftigen Person überwiegend im Mittelpunkt stehe und ein Rahmen dies zu fördern, gegeben werden müsse (vgl. DK P2: C54; DK P4: C73; DK P5: C65; DK P6: C95; DK P8: C97, C104). Der nachfolgende Textausschnitt verdeutlicht dies: *„Und die zweite Sache ist der Fokus auf das eigene Wohlbefinden und das Bedürfnis nach Ausdruck der eigenen Gefühle, und es ist völlig klar, worüber ich mir offensichtlich am meisten Sorgen mache. (I: Ja) Und genau das habe ich auch erlebt, es herrscht ein Mangel und weil es offensichtlich viel um Krankheit und die Schwere der Krankheit geht, nicht wahr? (I: Ja) Die eigenen Bedürfnisse und das Wohlbefinden des Angehörigen selbst, das ist so wichtig, dass man sich immens darauf konzentriert“* (DK P8: C96).

Es wurde gesagt, dass die gesellschaftliche Kommunikation und die direkte Ansprache der Zielgruppe wichtig sei, um die pflegenden Angehörigen für die Selbstfürsorge zu sensibilisieren: *„[...] man muss sich sehr bewusst sein, wie man es ins Gespräch bringt, also es kommuniziert, also für wen diese Maßnahme ist, was das Ziel ist und wem es helfen kann. Sodass es von den Angehörigen nicht so verstanden wird, dass sie ein besserer Angehöriger für den Erkrankten werden sollen, sondern dass es für sie ist, sodass sie einige Werkzeuge bekommen, um besser auf sich selbst aufzupassen und dadurch ein besserer Angehöriger sind, weil es eine große Aufgabe ist“* (DK P6: C86).

Hinsichtlich des Kontextes auf dem Arbeitsmarkt wurde gesagt, dass es wichtig sei, anspruchsvolle Aufgaben abgeben zu können *„Es geht auch darum, auf professioneller Teamebene aufgeben zu können, das heißt Aufgaben, zum Beispiel, wo es viele, viele anspruchsvolle Arbeitsaufgaben gibt, dass alles zu entscheiden, dass es dann nicht funktioniert“* (DK P9: C110).

Kasten 58: Fazit der Oberkategorie verhältnispräventive Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf aus Sicht der dänischen Experten.

Fazit der Oberkategorie der verhältnispräventiven Maßnahmen aus Sicht der dänischen Experten. Für die Oberkategorie der verhältnispräventiven Maßnahmen konnte aus Sicht der dänischen Experten zusammenfassend exploriert werden, dass eine **Vertrauens- oder Kontaktperson** im Unternehmen förderlich ist, aber dies auch zu den Aufgaben der Führungskräfte gehöre. Eine unternehmensübergreifende Vernetzung von verschiedenen Vertrauenspersonen könnte einem aktuellen Austausch von Informationen dienen. Für die Kategorie **politische Aufmerksamkeit** konnte festgestellt werden, dass eine bessere Zusammenarbeit hinsichtlich der Kommunikation zwischen dem Freiwilligensektor und der Kommune wünschenswert ist und eine bessere Zusammenarbeit und Vernetzung unter den einzelnen Institutionen pflegende Angehörige besser unterstützen würde. Das Thema Angehörigenpflege sollte in der Gesellschaft vermehrt zur Sprache gebracht werden, um die Verantwortungsübernahme von allen Sektoren zu erhöhen und einheitliche politische Regelungen (z.B. die Einführung von Pflegetagen) umzusetzen und die politische Aufmerksamkeit zu erhöhen. Zur **Flexibilität am Arbeitsplatz** konnte festgestellt werden, dass eine Flexibilität in der Gestaltung der Arbeitszeit wichtig ist und politisch festgelegt oder mit dem Arbeitgeber vereinbart werden sollte und hierbei ein erhöhter Bedarf der Zielgruppe besteht. Eine **gesundheitsförderliche Unternehmenskultur** kann einen Nutzen für das Unternehmen bringen, hier besteht aber noch Optimierungsbedarf. Im Unternehmen ist ein Verständnis für die Übernahme einer Pflegesituation vom Arbeitgeber und den Kollegen besonders wichtig, sodass ein gegenseitiges Verständnis besteht und die Kollegen und Vorgesetzten aktiv einbezogen werden, um einen richtigen Umgang mit pflegenden Angehörigen im Arbeitskontext umzusetzen. Bei der **Digitalisierung** konnte festgestellt werden, dass ein gegenseitiger Austausch der pflegenden Angehörigen von Bedeutung ist und dies z.B. über Facebook erfolgen könnte. Weiterhin könnten online-Angebote und eine teilweise Digitalisierung des Programms förderlich für die Inanspruchnahme sein, wobei darunter die Gruppendynamik leiden könnte. Die induktiv gebildete Kategorie **Rahmenbedingung zur Förderung der Selbstfürsorge** ergab, dass die Förderung der Selbstfürsorge bedeutsam für eine gute Balance zwischen Pflege und Beruf ist, da die Erkrankung der pflegebedürftigen Person häufig im Fokus steht und die pflegenden Angehörigen für die Selbstfürsorge und die eigene Gesundheit vermehrt sensibilisiert werden müssten, um Pflege und Beruf besser miteinander vereinbaren zu können.

4.5 Ergebnisdiskussion Teilstudie II

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Teilstudie II in den theoretischen Hintergrund eingeordnet und diskutiert. Der Teilstudie II lag die Forschungsfrage: „*Wie bewerten die Experten das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark?*“ zugrunde. Die Ergebnisse werden nach der Reihenfolge der vier Auswertungsfragen tabellarisch zusammengefasst und diskutiert, sodass die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Deutschland und Dänemark deutlich werden. Die übergreifende Diskussion der beiden Teilstudien erfolgt in Kapitel 5. Die nachfolgende Tabelle 21 gibt einen Überblick über die zentralen Ergebnisse der ersten Auswertungsfrage: „*Wie bewerten die Experten die Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland bzw. in Dänemark?*“. Die Ergebnisse werden in diesem Kapitel übergreifend über die Expertenperspektiven diskutiert, um in den Handlungsempfehlungen ein gemeinsames Gesundheitsförderungsprogramm für beide Länder zu entwickeln, welches nach einem so genannten *Baukastenprinzip* unterschiedliche Schwerpunkte beinhalten kann.

Tabelle 21: Zusammenfassung der Ergebnisse Auswertungsfrage 1 der Teilstudie II.

Auswertungsfrage	Deutschland	Dänemark
Auswertungsfrage 1: Rahmenbedingungen	Zeitlicher Rahmen: <ul style="list-style-type: none"> • 8-10 Wochen teilweise zu lang (F) • 90 Minuten pro Einheit angemessen (F) • Bei Schichtdienst keine wöchentliche Umsetzung, sondern alle zwei Wochen oder in zwei unterschiedlichen Gruppen (F) 	Zeitlicher Rahmen: <ul style="list-style-type: none"> • 8 -10 Wochen und die Aufteilung in Arbeitszeit und nicht Arbeitszeit überwiegend als gut bewertet • Vorteil direkt im Anschluss an den Feierabend • Einigen Experten war der zeitliche Rahmen von 8-10 Wochen zu umfangreich und empfohlen Kürzung auf 6-8 Wochen (F)
	Gruppeneinteilung (F): <ul style="list-style-type: none"> • Einteilung in Angehörige von demenziell und nicht demenziell erkrankten Menschen angemessen 	Gruppeneinteilung: <ul style="list-style-type: none"> • Teilweise für eine diagnose-spezifische Gruppeneinteilung in demenzielle und nicht demenzielle Erkrankungen, da unterschiedliche Belastungen • Krankheitsspezifische Beratungen und Fragestellungen werden an andere Institutionen weitervermittelt und sind nicht Teil der Angehörigenkurse (F) • Vorschlag für Einteilung in kognitive und nicht kognitive Beeinträchtigungen (F) • Vielzahl der Experten waren für diagnoseübergreifende Gruppen, da die pflegenden Angehörigen eher voneinander profitieren können (Fokus auf der Selbstfürsorge; F)

	<p>Aufbaukurse nach Abschluss des Programmes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inanspruchnahme vermutlich eher gering • Auswahl von Schwerpunktthemen • nach Abschluss weitere Austauschtreffen 	<p>Aufbaukurse nach Abschluss des Programmes (F):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experten bewerteten es als positiv, um langfristige Effekte zu erzielen • Umsetzung und Teilnahme als realistisch bewertet • ein Experte berichtete von negativen Erfahrungen hinsichtlich der Inanspruchnahme
	<p>Zugang und Umsetzung im Setting (F):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als Vermittlungsangebot und um Netzwerke mit anderen Institutionen und Unternehmen zu schließen • Einbezug der Pflege- bzw. Krankenkasse und dem medizinischen Dienst → Aufmerksamkeit erhöhen und Überprüfung der Pflegetätigkeit → Vermittlung von Angeboten 	<p>Zugang und Umsetzung im Setting (F):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zur Verbreitung des Programmes: Einbezug von Versicherungen und Arbeitnehmervertretern • Kurse in unterschiedlichen Kommunen bei einer geringen Teilnehmeranzahl zusammenlegen • Verbreitung über unterschiedliche Kommunikationskanäle, wie z.B. Facebook, Zeitungen, Ärzte, Unternehmen
	<p>Kursleiter (F):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professionell 	<p>Kursleiter (F):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eher professionell, da negative Erfahrungen mit Peer-to-Peer Ansatz • Peer-to-Peer Ansatz Vorteile, z.B. Vorbildcharakter • Professionelle Fachkräfte können aus dem kommunalen Bereich angestellt werden.

F = neue Erkenntnisse

Auswertungsfrage 1: Rahmenbedingungen. Der zeitliche Rahmen von 8 bis 10 Wochen des Gesundheitsförderungsprogrammes wurde von den deutschen sowie auch von den dänischen Experten als zu lang empfunden. Eine Reduktion von 6 bis 8 Wochen wäre hierbei anzustreben. Aus der Literatur geht deutlich hervor, dass erwerbstätige pflegende Angehörige häufig unter Vereinbarkeitskonflikten aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen leiden, (z.B. Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 70; KMD, 2018, S. 5ff.; Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 28; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.) was die Inanspruchnahme eines Gesundheitsförderungsprogrammes erschweren würde. Demzufolge sollte der zeitliche Rahmen in der Gesamtlaufrzeit etwas verkürzt werden. Dennoch wurden 90 Minuten pro Einheit von beiden Expertengruppen als angemessen benannt, um die Inhalte adäquat vermitteln zu können sowie Zeit für einen gegenseitigen Austausch zur Verfügung zu stellen. Von den 90 Minuten sollten aufgrund der mangelnden zeitlichen Ressourcen der Zielgruppe 45 Minuten als Arbeitszeit angerechnet werden, sodass 45 Minuten nicht Arbeitszeit sind und die Kurseinheiten sollten nach Möglichkeit direkt im Anschluss an den Feierabend erfolgen. Die **deutschen Experten** benannten die Problematik einer wöchentlichen Durchführung bei Schichtdienst. Hierbei kann eine Anpassung von zweiwöchentlichen Abständen oder zwei Gruppen zu unterschiedlichen

Zeitpunkten entsprechend individuell an das Setting, in dem das Programm durchgeführt wird, angepasst werden. Die Gruppeneinteilung sollte diagnoseübergreifend erfolgen, da der Fokus des Gesundheitsförderungsprogrammes auf der Förderung der Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen liegt und nicht auf den Erkrankungen der zu pflegenden Person. Die Angehörigen können demzufolge voneinander lernen und sich gegenseitig austauschen. Dennoch eignet es sich aufgrund der vielfältigen und unterschiedlichen Belastungen (vgl. Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.), die Gruppen in Angehörige von Personen mit demenziellen und nicht demenziellen Erkrankungen einzuteilen. Dies wird in beiden Ländern bereits weitestgehend so umgesetzt (z.B. DAK-Pflegecoach, 2020; Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital, 2020). Ein dänischer Experte mit viel Erfahrung in der Arbeit mit pflegenden Angehörigen schlug die Einteilung in kognitive und nicht kognitive Beeinträchtigungen vor. Durch diese zielgruppenspezifische Einteilung kann ein „innovativer Mittelweg“ zwischen einer rein diagnoseübergreifenden Schulung und der Einteilung in Angehörige mit demenziellen Erkrankungen und nicht demenziellen Erkrankungen erfolgen.

Im Rahmen von Aufbau- bzw. Auffrischkursen nach drei, sechs und zwölf Monaten mit Schwerpunktthemen, welche den Bedürfnissen der Teilnehmer entsprechend festgelegt werden, soll die Nachhaltigkeit des Gesundheitsförderungsprogrammes und eine langfristige Umsetzung der erlernten Inhalte im Alltag gesichert werden. Dies wurde ebenfalls an dem Konzept einer Trainings- und Erholungswoche für pflegende Angehörige von Hetzel et al. (2016, S. 25) kritisch angemerkt, dass keine Verstetigungsmaßnahmen nach Abschluss stattfanden, wobei aber niedrigschwellige Angebote, wie z.B. regelmäßige Informations- und Motivationsschreiben, professionelle Beratung, Coaching per Telefon oder online, Förderung der Selbsthilfe in Form von Angehörigengruppen, geeignet sein könnten. Im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsförderungsprogrammes soll ein gegenseitiger Austausch und soziale Unterstützung durch weitere Austauschtreffen, die nach Abschluss des Programmes angeboten werden, gefördert werden. Hierbei muss mit einer geringen Inanspruchnahme aufgrund von zeitlichen oder motivationalen Barrieren gerechnet werden.

Der Zugang und die Umsetzung in einem geeigneten Setting kann in **Deutschland** zum einen das Unternehmen darstellen, sodass das Programm als betriebsinterne Maßnahme zur Gesundheitsförderung umgesetzt werden kann. Zum anderen kann das Programm als Vermittlungsangebot von externen Institutionen angeboten werden, wobei diese im Rahmen eines Netzwerkes beteiligt werden müssten. Dabei kann die Pflege- bzw. Krankenkasse und der medizinische Dienst miteinbezogen werden. Der medizinische Dienst könnte die Pflegetätigkeiten in den Häuslichkeiten prüfen und dabei direkt die gesundheitsförderlichen Angebote vermitteln. In **Dänemark** würde das Programm im kommunalen Setting umgesetzt werden, da die Gesundheitsförderung Aufgabe der Kommune ist (Danske Patienter, 2019b). Dabei können Versicherungen und Arbeitnehmervertreter sowie Kommunikationskanäle, wie z.B.

Facebook, Zeitungen, Ärzte, aber auch Unternehmen zur Vermittlung des Programmes im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit einbezogen werden. Bei geringen Teilnehmerzahlen können die Kurse kommunenübergreifend zusammengelegt werden. Die genaue Festlegung eines Settings zur Umsetzung konnte im Rahmen dieser Untersuchung noch nicht genau exploriert werden, dennoch gibt es einige geeignete Ansätze in **beiden Ländern**, die bei einer realen und praktischen Umsetzung erneut untersucht und erprobt werden können. Das Gesundheitsförderungsprogramm sollte von professionellen Kursleitern durchgeführt und kann mit dem Peer-to-Peer Ansatz kombiniert werden, sodass Multiplikatoren, die selbst bereits eine Pflegesituation hatten oder aktuell haben von ihren positiven Erfahrungen berichten können. Eine eigene Pflegeerfahrung der Multiplikatoren ist dabei kein Einschlusskriterium, kann aber einen Vorteil für den gegenseitigen Austausch darstellen.

Kernbotschaft. Der zeitliche Rahmen sollte 6 bis 8 Wochen und 90 Minuten pro Einheit betragen. Davon sollten 45 Minuten als Arbeitszeit angerechnet werden und die Maßnahmen nach Möglichkeit an den Feierabend anschließen. Bei Schichtdienst können die Maßnahmen in zweiwöchentlichen Abständen oder in zwei Gruppen zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfinden. Die Gruppen können innovativ in kognitive und nicht kognitive Beeinträchtigungen eingeteilt werden. Die Sicherung der Nachhaltigkeit kann durch Aufbau- bzw. Auffrischkurse nach drei, sechs und zwölf Monaten mit bedürfnisorientierten Schwerpunktthemen erfolgen. Die Umsetzung in einem geeigneten Setting kann in **Deutschland** zum einen im Unternehmen als betriebsinterne Maßnahme zur Gesundheitsförderung erfolgen und zum anderen als Vermittlungsangebot von externen Anbietern (z.B. Pflege- bzw. Krankenkasse). In **Dänemark** eignet sich eine Umsetzung im kommunalen Setting. Das Gesundheitsförderungsprogramm sollte von professionellen Kursleitern durchgeführt und kann mit dem Peer-to-Peer Ansatz kombiniert werden.

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der zweiten Auswertungsfrage vor dem theoretischen Hintergrund diskutiert. Die Tabelle 22 stellt die Ergebnisse der zweiten Auswertungsfrage: „*Wie wird das Gesamtkonzept mit den dazugehörigen Modulen des Gesundheitsförderungsprogrammes von den Experten in Deutschland bzw. in Dänemark beurteilt?*“ übersichtlich dar.

Tabelle 22: Zusammenfassung der Ergebnisse der zweiten Auswertungsfrage der Teilstudie II.

Auswertungsfrage 2: Gesamtkonzept und Module	Gesamtkonzept Deutschland	Gesamtkonzept Dänemark
	<ul style="list-style-type: none"> • Experten bewerteten es als gut; Fokus sollte auf der Selbstfürsorge liegen (F) • Viel Raum für gegenseitigen Austausch und ein hoher Anteil an praktischen Übungen (F) • Auswahl der Themen in den einzelnen Modulen wurde von der Fokusgruppe als zu umfangreich bewertet (F) 	<ul style="list-style-type: none"> • Experten bewerteten es als gut; insbesondere wurde der ungedeckte Bedarf der Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen herausgestellt (F) • Auswahl der Maßnahmen: Wichtigkeit der Alltagsimplementierung, hoher Praxisanteil bzw. angemessene Kombination von Theorie und Praxis • Fokus sollte auf der Förderung der Selbstfürsorge liegen • Module könnten laut eines Experten übergreifend behandelt werden (mehrere Themen in einem Modul; F) • Anzahl der Module kann zu viel sein → Vereinfachung des Programmes (F) • Gegenseitiges Verständnis und der Austausch sind besonders wichtig
	<p>Modul 1 (F):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung der gesetzlichen Unterstützungsleistungen, Umgang mit einer Pflegesituation und Zurechtfinden im System am wichtigsten • Vorschlag: Übernahme des Modul 1 vom Pflegestützpunkt (Kooperation) 	<p>Modul 1 (F):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wichtigkeit zum Umgang mit einer Pflegesituation • Vorschlag die Module 1 und 4 miteinander zu kombinieren (mehr Abwechslung) • Inhaltliche Ergänzung: Thematisierung von Vollmachten u. Testamenten
	<p>Modul 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wichtig für die Bewältigung der Pflegesituation • Thematische Ergänzung: Umgang mit weiter Entfernung von Pflegeort und Wohnort und Umgang mit psychischen Belastungen (F) 	<p>Modul 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relevant für den Aufbau von Stressbewältigungsstrategien • Thematische Ergänzung: „Sorgen“ und wie Kinder und Jugendliche bei einer Pflegesituation hinsichtlich Netzwerkarbeit miteinbezogen werden könnten (F) • Thema „Zeitmanagement“ wurde als kritisch bewertet (schlecht zu bewältigender Stressor; F) • Vorschlag Thema Stress als übergeordnete Voraussetzung über alle Module und Fokus auf die Selbstfürsorge → Stressbewältigung als Voraussetzung zur Durchführung des Programmes (F)

	<p>Modul 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansprechen von Hilfsangeboten zur Rückengesundheit und Kinästhetik und Vermittlung von Bewegungsangeboten • Kooperationen mit Fitnessstudios, bestehende Kursangebote von Krankenkassen oder betriebsinterne Sportangebote können die körperliche Aktivität fördern und thematisch auf pflegende Angehörige angepasst werden 	<p>Modul 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität förderlich (gut geeignet kurze Bewegungsübungen) • Trainingsvideos für zu Hause (F) • Thematisierung der Wichtigkeit von Bewegung im Alltag • Thema „Hilfsmittel“: Einteilung der Angehörigen von Menschen mit psychischen und physischen Beeinträchtigungen hilfreich (unterschiedlicher Bedarf; F) • In DK keine Schulung von Hilfsmitteln im Rahmen von gesundheitsförderlichen Kursangeboten; Übernahme von externen Institutionen (ebenfalls überwiegend bei Bewegungsangeboten (F))
	<p>Modul 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entspannung und Achtsamkeit wichtig für die Selbstfürsorge 	<p>Modul 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für Achtsamkeit im Alltag, Gedanken und ein positives Mindset förderlich
	<p>Modul 5 (F):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderlich Beratungen anzubieten, um in einem geschützten Rahmen über Probleme zu sprechen • Gegenseitiger Austausch ist besonders wichtig → Angebot von (betriebsinternen) Gesprächsgruppen • Vorschlag ein Pflegetagebuch als Übung mitaufzunehmen 	<p>Modul 5 (F):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation in verschiedenen Bereichen, z.B. am Arbeitsplatz, mit Behörden, mit der zu pflegenden Person bedeutsam • Wichtig inhaltlich zu thematisieren, wie Kommunikationsprozesse positiv ablaufen können • Ansprache von Themen: Vorurteile und offene Kommunikation am Arbeitsplatz zur Enttabuisierung

F = neue Erkenntnisse

Auswertungsfrage 2: Gesamtkonzept und Module. Das Gesamtkonzept wurde im Rahmen der kommunikativen Validierung von beiden Expertenperspektiven als gut bewertet, wobei insbesondere bei den **dänischen Experten** der ungedeckte Bedarf der Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen hervorgehoben wurde. Der Fokus sollte aus der Sicht der **deutschen und dänischen Experten** auf der Förderung der Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen liegen, da sie eine hoch belastete Zielgruppe darstellen, bei der die pflegebedürftige Person im Fokus steht und die eigenen Interessen häufig zu kurz kommen (Aneshensel et al., 1993, S. 55; Pearlin et al., 1990, S. 588; Sundhedsstyrelsen, 2012; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.). Um das erlernte Wissen in den Pflegealltag zu integrieren, sollten die Maßnahmen einen hohen Praxisanteil aufweisen und Raum und Zeit für den gegenseitigen Austausch zur Verfügung stellen. Vor allem der gegenseitige Austausch konnte aufgrund von bisherigen Erfahrungen als besonders wichtig exploriert werden und kann die in der Literatur beschriebenen Einsamkeitsgefühle reduzieren (Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 28; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.). Die Themenauswahl in den einzelnen Modulen sollte demzufolge etwas

reduziert werden, da diese aus Sicht der Experten als zu umfangreich benannt wurde und der gegenseitige Austausch und die Gespräche zu kurz kommen könnten. Die Module haben spezifische Themen, können aber übergreifend behandelt werden, sodass jedes Modul ein Einstiegs- und ein Abschlussritual beinhalten kann, was beispielsweise eine kurze Bewegungs- oder Entspannungsübung ist, oder Themen den Bedürfnissen der Teilnehmer entsprechend, verändert oder angepasst werden können.

Das Modul 1 der *Psychoedukation*, welches zum Ziel hat, die Pflegekompetenz der Zielgruppe zu stärken, stellt laut der **deutschen Experten** in Bezug auf die Informationsvermittlung über die gesetzlichen Unterstützungsleistungen, dem Umgang mit einer Pflegesituation und dem Zurechtfinden im System eines der Kernpunkte zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen dar. Vielen pflegenden Angehörigen sind die gesetzlichen Unterstützungsmaßnahmen nicht ausreichend bekannt (Wetzstein et al., 2015, S. 9). Das Wissensdefizit kann durch das Modul 1 ausgeglichen werden. Das Modul 1 könnte hinsichtlich einer denkbaren zukünftigen **Umsetzung in Deutschland** vom Pflegestützpunkt im Rahmen einer Kooperation übernommen werden, da die Inhalte in deren täglichen Aufgabenbereich fallen und so Professionalität in der Umsetzung gegeben wäre. Auch auf der **dänischen Seite** wurde die Wichtigkeit der Thematisierung zum Umgang mit einer Pflegesituation und die Inanspruchnahme sowie das Wissen über Unterstützungsmaßnahmen als wichtig exploriert, denn eine Untersuchung der KMD (2018, S. 34) ergab, dass viele pflegende Angehörige ein mangelndes Wissen über die verschiedenen Möglichkeiten aufweisen, die im dänischen Dienstleistungsgesetz zur Entlastung aufgeführt sind. Außerdem wichtig sind dabei die Themen Vollmachten und Testamente, denn die adäquate Integration und Teilhabe von Angehörigen am Behandlungsprozess spielt **in Dänemark** eine bedeutende Rolle, der zukünftig vermehrte Aufmerksamkeit zukommen muss (vgl. Danske Patienter, 2019b, S. 3ff.).

In Bezug auf das Modul 2 zur *Stressbewältigung* wurde von beiden Expertenperspektiven die Wichtigkeit zum Umgang und der Bewältigung mit einer Pflegesituation benannt, sodass die vielfältigen Belastungen, die in der Literatur beschrieben werden, reduziert werden können (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, 2018; Danske Patienter, 2019b; KMD, 2018; Wilz & Pfeiffer, 2019). Dabei besonders relevant ist der Umgang mit psychischen Belastungen durch die Pflegesituation. Inhaltlich mitaufgenommen werden könnte, wie pflegende Angehörige mit einer weiten Entfernung von Pflegeort und Wohnort umgehen können, dem Thema „Sorgen“ und wie Kinder und Jugendliche bei einer Pflegesituation im Rahmen von Netzwerkarbeit miteinbezogen werden könnten. Das Thema „Zeitmanagement“ wurde als kritisch bewertet, da zeitliche Stressoren bei der Zielgruppe schwer abzubauen sind. Genau aus diesem Grund ist es besonders wichtig, effektive Zeitmanagementstrategien zu vermitteln und zu erproben. Das Thema Stress kann als übergeordnete Voraussetzung zur Durchführung des Programmes angesehen werden, da die Zielgruppe durch die Vereinbarkeitskonflikte ein

hohes Stresslevel aufweist, welches es zu reduzieren gilt (Danske Patienter, 2019b; KMD, 2018; Pearlin et al., 1990; Wilz & Pfeiffer, 2019). Das Thema Stress taucht demzufolge während des gesamten Verlaufes des Kurses immer wieder auf und ist nicht eigenständig zu betrachten, sondern als ein individueller Bewältigungsprozess.

Das Modul 3 behandelt die Themen Rückengesundheit und Kinästhetik in Bezug auf die richtige Hilfe, z.B. das Heben und Tragen der pflegebedürftigen Person sowie der Umgang mit Hilfsmitteln im Bereich der Pflege. Pflegende Angehörige weisen häufig körperliche Beschwerden auf, die aus der Ausführung der Pflegetätigkeiten resultieren (z.B. Wilz & Pfeiffer, 2019) und so reduziert werden sollen. Bei der Thematisierung von Hilfsmitteln müssten die Angehörigen ggf. aufgeteilt werden, in Angehörige von Personen mit psychischen und physischen Beeinträchtigungen, da der Bedarf an Hilfsmitteln sehr unterschiedlich sein kann. Die Wichtigkeit des richtigen Umganges mit Hilfsmitteln könnte diesbezüglich betont werden und die Umsetzung an externe Institutionen, wie z.B. Pflegedienste und Sanitätshäuser vermittelt werden, die diesbezüglich ein breites Fachwissen aufweisen und entsprechend beraten können. **In Dänemark** findet z.B. keine Schulung von Hilfsmitteln im Rahmen von gesundheitsförderlichen Kursangeboten statt, sondern wird bereits von externen Institutionen übernommen. Dies wird überwiegend auch für Bewegungsangebote so gehandhabt, sodass in den Kursen lediglich die Bedeutung von körperlicher Aktivität thematisiert wird und entsprechend der Bedürfnisse der Zielgruppe die richtigen Angebote gefunden werden können, was im Rahmen der Kurseinheit stattfinden kann. Ein Bedarf an diesen Themen besteht laut der Literatur, denn die Untersuchung der KMD (2018, S. 5ff.) zeigt, dass durch die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf häufig körperliche Belastungen auftreten, die die Gesundheit der Angehörigen negativ beeinflussen und pflegende Angehörige sich häufig aufgrund von Beeinträchtigungen durch die Ausführung von Pflegetätigkeiten krank melden. Im Rahmen der Intervention werden demnach Angebote zur körperlichen Aktivität, wie z.B. Nordic Walking vermittelt und im Rahmen des betrieblichen Settings sollten Kooperationen mit Fitnessstudios vereinbart werden, bestehende Kursangebote von Krankenkassen, Kommunen oder betriebsinterne Sportangebote zur Steigerung der körperlichen Aktivität vermittelt werden. Dabei ist es jedoch wichtig, dass diese für die pflegenden Angehörigen und ihrer Situation entsprechend auch in Anspruch genommen werden können. Es sollte lediglich ein Angebot an Maßnahmen bestehen, sodass diese nicht zu einem weiteren Stressor im Alltag führen. Es besteht ein Bedarf an einfachen Übungen, die in den Alltag integriert werden können. Die Experten benannten dabei, dass kurze Bewegungsübungen während der Kurseinheiten integriert oder Trainingsvideos zu Hause durchgeführt werden können.

Im Rahmen des Moduls 4 werden Techniken und Übungen und die Bedeutung für ausreichend Entspannung und Achtsamkeit im Alltag vermittelt, sodass die Selbstfürsorge und ein positives Mindset der pflegenden Angehörigen gefördert wird. Dadurch können primäre und sekundäre Stressoren reduziert und Ressourcen aufgebaut werden, die für die Bewältigung von auftretenden Stressoren im Pflegealltag bedeutsam sind (Gutzmann et al., 2005, S. 159f.).

Mittels des Moduls 5 werden die Kommunikations- und Konfliktlösungskompetenzen der pflegenden Angehörigen gestärkt. Dabei ist die Kommunikation am Arbeitsplatz sowie mit Behörden oder dem Gesundheitspersonal bedeutsam, wobei Konflikte oder Missverständnisse entstehen können. Die pflegenden Angehörigen sollen durch verschiedene praktische Übungen mittels Kommunikationstechniken, wie z.B. der Gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg (2016) lernen, wie diese Kommunikationsprozesse positiv ablaufen können. Vor allem eine offene Kommunikation am Arbeitsplatz und die Enttabuisierung des Themas Angehörigenpflege wurden dabei in **beiden Expertenperspektiven** als besonders wichtig exploriert. Eine Transparenz, Kommunikation und Kooperation gegenüber dem Thema Angehörigenpflege kann durch das Verhalten der Führungskräfte und eine gesundheitsförderliche sowie familienfreundliche Unternehmenskultur im betrieblichen Kontext umgesetzt werden (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 19; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 7f.). Diesbezüglich sollten auch Vorgesetzte nach Möglichkeit an den Maßnahmen des Moduls 5 teilhaben. Denn im Rahmen einer pflegesensiblen Unternehmenskultur können Maßnahmen geschaffen werden, sodass ein gegenseitiges Verständnis und eine offene Kommunikation am Arbeitsplatz zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf umgesetzt werden kann (Deutscher Pflegering, 2020). Im kommunalen Bereich **in Dänemark** wird beispielsweise mittels eines Modells der Kommune Kolding hier angesetzt, welches das Ziel hat, die Kommunikation zwischen Mitarbeitern der Kommune und den pflegenden Angehörigen zu verbessern. Laut der **deutschen Experten** sollten außerdem den Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen entsprechend individuelle Beratungen angeboten werden, um in einem geschützten Rahmen über Probleme sprechen zu können. In diesem Modul wird viel Raum für einen gegenseitigen Austausch gegeben, der von **beiden Expertengruppen** als sehr wichtig beschrieben wurde und so einer sozialen Isolation entgegengewirkt werden kann (Ældresagen, 2019; Wilz & Pfeiffer, 2019). Es können außerdem (betriebsinterne) Maßnahmen für Gesprächsgruppen angeboten werden. So kann die soziale Kompetenz und soziale Interaktion gefördert werden, sodass die pflegenden Angehörigen dazu befähigt werden, ihre eigene Person und ihren Interaktionspartner entsprechend wahrzunehmen und zu bewerten und dies langfristig zu positiven Konsequenzen durch die Anwendung von günstigen kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen führt (Hinsch & Pflingsten, 2007, S. 90; Petermann, 2002, S. 175). Wenn

pflegende Angehörige von ihren persönlichen Erfahrungen berichten, könnte dies z.B. in Form eines Videos festgehalten werden und im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit unter dem Begriff „*Storytelling*“ in der Bevölkerung publiziert werden. Hierbei muss das Einverständnis der pflegenden Angehörigen eingeholt und die Datenschutzrichtlinien eingehalten werden. So könnte die gesellschaftliche Sensibilisierung für das Thema Angehörigenpflege gefördert werden.

Kernbotschaft. Das **Gesamtkonzept** wurde als gut bewertet. Der Fokus sollte auf der Förderung der Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen liegen, die Maßnahmen einen hohen Praxisanteil aufweisen und ausreichend Raum und Zeit für einen gegenseitigen Austausch zur Verfügung stellen. Das **Modul 2** zur *Stressbewältigung* könnte thematisch ergänzt werden, hinsichtlich des Umganges mit psychischen Belastungen durch die Pflegesituation, wie pflegende Angehörige mit einer weiten Entfernung von Pflegeort und Wohnort umgehen können, dem Thema „Sorgen“ und wie familiäre Netzwerkarbeit bei einer Pflegesituation genutzt werden kann. Beim **Modul 3** *Bewegung* sollten die Angehörigen bei der Thematisierung von Hilfsmitteln ggf. aufgeteilt werden, in Angehörige von Personen mit psychischen und physischen Beeinträchtigungen, da der Bedarf an Hilfsmitteln sehr unterschiedlich sein kann. Dabei können externe Institutionen, wie z.B. Pflegedienste und Sanitätshäuser einbezogen werden. Bewegungsangebote sollten ebenfalls an externe Institutionen vermittelt werden. Im Rahmen der Kurseinheiten können kurze Bewegungsübungen integriert werden oder Trainingsvideos empfohlen werden, die zu Hause durchgeführt werden können. Das **Modul 5** stärkt die Kommunikations- und Konfliktlösekompetenzen, sodass Kommunikationskonflikte mit der pflegebedürftigen Person, am Arbeitsplatz, mit Behörden und dem Gesundheitspersonal reduziert werden können. Dabei sollten die Vorgesetzten nach Möglichkeit miteinbezogen werden, um eine gesundheitsförderliche und pflegesensible Unternehmenskultur zu fördern.

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse der dritten Auswertungsfrage: „*Wie beurteilen die Experten die Möglichkeiten zur Implementierung des Gesundheitsförderungsprogrammes in Deutschland bzw. in Dänemark?*“ vor dem theoretischen Hintergrund diskutiert. Eine Übersicht über die zentralen Ergebnisse der dritten Forschungsfrage zeigt die Tabelle 23.

Tabelle 23: Zusammenfassung der Ergebnisse der dritten Auswertungsfrage der Teilstudie II.

Auswertungsfrage 3: Herausforderungen und Chancen	Herausforderungen Deutschland	Herausforderungen Dänemark
	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung im Gruppen-setting allgemein schwierig, insbesondere bei firmeninterner Durchführung, wenn gemeinsam mit Kollegen und Vorgesetzten in einer Gruppe (F) • Kommunalen Bereich Herausforderung der Anonymität bei intrafamiliären Konflikten (F) • Inanspruchnahme aufgrund von mangelnder Zeit • Durchführung im Setting Betrieb: unterschiedliche Arbeitszeitmodelle, verschiedene Arbeitsbereiche und Arbeitsorte (Dezentralisierung) & Wahrung der Anonymität • Inanspruchnahme und Akquise von ausreichend Teilnehmern (F) • Betreuung der pflegebedürftigen Person während der Kurseinheiten (F) • Finanzierung zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes (F) <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pflegekasse als externer Anbieter geeignet ⇒ betriebsinterne Umsetzung möglich bei großen Unternehmen (häufig Budget vorhanden) • gesellschaftliche Tabuisierung (v.a. betriebliches Setting; F) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rekrutierung der Teilnehmer aufgrund der Tabuisierung und die Erreichung der Menschen mit einem Bedarf • Rekrutierung von Teilnehmern erfordert großen Einsatz mit ggf. individuellen Einladungen (F) • Angehörige übernehmen zu wenig Verantwortung für die Selbstfürsorge (F) • Für die bessere Erreichbarkeit Einbezug von anderen Institutionen, z.B. Ärzte, Apotheken (F) • Tabuthema Angehörigenpflege am Arbeitsplatz (Angst vor Arbeitsplatzverlust oder Arbeitsplatz als Freiraum von der Pflegesituation) • Finanzierung aufgrund von mangelnder politischer und kommunaler Aufmerksamkeit und hinsichtlich der Arbeitgeberseite (z.B. Inanspruchnahme während der Arbeitszeit) • Geschlechtsunterschiede: Frauen übernehmen eher die Angehörigenpflege als Männer, spielt eine Rolle in der Arbeit mit Angehörigen (F) • Mangelnde Zeit der pflegenden Angehörigen und ein angemessenes Tempo in den Kurseinheiten (langsam) • Langfristige und wirksame Verhaltensänderung (Alltagsimplementierung und Förderung der Resilienz; F) • Umsetzung im Setting: Verbindung zwischen kommunaler und betrieblicher Gesundheitsförderung, Verständnis für Angehörigenpflege am Arbeitsplatz und Einmischen des Arbeitgebers in die Gesundheit der Mitarbeiter (Wahrung der Privatsphäre bei kleinen Unternehmen) • Teilnahme an den Kurseinheiten schwierig, wenn keine Betreuungsleistungen für die zu pflegende Person während der Kurseinheiten sichergestellt sind (F) • Umsetzung: Zusammenwirken von verschiedenen Bereichen, z.B. Arbeitgeber, Kollegen, Angehörigen (unterschiedliche Interessen; F)
	Chancen Deutschland (F)	Chancen Dänemark (F)
	<ul style="list-style-type: none"> • Inanspruchnahme und Finanzierung als 	<ul style="list-style-type: none"> • Setting Betrieb: abteilungsübergreifende Durchführung und

	<p>Fortbildungsmaßnahme mit Freistellung von der Arbeit oder als Bildungsurlaub</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hohe Motivation der Teilnehmenden bei (firmen-interner) Umsetzung • Vorschlag: Übernahme und Finanzierung von Modul 1 vom Pflegestützpunkt; Ableitung von Bedarfen für weitere gesundheitsförderliche Maßnahmen für pflegende Angehörige • Vorschlag: Zugangsgespräche im Voraus, um sicherzustellen, dass eine Gruppenschulung für die individuelle Situation angemessen ist • Chance für die Umsetzung: zunehmende Altersstruktur in Unternehmen • Befürwortung einer ganzheitlichen Umsetzung des Programmes 	<p>Nutzen für den Arbeitgeber hinsichtlich der Mitarbeiter-Gesundheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erreichung von motivierten und gesundheitskompetenten Menschen • Einbezug von kommunalen Institutionen, wie z.B. Ärzten → Bring-Struktur zum aufmerksam machen • Hilfreich zur Umsetzung und Rekrutierung von Teilnehmern • Zugangs- bzw. Einladungsgespräche, um vorab Erwartungen zu klären • Umsetzung des Programmes: Vermittlungsangebot, ganzheitliche Umsetzung im Gegensatz zu einer Umsetzung von Einzelteilen, Förderung des Verständnisses von Angehörigenpflege in Unternehmen • Vorschlag: Anpassung bestehender kommunaler Maßnahmen auf die Zielgruppe mit Inhalten aus dem Programm
--	--	--

T = neue Erkenntnisse

Auswertungsfrage 3: Herausforderungen und Chancen. Herausforderungen für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes konnten aus der Sicht der Experten im Rahmen der Durchführung in einer Gruppe festgestellt werden, da vor allem bei einer Durchführung im Setting Betrieb die pflegenden Angehörigen gemeinsam mit Kollegen und Vorgesetzten in einer Gruppe geschult werden. Dies kann aufgrund der Wahrung der Privatsphäre und Anonymität von intrafamiliären Konflikten eine Herausforderung für das betriebliche, aber auch für das kommunale Setting darstellen, da die Thematik der Angehörigenpflege **in beiden Ländern** ein tabuisiertes Themenfeld darstellt und häufig als private Angelegenheit angesehen wird (Bedre Psykiatri - landsforening for pårørende, 2018; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.). Eine Herausforderung für die Inanspruchnahme des Programmes könnten **mangelnde zeitliche Ressourcen** der Zielgruppe darstellen. Außerdem herausfordernd ist die Rekrutierung von ausreichend Teilnehmern sowie die Betreuung der pflegebedürftigen Person während der Kurseinheiten **in beiden Ländern**, da finanzielle Unterstützungsleistungen oder Hilfen bei der Betreuung von der Pflege- oder Rentenversicherung in Deutschland und seitens der Kommune in Dänemark bei vielen pflegenden Angehörigen nicht bekannt sind (KMD, 2018; Wetzstein et al., 2015, S. 9). Die Rekrutierung von Teilnehmern erfordert einen großen Einsatz, da die pflegenden Angehörigen aus Sicht der Experten zunächst für die Selbstfürsorge sensibilisiert werden müssen, da in ihrem Alltag die zu pflegende Person im Vordergrund steht (Aneshensel et al., 1993, S. 55; Pearlin et al., 1990, S. 588; Sundhedsstyrelsen, 2012; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.). Zur Rekrutierung können individuelle Einladungen verschickt werden, wobei hier die Datenschutzrichtlinien eine Barriere darstellen könnten und

weitere Institutionen, wie z.B. Ärzte und Apotheken miteinbezogen werden sollten, um auf gesundheitsförderliche Maßnahmen aufmerksam zu machen. Bei einer Durchführung im betrieblichen Kontext konnten Herausforderungen hinsichtlich unterschiedlicher Arbeitszeitmodelle, verschiedenen Arbeitsbereichen sowie Arbeitsorten (u.a. Dezentralisierung) exploriert werden sowie die Wahrung der Anonymität am Arbeitsplatz. Dennoch bedarf es einer Förderung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf hinsichtlich einer familienfreundlichen Personalpolitik in Unternehmen sowie flexiblen Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung und des Arbeitsortes (Ældresagen, 2019, S. 3ff.; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018, S. 1ff.). Dies stellt eine Herausforderung für die Umsetzung des Programmes dar und gleichzeitig eine Chance zur Veränderung von betrieblichen Strukturen für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Herausfordernd für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes kann die Finanzierung sein. Hierbei könnte **in Deutschland** die Pflegekasse als externer Anbieter miteinbezogen werden. Weiterhin kann das Programm betriebsintern in Unternehmen umgesetzt werden, da große Unternehmen häufig ein Budget für gesundheitsförderliche Maßnahmen und speziell für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zur Verfügung haben. Hierbei müssen dennoch die gesellschaftliche Tabuisierung und das Gruppensetting mitberücksichtigt werden, welche sich hinderlich auf eine Umsetzung in der Arbeitswelt auswirken können.

In Dänemark ist bei der Finanzierung zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes, die noch zu geringe politische und kommunale Aufmerksamkeit sowie die Flexibilität der Arbeitgeberseite, wenn es z.B. um die Inanspruchnahme von Maßnahmen während der Arbeitszeit geht, hinderlich. Weiterhin stellt das Thema Angehörigenpflege auf dem **dänischen Arbeitsmarkt** ein sehr tabuisiertes Thema dar und auf Seiten der Angehörigen besteht häufig Angst vor einem Verlust des Arbeitsplatzes. Oder der Arbeitsplatz wird als Freiraum von der Pflegesituation angesehen. In den Ergebnissen der Untersuchung der KMD (2018, S. 5) zeigte sich, dass die Pflegeaufgaben häufig das Arbeitsleben beeinflussen, indem 20% der pflegenden Angehörigen in der Untersuchung teilweise zustimmten, dass die Pflege sich auf den beruflichen Ehrgeiz, das Engagement und ihr Einkommen negativ auswirkt. Zu 29% stimmten die pflegenden Angehörigen voll oder teilweise zu, dass es die Pflege erschwert, die eigenen beruflichen Erwartungen zu erfüllen, 27% haben Schwierigkeiten sich bei der Arbeit auf ihre Aufgaben zu konzentrieren und 10% haben finanzielle Schwierigkeiten. Außerdem haben viele pflegende Angehörige ein schlechtes Gewissen, wenn es durch die Ausführung von Pflegetätigkeiten zu Beeinträchtigungen bei der Erwerbstätigkeit kommt (Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 28).

Als Herausforderung in Bezug auf die Umsetzung in einem geeigneten Setting (Betrieb, Kommune) wurde von den Experten die Verbindung zwischen kommunaler und betrieblicher Gesundheitsförderung, das Verständnis für Angehörigenpflege am Arbeitsplatz und das

Einmischen des Arbeitgebers in die Gesundheit der Mitarbeiter benannt, wobei vor allem die Privatsphäre von Bedeutung war. Der *Ældresagen* (2019, S. 3ff.) fordert dementsprechend eine Sicherstellung einer passenden Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf, wobei ebenfalls eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen, Kommunen, Krankenhäusern und anderen Institutionen angestrebt werden soll. Auch der Deutsche Pflegering (2020) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014; 2016; 2017b; 2018) stellen die Bedeutsamkeit der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf im Rahmen einer gesundheitsförderlichen sowie pflegesensiblen Unternehmenskultur mit ausreichend flexiblen Möglichkeiten heraus. Als herausfordernd bei der Umsetzung konnte hierbei exploriert werden, dass verschiedene Bereiche entsprechend zusammenwirken müssten, die unterschiedliche Interessen haben, z.B. der Arbeitgeber, die Kollegen und die Angehörigen. **Die dänischen Experten** benannten die Herausforderung der Unterschiedlichkeit der Geschlechter, da vermehrt Frauen die Angehörigenpflege übernehmen, es dennoch eine Rolle in der Arbeit mit Angehörigen spielt, um welches Geschlecht es sich handelt. Das zeigt auch die Literatur, dass die Pflege überwiegend von Frauen übernommen wird (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 186f; KMD, 2018). Als weitere Herausforderung gilt eine langfristige und wirksame Verhaltensänderung zur Verbesserung des Pflegealltages und der Förderung der Gesundheit der belasteten Zielgruppe, wobei vor allem die Alltagsimplementierung der Maßnahmen bedeutsam ist. Die Wirksamkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen gilt es demnach in weiteren Studien, infolge einer Implementierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, zu untersuchen.

Als Chance zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes konnte aus Sicht der **deutschen Experten** exploriert werden, dass das Programm im betrieblichen Kontext als Fortbildungsmaßnahme mit Freistellung von der Arbeit oder als Bildungsurlaub in Anspruch genommen und finanziert werden könnte und so zu einer familienfreundlichen Unternehmenskultur beitragen würde, die für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf besonders wichtig ist (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 7, 2018, S. 1ff.). Der Pflegestützpunkt in Deutschland könnte das Modul 1 der *Psychoedukation* und in diesem Rahmen die Aufklärung und Informationsvermittlung der gesetzlichen Unterstützungsleistungen übernehmen, da dies zu den Aufgabenbereichen der Institution gehört und eine professionelle Umsetzung sowie Finanzierung demnach gesichert wäre. Daraus könnte dann der Bedarf für weitere gesundheitsförderliche Maßnahmen für pflegende Angehörige abgeleitet und weitervermittelt werden.

Beide Expertengruppen sahen eine hohe Motivation der Teilnehmenden für die (firmeninterne) Umsetzung als förderlich an, wobei vorab Zugangs- bzw. Einladungsgespräche durchgeführt werden sollten, um sicherzustellen, dass eine Gruppenschulung für die individuelle Situation passend und angemessen ist. So kann sichergestellt werden, dass

motiviert und gesundheitskompetente Menschen durch das Angebot erreicht werden und davon profitieren können. Um auf das Programm aufmerksam zu machen, eignet sich der Einbezug von kommunalen Institutionen, wie z.B. Ärzten, sodass das Angebot im Rahmen einer „Bringstruktur“ zu der Zielgruppe „gebracht“ wird und diese nicht selbstständig aktiv werden und das Angebot aufsuchen muss. Es können Empfehlungen zur Teilnahme an dem Programm von anderen Institutionen ausgesprochen werden, z.B. von Ärzten, Apotheken, Pflegediensten, Unternehmen etc. Somit wäre ein niedrighschwelliger Zugang gegeben. Die zunehmende Altersstruktur in der Bevölkerung und somit auch in der Arbeitswelt stellt eine Chance zur Erhöhung der Aufmerksamkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für pflegende Angehörige dar. Durch den demografischen Wandel treten schwere Erkrankungen häufiger auf, wodurch der Pflegebedarf, die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und die Anzahl der pflegenden Angehörigen zunimmt (Büker, 2015, S. 147). Demzufolge besteht ebenfalls ein erhöhter Bedarf für eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Chancen für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes im Setting Betrieb konnten aus Sicht der **dänischen Experten** hinsichtlich einer abteilungsübergreifenden Durchführung und eines Nutzens für den Arbeitgeber in Bezug auf die Gesundheit der Mitarbeiter exploriert werden. Außerdem können bereits bestehende kommunale Maßnahmen vermehrt an die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen angepasst werden, da die Aufmerksamkeit durch diese Forschungsarbeit und den Inhalten des Programmes aus Sicht der **dänischen Experten** erhöht werden könnte und eine Veränderung bewirken kann. Zur Umsetzung des Programmes befürworteten **beide Expertengruppen** eine ganzheitliche Umsetzung, um so das Verständnis für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zu erhöhen.

Kernbotschaft. Herausforderungen bei der Umsetzung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige können das Setting Betrieb aufgrund der Wahrung der Privatsphäre und unterschiedlicher Arbeitsbereiche und Arbeitszeitmodelle, die Rekrutierung von Teilnehmern und die Betreuung der pflegebedürftigen Person während der Kurseinheiten sowie die Finanzierung und die zu geringe politische und kommunale Aufmerksamkeit und die Flexibilität der Arbeitgeberseite, darstellen. Zur Rekrutierung sollten individuelle Einladungen verschickt werden und externe Institutionen im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit miteinbezogen werden. Demzufolge sollten die Kommune und die Unternehmen sowie der Staat besser zusammenarbeiten, um ganzheitlich für das Thema Angehörigenpflege zu sensibilisieren. **Chancen** sind die Veränderung von betrieblichen Strukturen für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie die Förderung der Mitarbeitergesundheit, eine „Bringstruktur“ und ein niedrigschwelliger Zugang. In **Deutschland** sollten gesundheitsförderliche Maßnahmen als Fortbildungsmaßnahme mit Freistellung von der Arbeit oder als Bildungsurlaub in Anspruch genommen und finanziert werden können. In **Dänemark** sollten bereits bestehende kommunale Maßnahmen vermehrt an die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen angepasst werden.

Im nachfolgenden Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse der vierten Auswertungsfrage: „*Welche Maßnahmen zur Verhältnisprävention sind für die Experten für die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Deutschland bzw. in Dänemark wichtig?*“ vor dem theoretischen Hintergrund diskutiert. Eine Übersicht über die zentralen Ergebnisse der vierten Forschungsfrage stellt die Tabelle 24 dar.

Tabelle 24: Zusammenfassung der Ergebnisse der vierten Auswertungsfrage der Teilstudie II.

Auswertungsfrage 4: Verhältnispräventive Maßnahmen	Deutschland	Dänemark
	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauens- oder Kontaktperson im Unternehmen ist förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf; Ansprechpartner bei Problemen • Aus der Sicht eines Unternehmens: schwierig eine Person als Ansprechpartner einzustellen (es gibt aber allgemeine beratende Anlaufstellen; ☹) • Erhöhung der politischen Aufmerksamkeit für das Thema Angehörigenpflege; Nutzung der Situation der Corona-Pandemie (☹), um die Aufmerksamkeit in der Politik zu erhöhen, v.a. Einführung von Pflegetagen und mehr 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauens- oder Kontaktperson im Unternehmen ist förderlich für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf → Aufgabe der Führungskräfte • Unternehmensübergreifende Vernetzung von verschiedenen Vertrauenspersonen für aktuellen Austausch von Informationen (☹) • Politische Aufmerksamkeit: bessere Zusammenarbeit hinsichtlich der Kommunikation zwischen dem Freiwilligensektor und der Kommune ist wünschenswert

	<p>Flexibilität bei der Arbeitszeitgestaltung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wichtigkeit einer finanziellen Absicherung für pflegende Angehörige im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen (F) • Gleichstellung mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf • Erhöhung des Verständnisses in der Gesellschaft für die Übernahme von Angehörigenpflege (F) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bessere Zusammenarbeit und Vernetzung unter den einzelnen Institutionen zur besseren Unterstützung • Aufmerksamkeit des Themas Angehörigenpflege in der Gesellschaft erhöhen, um die Verantwortungsübernahme von allen Sektoren zu steigern und einheitliche politische Regelungen (z.B. die Einführung von Pflegetagen) umzusetzen und die politische Aufmerksamkeit zu erhöhen
	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilität am Arbeitsplatz: flexible und finanziell unabhängige Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten und Vereinbarung mit dem jeweiligen Unternehmen dies zu unterstützen ist förderlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilität am Arbeitsplatz: • Flexibilität in der Gestaltung der Arbeitszeit wichtig und sollte politisch festgelegt oder mit dem Arbeitgeber vereinbart werden
	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderliche Unternehmenskultur: Würdigung der Übernahme von Angehörigenpflege und Unterstützung eines guten Betriebsklimas • Versorgung mit Essen für Zuhause zu integrieren bei Vorhandensein einer Kantine im Unternehmen (F) • Rolle der Führungskraft 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderliche Unternehmenskultur: Kann Nutzen für das Unternehmen bringen, es besteht hierbei Optimierungsbedarf • Verständnis für die Übernahme einer Pflegesituation vom Arbeitgeber und Kollegen besonders wichtig (gegenseitiges Verständnis) • Aktiver Einbezug von Kollegen und Vorgesetzten → richtiger Umgang mit dem Thema im Arbeitskontext
	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalisierung wird in Zukunft mehr Bedeutung zukommen: Forum für Fragen und Materialien, die online heruntergeladen werden können und Informationen zu den gesetzlichen Leistungen; digitaler Austausch unter den Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalisierung • gegenseitiger Austausch der pflegenden Angehörigen bedeutsam z.B. über das soziale Netzwerk Facebook • Online Angebote und eine teilweise Digitalisierung des Programms förderlich für die Inanspruchnahme (Gruppendynamik nicht gegeben und Veränderung des Verhaltens fraglich)
	<ul style="list-style-type: none"> • Rahmenbedingung zur Förderung der Selbstfürsorge* (F): Durch Inanspruchnahme des Kursangebotes auf sich selbst achten und regelmäßige Auszeiten von der Pflege bekommen 	<ul style="list-style-type: none"> • Rahmenbedingung zur Förderung der Selbstfürsorge* (F): • Förderung der Selbstfürsorge für eine gute Balance zwischen Pflege und Beruf bedeutsam (Sensibilisierung zur Selbstfürsorge und eigenen Gesundheit)
	<ul style="list-style-type: none"> • Nachbarschaftshilfe*(F): Nachbarschaftshilfe kommunal oder unternehmensintern zur Unterstützung 	

F = neue Erkenntnisse

Auswertungsfrage 4: Verhältnispräventive Maßnahmen. Im Rahmen der kommunikativen Validierung konnte als verhältnispräventive Maßnahme aus Sicht der **beiden Expertengruppen** eine Vertrauens- oder Kontaktperson im Unternehmen als wichtig zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen am Arbeitsplatz exploriert werden. Die Vertrauensperson dient als Ansprechpartner bei pflegerelevanten Problemen, vor allem bei der Vereinbarkeit mit der Erwerbstätigkeit. Die Aufgabe könnte von Mitarbeitern aus der Personalabteilung mitübernommen werden, sollte aber den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechende Kenntnisse und Kompetenzen aufweisen, sodass ein empathisches gegenseitiges Verständnis gewährleistet werden kann. Die Vertrauensperson sollte als direkter Ansprechpartner dienen, wobei die Kommunikation und das Verständnis für Angehörigenpflege im Rahmen einer familienfreundlichen Unternehmenskultur auch Aufgabe der Führungskräfte ist (vgl. auch *Ældresagen*, 2019; *Deutscher Pflegering*, 2020). Eine unternehmensübergreifende Vernetzung von verschiedenen Vertrauenspersonen kann einem regelmäßigen aktuellen Austausch von Informationen dienen und die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf fördern.

Aus beiden Perspektiven konnte weiterhin die hohe Bedeutsamkeit der Erhöhung der politischen Aufmerksamkeit hinsichtlich des Themas Angehörigenpflege exploriert werden. Die Situation der Corona-Pandemie könnte laut der Experten dafür genutzt werden, um die Aufmerksamkeit in der Politik zu erhöhen. **In Deutschland** existieren zeitlich begrenzt einige Lockerungen in Bezug auf die Ausweitung der Verhinderungspflege und des Pflegeunterstützungsgeldes auf 20 Arbeitstage sowie eine flexiblere Inanspruchnahme der Pflegezeit und der Familienpflegezeit (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020). Aus der Sicht der Experten **aus beiden Ländern** besteht dennoch ein besonderer Bedarf an der Einführung von Pflegetagen und ausreichend Flexibilität bei der zeitlichen und räumlichen Gestaltung der Erwerbstätigkeit. **In Deutschland** ist außerdem die finanzielle Absicherung für pflegende Angehörige im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen durch den Staat sowie eine Gleichstellung mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf relevant. Die Zurückzahlung des zinslosen Darlehens wurde durch die Corona-Pandemie ebenfalls vorübergehend erleichtert (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020). **In Dänemark** sollte hierbei eine bessere Zusammenarbeit im Rahmen der Kommunikation zwischen dem Freiwilligensektor und der Kommune erfolgen sowie die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den einzelnen Institutionen optimiert werden, um pflegende Angehörige besser zu unterstützen, was ebenfalls den Forderungen des *Ældresagen* (2019) und der *Danske Patienter* (2020) entspricht, in dem an einer nationalen Lösung sowie besseren und passgenauen Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf gearbeitet wird. Das gesellschaftliche Verständnis für die Übernahme der Pflege sollte in

beiden Ländern erhöht werden, sodass die Verantwortungsübernahme in allen beteiligten Sektoren erhöht und eine Enttabuisierung gefördert wird.

Die Experten benannten als besonders wichtige verhältnispräventive Maßnahme die Flexibilität am Arbeitsplatz, sodass flexible und finanziell unabhängige Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten sowie die Flexibilität in der Gestaltung der Arbeitszeit und des Arbeitsortes bestehen. Diese könnten den Expertenmeinungen zufolge politisch festgelegt werden, sodass individuelle Vereinbarungen mit dem Arbeitgeber nur noch bedingt in besonderen Fällen nötig sind. Dies ist allerdings aufgrund der Diversität der Unternehmen und der Arbeitsbedingungen nicht unmittelbar umzusetzen, dennoch könnte eine übergreifende politische Regelung mit Ausnahmefällen die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf fördern. Auch aus der Literatur geht deutlich hervor, dass hier ein erhöhter Bedarf seitens der Zielgruppe besteht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018, S. 14ff.; Danske Patienter, 2019b, S. 3; KMD, 2018, S. 5ff.). Eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur würde die Übernahme von Angehörigenpflege würdigen und ein gutes Betriebsklima aus Sicht der Experten unterstützen, wobei die Führungskräfte eine bedeutende Rolle spielen (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 19; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 7f.; Struve, 2018). In **Dänemark** besteht hier Optimierungsbedarf, da das Thema Angehörigenpflege in den dänischen Unternehmen noch zu wenig berücksichtigt wird und so konstatieren auch die Danske Patienter (2019b, S. 3), dass ein Bedarf zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf besteht. Dabei ist vor allem das Verständnis für die Übernahme einer Pflegesituation vom Arbeitgeber und den Kollegen wichtig, sodass ein gegenseitiges Verständnis aufgebaut und die Kollegen und Vorgesetzten aktiv einbezogen werden können, um einen richtigen Umgang mit pflegenden Angehörigen im Arbeitskontext zu gewährleisten. Im Rahmen eines gesundheitsförderlichen Settings könnten u.a., wie aus den Ergebnissen der Teilstudie II exploriert werden konnte, weitere gesundheitsförderliche Maßnahmen auf die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen angepasst werden, z.B. die Versorgung mit Essen zum Mitnehmen für zu Hause, wenn eine Kantine im Unternehmen vorhanden ist, sodass die pflegenden Angehörigen hinsichtlich der Mahlzeitenzubereitung entlastet werden.

Es konnte im Rahmen der kommunikativen Validierung außerdem exploriert werden, dass die Digitalisierung in Zukunft zunehmen wird. Vor allem vor dem Hintergrund der derzeitigen Situation der Corona-Pandemie wurden vielfach digitale Lösungen gefunden und weiterhin optimiert und entwickelt. Dabei konnte aus Sicht **beider Expertengruppen** festgestellt werden, dass ein digitaler Austausch unter den Angehörigen z.B. über soziale Netzwerke wie Facebook oder betriebsintern erfolgen könnte. Die **deutschen Experten** benannten im Rahmen der Digitalisierung, dass ein Forum für Fragen sowie Materialien zum Herunterladen

und Informationen zu gesetzlichen Leistungen digital zur Verfügung gestellt werden sollten, welches über das betriebsinterne Intranet umgesetzt werden kann.

Die **dänischen Experten** sahen auch online Angebote und eine teilweise Digitalisierung des Programms als möglich an. Dies kann die Inanspruchnahme fördern, da so zeitlich flexibel und von zu Hause Angebote durchgeführt werden können. Allerdings würde so keine Gruppendynamik zustande kommen und die sozialen Kontakte sowie der Austausch, der vor allem für die belastete Zielgruppe bedeutsam ist, würden fehlen. Des Weiteren ist die Evaluation zur Veränderung des Verhaltens und der Wirksamkeit der Maßnahmen schwieriger. Dennoch kann eine Kombination von digitalen und Präsenzangeboten geeignet sein. Hierbei besteht weiterer Forschungsbedarf. **In beiden Ländern** werden bereits digitale Angebote für pflegende Angehörige angeboten, die in **Deutschland** aber unabhängig von Gruppen-Kursangeboten sind (z.B. Curendo Pflegecoach, 2020; DAK-Pflegecoach, 2020). In **Dänemark** wird bereits mit ganzheitlich digitalen Gesundheitsförderungsprogrammen und teilweisen digitalen Angeboten gearbeitet (Kolding Kommune, 2020; Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020a). Dies sollte auch in Deutschland zukünftig mehr Berücksichtigung finden. Hierbei kann Deutschland sich an der Umsetzung der digitalen Angebote an Dänemark orientieren, da dies bereits bei einigen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung umgesetzt wird und weitere Digitalisierungen angedacht sind.

Zur Förderung der Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen sollte ein entsprechender Rahmen, vor allem im betrieblichen Kontext gegeben sein, sodass die pflegenden Angehörigen lernen, vermehrt auf sich selbst zu achten und regelmäßige Auszeiten von der Pflege bekommen, um langfristig gesund zu bleiben. Die Zufriedenheit und Gesundheit der pflegenden Angehörigen wirken sich entsprechend auf die Vereinbarkeit mit der Erwerbstätigkeit und die Qualität der Pflege aus. Durch einen geeigneten Rahmen zur Förderung der Selbstfürsorge und der Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und Gefühle kann eine gute Balance zwischen Pflege und Beruf hergestellt werden. Demzufolge setzt auch das Programm *„Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“* an der Sensibilisierung der Selbstfürsorge und der eigenen Gesundheit der Teilnehmer an, um im Rahmen des Kurses zu lernen, die Pflege und den Beruf besser miteinander zu vereinbaren. In Form von einer sogenannten Nachbarschaftshilfe könnte aus der Sicht der **deutschen Experten** eine Unterstützung von pflegenden Angehörigen hinsichtlich zu erledigender Alltagsaufgaben, wie z.B. Einkaufen gehen, beitragen. Diese Hilfeleistungen lassen sich entweder kommunal oder unternehmensintern umsetzen und könnte über eine App oder ein anderes digitales Austauschprogramm geregelt werden, sodass eine gegenseitige soziale Unterstützung erfolgen kann.

Kernbotschaft. Wichtige verhältnispräventive Maßnahmen sind eine Vertrauens- oder Kontaktperson für pflegende Angehörige im Unternehmen, die Erhöhung der politischen Aufmerksamkeit (Erhöhung durch Situation der Corona-Pandemie möglich), die Sensibilisierung der Gesellschaft zur Förderung der Enttabuisierung, die Einführung von Pflegetagen und Flexibilität bei der Arbeitsgestaltung. Hierbei könnte eine politische Regelung helfen, sodass individuelle Vereinbarungen mit dem Arbeitgeber lediglich in besonderen Fällen nötig sind. In **Deutschland** besteht ein Bedarf an finanzieller Absicherung pflegender Angehöriger im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen und eine Gleichstellung mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. In **Dänemark** besteht ein Bedarf an einer besseren Zusammenarbeit zwischen Kommune, Staat und Unternehmen sowie einer nationalen Lösung zur Optimierung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf insbesondere einer Sensibilisierung der Unternehmen. **Insgesamt** bedarf es zukünftig mehr digitaler Formate in Form von digitalen Maßnahmen und Austauschmöglichkeiten. In Dänemark werden bereits vielfach digitale Formate integriert, woran Deutschland sich orientieren kann. Außerdem steht insgesamt **in beiden Ländern** die Förderung der Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen im Fokus.

4.6 Fazit

Zusammenfassend kann aus der Teilstudie II im Rahmen der kommunikativen Validierung festgehalten werden, dass in Bezug auf die **verhaltenspräventiven Maßnahmen** des Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige die Rahmenbedingungen auf 6 bis 8 Wochen festgelegt werden sollten, die Inanspruchnahme der Kurseinheiten zur Hälfte in der Arbeitszeit geeignet ist, sowie die Durchführung der Maßnahmen diagnoseübergreifend oder mit Einteilung in kognitive und nicht kognitive Beeinträchtigungen erfolgen sollte. Die Einheiten sollten von professionellen Kursleitern durchgeführt werden. Das Gesamtkonzept und die Module sollten die Förderung der Selbstfürsorge, den Aufbau von Stressbewältigungsstrategien sowie die Umsetzung einer gelingenden Kommunikation am Arbeitsplatz zum Ziel haben und dabei die Umsetzung im Alltag mitberücksichtigen. Herausforderungen bei der Umsetzung eines gesundheitsförderlichen Programmes für erwerbstätige pflegende Angehörige stellen die Rekrutierung von Teilnehmern, die Tabuisierung des Themas Angehörigenpflege in der Gesellschaft, mangelnde zeitliche Ressourcen auf Seiten der Zielgruppe und die Umsetzung in einem geeigneten Setting in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen kommunaler und betrieblicher Gesundheitsförderung dar. Chancen bei der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes in Deutschland sind, das Programm als Fortbildungsmaßnahme oder Bildungsurlaub umzusetzen und dementsprechend zu finanzieren und die Übernahme und Finanzierung des Modul 1 der *Psychoedukation* vom

Pflegestützpunkt. So würde vor allem im betrieblichen Kontext die Aufmerksamkeit für das Thema Angehörigenpflege erhöht und die Vereinbarkeit mit der Erwerbstätigkeit optimiert werden. Durch Einladungsgespräche in beiden Ländern vor der Durchführung des Programmes könnten geeignete Teilnehmer erreicht werden und von den Maßnahmen profitieren. Das Programm sollte dabei als „Bringstruktur“ angeboten werden, sodass ein niedrigschwelliger Zugang geboten wird und auch schwer erreichbare Zielgruppen, wie z.B. Migranten oder sozial benachteiligte Personen erreicht werden können. Dabei können andere Institutionen, wie z.B. Pflegedienste, Ärzte oder Apotheken im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit zur Vermittlung des Programmes einbezogen werden.

Im Rahmen der **verhältnispräventiven Maßnahmen** zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf ist die Erhöhung der Aufmerksamkeit in der Politik und vor allem eine bessere Zusammenarbeit zwischen der Kommune/dem Staat und den Unternehmen, sowie eine Gleichstellung im Rahmen der gesetzlichen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf anzustreben, insbesondere bei der Einführung von Pfllegetagen. Außerdem ist im Setting Betrieb eine gesundheitsförderliche und familienfreundliche Unternehmenskultur wichtig, sodass ein Verständnis am Arbeitsplatz für das Thema Angehörigenpflege geschaffen werden kann und es Möglichkeiten gibt, die Arbeitszeit und den Arbeitsort flexibel zu gestalten, sodass die Pfllegetätigkeiten mit der Berufstätigkeit gut vereinbart werden können. Weiterhin ist eine Enttabuisierung in der Gesellschaft in beiden Ländern notwendig, sodass pflegende Angehörige in allen Bereichen besser unterstützt werden können. Die Verhältnisprävention ist dabei grundlegend wichtig, da diese die Voraussetzung dafür darstellt, pflegende Angehörige besser zu unterstützen, wobei dennoch die Verhaltensprävention zur Förderung der Selbstfürsorge und des Gesundheitsbewusstseins sowie der Gesundheitskompetenz des Einzelnen beiträgt und die Übernahme der Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit (Empowerment) fördert. Die verhältnispräventiven Maßnahmen können dies durch die entsprechende Rahmumgebung noch unterstützen und zur Motivation eines eigenverantwortlichen Umganges und Umsetzung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils beitragen. Eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen bietet demnach die bestmögliche und passgenaue Unterstützung zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf.

5 Übergreifende Diskussion

Erwerbstätige pflegende Angehörige sind aufgrund der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf vielfältigen Belastungen ausgesetzt (KMD, 2018, S. 5ff.; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.), wodurch ein deutlicher Bedarf an verhaltenspräventiven sowie verhältnispräventiven Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit sowie Unterstützung zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf seitens der Zielgruppe besteht. Diesen Ansatz verfolgt das vorliegende Promotionsvorhaben, sodass Maßnahmen exploriert und konzipiert werden sollen, die die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in Deutschland und Dänemark unterstützen können, Belastungen reduzieren sowie einen gesundheitsförderlichen Lebensstil fördern und Rahmenbedingungen dafür schaffen. In diesem Kapitel erfolgt eine übergreifende zusammenfassende Diskussion der wichtigsten Erkenntnisse der beiden Teilstudien. Durch die kommunikative Validierung der Teilstudie II konnten die Ergebnisse aus der Teilstudie I bestätigt und zusätzlich neue tiefergehende Erkenntnisse gewonnen werden. Die Ergebnisse wurden bereits in den Kapiteln 3.5 und 4.5 ausführlich diskutiert. In diesem Kapitel erfolgt die Diskussion übergreifend über die Fragestellungen, da sich die Aspekte gegenseitig beeinflussen und im gemeinsamen Kontext betrachtet werden sollen, um einen Gesamtüberblick über die wesentlichen Ergebnisse des Promotionsvorhabens zu erhalten.

Die skandinavischen Länder Norwegen, Schweden und Dänemark weisen im Vergleich zu Deutschland Unterschiede im Gesundheitssystem auf. Die Pflege von Angehörigen wird in Deutschland staatlich reguliert, indem verschiedene gesetzliche Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bestehen. Für Dänemark existieren regionale Maßnahmen, kommunale Angebote und nationale Empfehlungen für das Gesundheitswesen und im Umgang mit pflegenden Angehörigen von schwer erkrankten Menschen. Diese werden auf lokaler Ebene hinsichtlich unterschiedlicher kommunaler Vereinbarungen geregelt. Das vorliegende Promotionsvorhaben hatte zum Ziel, einen regionalen grenzüberschreitenden Systemvergleich zwischen Dänemark und Deutschland anzustellen, sodass die Nachbarländer zur Optimierung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zukünftig voneinander lernen können. Dafür wurden zwei Teilstudien durchgeführt. Die **Teilstudie I** setzt an den Ergebnissen der Masterthesis von Struve (2018) an, die eine Bedarfsanalyse deutscher Experten aus den Bereichen Unternehmen und Pflege durchführte. Diese Befunde wurden durch die Bedarfslage in Dänemark ergänzt. Hierbei wurde ebenfalls versucht, die Perspektiven der Experten in Unternehmen und Pflege einzuteilen. Dies konnte in Dänemark nicht umgesetzt werden, da die Gesundheitsförderung kommunal verortet ist, und nur sehr wenige Unternehmen gesundheitsförderliche Maßnahmen insbesondere für die Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen umsetzen. Außerdem ist das Thema Angehörigenpflege auf dem dänischen Arbeitsmarkt sehr tabuisiert. Daher konnten keine dänischen Experten aus dem Bereich Unternehmen für die Untersuchung akquiriert werden.

Dadurch wird der Sensibilisierungsbedarf und die Relevanz des Themas nochmals untermauert. Die Teilstudie I schließt mit der Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige ab.

In **Teilstudie II** wurde den deutschen und dänischen Experten das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm zur Diskussion vorgelegt. Durch diese kommunikative Validierung konnte in der Teilstudie II das Gütekriterium der Validität der vorliegenden Forschungsarbeit als erfüllt bewertet und die Transparenz der Studie erhöht werden, da ein Feedback bzw. Rückmeldungen zu erforschten Daten eingeholt werden konnten (F. Meyer, 2018, S. 165). Aufgrund der Corona-Pandemie konnten nicht exakt die gleichen Experten erneut befragt werden, es konnten dennoch durch das Schneeballsystem, durch Kommunikation und Vermittlung von den bereits interviewten Experten neue Interviewteilnehmer gewonnen werden. So konnten auch objektiv neue und unvoreingenommene Expertenmeinungen in die Untersuchung und Bewertung des entwickelten Gesundheitsförderungsprogrammes einfließen. Es handelte sich dabei um insgesamt N=4 neue Interviewteilnehmer, darunter war ein deutscher und drei dänische Experten. So kann die Validität der kommunikativen Validierung trotzdem als gegeben eingestuft werden. Im weiteren Verlauf werden die Erkenntnisse in Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention zur Förderung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf unterteilt. Im Anschluss an die übergreifende Diskussion erfolgt im Kapitel 5.3 die Methodendiskussion.

5.1 Verhaltensprävention

Auf der Verhaltensebene zur Förderung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf kann im Rahmen des in **Teilstudie I** entwickelten Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige angesetzt werden. Die Erkenntnisse der Teilstudie I besagten, dass die Rahmenbedingungen 8 bis 10 Wochen und Einheiten von 90 Minuten einmal pro Woche umfassen sollten. Von den 90 Minuten sollten 45 Minuten als Arbeitszeit angerechnet werden. Die 45 Minuten im Rahmen der Arbeitszeit begründen sich daraus, dass die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sich auf andere Lebensbereiche auswirkt, wobei zeitliche Ressourcen bei der Zielgruppe häufig nur bedingt vorhanden sind (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 70; KMD, 2018, S. 5ff.; Schneider et al., 2011, S. 21f; Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 12). Es würde den pflegenden Angehörigen entgegenkommen und die Bereitschaft für eine Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Maßnahmen vermutlich erhöhen, wenn ein Teil in der Arbeitszeit erfolgen würde. Aus den Forschungsfragen 3 und 4 wurde im Rahmen der Teilstudie I ein Gesundheitsförderungsprogramm konzipiert, das 5 Module beinhaltet: Das Modul 1 der *Psychoedukation* hat das Ziel, die Pflegekompetenz der Angehörigen zu stärken und vermittelt Informationen zu

gesetzlichen und kommunalen Unterstützungsangeboten zur Entlastung der pflegenden Angehörigen, was zur Reduktion von Vereinbarkeitsproblematiken im Alltag beitragen kann, sodass weniger zeitliche Stressoren entstehen und eine Aneignung von Wissen und Praxisfertigkeiten bei einem akuten Auftreten der Pflegesituation im Rahmen von Kursangeboten erfolgen kann (Wetzstein et al., 2015, S. 3). Die pflegenden Angehörigen werden dementsprechend über die möglichen gesetzlichen Unterstützungsleistungen gemäß des SGB XI bzw. des dänischen Dienstleistungsgesetzes, vor allem hinsichtlich der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, informiert und aufgeklärt. Hier konnte auch anhand der Literatur belegt werden, dass viele pflegende Angehörige nicht genau wissen, welche gesetzlichen Ansprüche ihnen bei Auftreten einer Pflegesituation zustehen (KMD, 2018, S. 34; Wetzstein et al., 2015, S. 9).

Das Modul 2 stärkt die *Stressbewältigung* und setzt beim Erkennen und Abbauen von bestehenden Stressoren an und soll gleichzeitig gesundheitsförderliche Ressourcen aufbauen sowie die Vereinbarkeit zwischen der Erwerbstätigkeit, der Pflege und der eigenen Freizeit verbessern. Das Modul 3 *Bewegung* hat das Ziel, die allgemeine Körperwahrnehmung mit dem Fokus auf die Rückengesundheit (Kinästhetik) und dem richtigen Einsatz und Umgang mit Hilfsmitteln zu fördern, da pflegende Angehörige häufig unter körperlichen Belastungen durch die Ausführung von Pflegetätigkeiten leiden (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 70; KMD, 2018, S. 5; Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 28; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 6). In **Dänemark** werden keine Bewegungsangebote im Rahmen von Angehörigenkursen durchgeführt, sondern von externen Anbietern übernommen, zu denen im Rahmen der Angehörigenkurse vermittelt wird. So kann eine bedürfnisentsprechende Inanspruchnahme gewährleistet werden. Dennoch müssen die pflegenden Angehörigen hierbei selbst aktiv werden. So kann aber Partizipation und Empowerment hinsichtlich eines gesundheitsförderlichen Lebensstils gefördert werden. Davon könnte auch Deutschland profitieren, da Zeit während der Kurseinheiten eingespart und für andere pflegerelevante Themen genutzt werden kann. Das Thematisieren von körperlicher Aktivität und kurzen Aktivierungs- und Bewegungsübungen während der Kurseinheiten stellt dennoch einen relevanten Themenschwerpunkt dar, der mitaufgenommen werden sollte.

Das Modul 4 zur *Entspannung und Achtsamkeit* soll die Kompetenzen zur Entspannung und Achtsamkeit im Alltag fördern und durch ein regeneratives Stressmanagement die psychische Gesundheit verbessern, denn viele der pflegenden Angehörigen leiden neben den körperlichen Belastungen auch unter psychischen Belastungen, wie z.B. negativen Emotionen wie Wut und Ärger, Überforderung mit der Pflegesituation, Selbstvorwürfen, einem verstärkten Erleben von Belastungen, Erschöpfung, Depressivität und Angst (KMD, 2018, S. 18; Wilz &

Pfeiffer, 2019, S. 7ff.). Daher sind effektive Strategien zur Bewältigung sowie eine Impulskontrolle und Emotionsregulation bedeutsam, die durch dieses Modul und das Modul 2 erlernt werden sollen.

In **Teilstudie I** konnten besondere Erkenntnisse beim Kommunikationsmodul (Modul 5) exploriert werden, insbesondere hinsichtlich der Kommunikation im betrieblichen Kontext. Das Modul 5 *Kommunikation und Konfliktlösetraining* fördert Kompetenzen zur Konflikt- und Problemlösung und vermittelt Kommunikationstechniken, die die Kommunikation mit Kollegen, Vorgesetzten, Behörden, dem Gesundheitspersonal und der zu pflegenden Person verbessern sollen, sodass Konflikte und Stressoren in Form von Alltagsärgernissen reduziert werden. Vor allem aus den **dänischen Experteninterviews** wurde die Wichtigkeit der Kommunikation deutlich und die Themen Kommunikation und Konfliktlösetraining sind ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil des bestehenden dänischen Gesundheitsförderungsprogramm *„Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“* (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017, 2020a, 2020b). Hierbei wird aber die Kommunikation im Arbeitskontext weniger berücksichtigt. Das Programm der vorliegenden Forschungsarbeit legt den Fokus demnach vermehrt auf die Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten, um die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zu verbessern, was bisher in gesundheitsförderlichen Maßnahmen für die Zielgruppe wenig berücksichtigt wurde, es aber in der Literatur als bedeutsam beschrieben wird (vgl. Ældresagen, 2019; Danske Patienter, 2019a, 2019b; Deutscher Pflegering, 2020). So sollen außerdem soziale Interaktionskompetenzen gefördert werden, sodass die pflegenden Angehörigen dazu befähigt werden, günstige kognitive, emotionale und motorische Verhaltensweisen im Bereich der Kommunikation anzuwenden (Hinsch & Pfingsten, 2007, S. 90; Petermann, 2002, S. 175).

Im Rahmen der kommunikativen Validierung der **Teilstudie II**, in der den Experten das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm vorgelegt wurde, ergab sich ergänzend, dass das Gesamtkonzept und die Module vor allem auf die Förderung der Selbstfürsorge, den Aufbau von Stressbewältigungsstrategien sowie die Umsetzung einer gelingenden Kommunikation am Arbeitsplatz ausgerichtet sein sollten und dabei besonders die Umsetzung im Alltag mitberücksichtigt werden sollte. Diese Aspekte wurden bereits bei der Konzeption berücksichtigt. Durch die kommunikative Validierung konnte die Gültigkeit der Expertenaussagen sowie die Relevanz der inhaltlichen Aspekte bestätigt werden. Die Erkenntnisse der **kommunikativen Validierung der Teilstudie II** ergaben hinsichtlich der Rahmenbedingungen, dass der zeitliche Rahmen aufgrund von wenig zeitlichen Ressourcen bei der Zielgruppe auf 6 bis 8 Wochen festgelegt werden sollte. Auch die Inanspruchnahme der Kurseinheiten, die zur Hälfte in der Arbeitszeit stattfinden soll, wurde hierbei wieder als geeignet angesehen und ist demnach bei einer Umsetzung mit dem jeweiligen Unternehmen zu vereinbaren. Grundsätzlich sollte aber versucht werden, dies zu realisieren. Die Gruppen

werden in Angehörige von Menschen mit kognitiven und nicht kognitiven Beeinträchtigungen eingeteilt, da bei unterschiedlichen Diagnosen häufig andere bzw. stärkere Belastungen auftreten, da der Betreuungsaufwand bei kognitiven Beeinträchtigungen komplexer und zeitaufwendiger sein kann (vgl. Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 5). In bereits bestehenden Maßnahmen für pflegende Angehörige in Deutschland wird die Gruppeneinteilung in Angehörige von demenziell erkrankten und nicht demenziell erkrankten Menschen vorgenommen (vgl. Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital, 2020). In Dänemark wird mit unterschiedlichen Einteilungen gearbeitet (Kolding Kommune, 2020; Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020b). Im Rahmen der kommunikativen Validierung konnte eine grundsätzlich diagnoseübergreifende Gruppeneinteilung bestätigt werden, dennoch wurde hier von vielen Experten die Einteilung in demenzielle und nicht demenzielle Erkrankungen aufgrund der Belastungen, aber auch der Vielzahl von pflegenden Angehörigen einer demenzkranken Person als gut angesehen. Die dänischen Expertenmeinungen waren sehr differenziert und es konnte keine eindeutige Richtung exploriert werden. Zum einen ist es gut, wenn die Angehörigen unter sich sind, zum anderen liegt der Fokus des Programmes auf der Förderung der Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen und nicht auf der Diagnose des Pflegebedürftigen, sodass die Teilnehmer diagnoseübergreifend gut voneinander profitieren könnten. Die Konzeption des Gesundheitsförderungsprogrammes sieht eine Einteilung der Angehörigen von kognitiv beeinträchtigten Menschen und nicht kognitiv beeinträchtigten Menschen vor, um einen innovativen „Mittelweg“ zu erproben. So können die Kurseinheiten diagnoseübergreifend und zusätzlich belastungsdifferenziert umgesetzt werden. Die Maßnahmen sollten von professionellen Kursleitern aus dem Gesundheitswesen mit einer gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung durchgeführt werden und können mit dem Peer-to-Peer Ansatz kombiniert werden. Der Peer-to-Peer Ansatz bietet insofern Vorteile, dass ein Austausch über Erfahrungen mit Pflegesituationen stattfinden kann und eine vertrauensvolle und empathische Atmosphäre geschaffen wird (Wachter & Hendrichke, 2016, S. 150). Dennoch bedarf es hier vorab einer Multiplikatoren Ausbildung, sodass die Rollen und Aufgaben zwischen einer professionellen Fachkraft und einem Peer entsprechend verteilt sind. Nachfolgend werden die länderspezifischen Unterschiede kurz diskutiert.

Deutschland. Zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes eignet sich in Deutschland das betriebliche Setting im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Im Rahmen der Teilstudie II konnte außerdem exploriert werden, dass das Programm in Deutschland ebenfalls von externen Institutionen, wie z.B. den Krankenkassen und Pflegekassen oder im Rahmen einer Kooperation mit dem Pflegestützpunkt und dem medizinischen Dienst umgesetzt werden könnte.

Dänemark. In Dänemark würde das Gesundheitsförderungsprogramm im Setting Kommune umgesetzt werden, da Gesundheitsförderung kommunal verortet ist und nur bedingt staatlich reguliert wird (Danske Patienter, 2019b). Gesundheitsförderliche Maßnahmen werden daher im kommunalen Setting umgesetzt und die überwiegende Anzahl der Unternehmen sehen sich demnach nicht in der Verantwortung zur Unterstützung der pflegenden Mitarbeiter. Es besteht hinsichtlich der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf ein erhöhter Sensibilisierungsbedarf auf Seiten der Unternehmen (vgl. Ældresagen, 2019, S. 3ff.), sodass auch unternehmensintern mehr gesundheitsförderliche und pflegesensible Maßnahmen umgesetzt werden können. Hinsichtlich einer praktischen Umsetzung, die finanzierbar ist, besteht in beiden Ländern noch Explorationsbedarf, dennoch konnten in dieser Studie gute Möglichkeiten und Ansätze exploriert werden, auf denen weiter aufgebaut werden kann.

Kernbotschaft. Ein inhaltlicher Schwerpunkt des Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige ist die Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten, um die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zu verbessern, da ein grundlegender Bedarf und bislang keine gesundheitsförderlichen Maßnahmen mit diesem Schwerpunkt bestehen. Bewegungsangebote sollten an externe Anbieter vermittelt und im Rahmen der Kurseinheiten kurze Aktivierungs- oder Bewegungsübungen integriert werden. Die Erkenntnisse der Teilstudie II ergaben, dass das Gesamtkonzept und die Module vor allem auf die Förderung der Selbstfürsorge, den Aufbau von Stressbewältigungsstrategien sowie die Umsetzung einer gelingenden Kommunikation am Arbeitsplatz ausgerichtet sein sollten und dabei die Alltagsimplementierung mitberücksichtigt werden sollte. Dies wurde bei der Konzeption berücksichtigt und die Befunde der Teilstudie I konnten bestätigt werden. Der zeitliche Rahmen des Programms sollte 6 bis 8 Wochen betragen und zur Hälfte in der Arbeitszeit stattfinden. Die Gruppeneinteilung der pflegenden Angehörigen erfolgt in Angehörige von kognitiv beeinträchtigten Menschen und nicht kognitiv beeinträchtigten Menschen, um einen innovativen „Mittelweg“ zu erproben. Das Programm wird von professionellen Kursleitern aus dem Gesundheitswesen mit einer gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung durchgeführt und kann mit dem Peer-to-Peer Ansatz kombiniert werden. In Deutschland eignet sich zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes das betriebliche Setting und in Dänemark die Kommune. Hinsichtlich einer praktischen Umsetzung, die finanzierbar ist, besteht in beiden Ländern noch Explorationsbedarf. Die vorliegende Forschungsarbeit stellt gute Möglichkeiten und Ansätze dar, auf denen in zukünftigen Forschungen weiter aufgebaut werden kann.

5.2 Verhältnisprävention

Die Ergebnisse der **Teilstudie I** ergaben, dass es zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen bedarf. Dies ließ sich ebenfalls anhand der deutschen als auch der dänischen Literatur feststellen. Zunächst ist die Ermittlung des Unterstützungsbedarfes der pflegenden Angehörigen bedeutsam, z.B. hinsichtlich gesetzlicher Unterstützungsmaßnahmen oder betrieblicher Rahmenbedingungen, z.B. in Form einer pflegesensiblen Unternehmenskultur, um die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zu fördern (Ældresagen, 2019, S. 3; Danske Patienter, 2019b, S. 6; Deutscher Pflegering, 2020). In beiden Ländern konnten die gesetzlichen Unterstützungsmaßnahmen zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf als verbesserungswürdig exploriert werden. Die grundlegenden Unterschiede zwischen den Ländern werden nachfolgend diskutiert.

Deutschland. In Deutschland bedarf es einer Vereinfachung der Antragstellung zur Inanspruchnahme einer Pflegezeit- oder Familienpflegezeit nach den §§2 und 3 des Pflegezeitgesetzes oder Familienpflegezeitgesetzes, da diese zu zeitaufwendig und kompliziert ist und es bei Auftreten einer akuten Pflegesituation einer schnellen Unterstützung bedarf. Das zinslose Darlehen stellte sich als wenig hilfreich heraus, da es nach Beendigung der Pflegesituation zurückgezahlt werden muss und deswegen selten in Anspruch genommen wird. Hier bedarf es einer finanziellen Unterstützungsleistung, z.B. in Form einer Lohnfortzahlung während der Inanspruchnahme einer Pflege- bzw. Familienpflegezeit. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung, da auch hier kein Anspruch auf eine Lohnfortzahlung besteht, sondern lediglich auf ein Pflegeunterstützungsgeld, welches beantragt werden muss (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 7). Daher besteht ein Bedarf an der Optimierung der gesetzlichen Unterstützungsleistungen, sodass vor allem die finanziellen Einbußen, die häufig bei der Übernahme von Angehörigenpflege entstehen, reduziert werden können.

Dänemark. In Dänemark bestehen keine gesetzlichen Unterstützungsregelungen bei der praktischen Ausführung von Pflegetätigkeiten, wenn die Pflege vollständig durch die Angehörigen erfolgt. Hier besteht ein erhöhter Unterstützungsbedarf durch externe Anbieter, der kommunal finanziert werden müsste. Die externen Dienstleistungen sind laut der pflegenden Angehörigen häufig nicht ausreichend (KMD, 2018, S. 5), wobei aber bei einer vollständigen Anstellung durch die Kommune auch kein Anspruch für externe Unterstützungsleistungen besteht. Weiterhin stellte sich heraus, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen aufgrund der autonomen Selbstverwaltung der einzelnen Kommunen unterschiedlich interpretiert werden und es somit Unterschiede in den Unterstützungsmaßnahmen geben kann. Die Vereinigung Danske Patienter (2019b, S. 4ff.) empfiehlt daher die Gründung einer

Arbeitsgruppe des Gesundheits- und Sozialministeriums für pflegende Angehörige, sodass ein nationaler Handlungsplan für gemeinsame, gesundheitsorientierte, verpflichtende Maßnahmen zur besseren Unterstützung der pflegenden Angehörigen entwickelt wird. Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit konnten verdeutlichen, dass dies zukünftig umgesetzt werden sollte, um pflegende Angehörige landesweit besser zu unterstützen. Im Arbeitskontext ist im Rahmen der gesetzlichen Regelungen eine Freistellung von der Erwerbstätigkeit in Teilzeit lediglich bei der Pflege von sterbenden Personen möglich (Servicelov, 2020, §119). Aus den Ergebnissen konnte entnommen werden, dass vor allem Teilzeitleösungen für alle pflegenden Angehörigen wichtig wären, um die Pflege und die Erwerbstätigkeit miteinander zu vereinbaren. Es ist daher zu empfehlen, dass pflegende Angehörige auch außerhalb der Pflege in einer terminalen Phase in Teilzeit beschäftigt werden können. Außerdem sollte die Freistellung, die in Dänemark in Verbindung mit einer Lohnfortzahlung erfolgt, noch besser vergütet werden, da die Ergebnisse des Promotionsvorhabens sowie der Untersuchung der KMD (2018, S. 5) von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen ergaben, dass sich die Übernahme der Pflege häufig negativ auf die Gesundheit, das Arbeitsleben und die Ökonomie auswirkt. Es besteht demnach auch in Dänemark ein Bedarf an der Reduktion der finanziellen Einbußen bei der Übernahme von Angehörigenpflege.

Im Rahmen der **Teilstudie I** konnte festgestellt und durch die **Teilstudie II** bestätigt werden, dass eine **Vertrauensperson**, die bei Auftreten einer Pflegesituation kontaktiert werden kann und einen Ansprechpartner für die pflegenden Angehörigen darstellt, für eine pflegesensible Unternehmenskultur bedeutsam ist. Diesbezüglich gibt es seit November 2019 ein Programm zur Ausbildung von betrieblichen Pflegelotsen in Schleswig-Holstein, welches vom Unternehmensverband Nord, der AOK NORDWEST, dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und dem Landes-Sozialministerium eingeführt wurde und die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in Unternehmen unterstützen soll (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren, 2019). Die Pflegelotsen nehmen die Rolle der Vertrauensperson ein und haben die Aufgabe, pflegende Angehörige an ihrem Arbeitsplatz kompetent über mögliche Unterstützungsmaßnahmen zu informieren und zu professionellen Hilfe- und Unterstützungseinrichtungen zu vermitteln (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren, 2019). Dadurch kann auch die **Tabuisierung des Themas Angehörigenpflege am Arbeitsplatz** reduziert werden, was ebenfalls deutlich aus den Expertenaussagen aus **beiden Ländern** hervorging, indem vor allem die **politische Aufmerksamkeit** erhöht werden sollte, sodass z.B. Pfl egetage zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger eingeführt werden. So könnten diese Tage dafür genutzt werden, Termine in Anspruch zu nehmen oder Angelegenheiten zu erledigen, die im Alltag schwer mit der Pflege und der Erwerbstätigkeit zu vereinbaren sind. Ergänzend wurde in der Teilstudie II festgestellt, dass die **Tabuisierung des Themas Angehörigenpflege in der**

Gesellschaft für die Inanspruchnahme und Aufmerksamkeit für gesundheitsförderliche Maßnahmen bei der Umsetzung eines Programmes hinderlich sein können. Es wurde außerdem in der Teilstudie II bestätigt, dass die Aufmerksamkeit **gesellschaftlich sowie politisch** erhöht werden sollte. In der **Teilstudie II** wurde noch spezifiziert, dass die **Erhöhung der Aufmerksamkeit in der Politik** und vor allem eine bessere Zusammenarbeit zwischen der Kommune/dem Staat und den Unternehmen, sowie eine Gleichstellung im Rahmen der gesetzlichen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf anzustreben ist (vgl. Ældresagen, 2019; Danske Patienter, 2019a, 2019b). Eine **gesundheitsförderliche, familienfreundliche und pflegesensible Unternehmenskultur**, die ausreichend Flexibilität im Rahmen von Arbeitszeit und Arbeitsort bietet, ist bedeutsam für die Zielgruppe, sodass Pflegetätigkeiten mit der Erwerbstätigkeit besser vereinbart werden können. Dieser Bedarf konnte durch die Erkenntnisse der kommunikativen Validierung der **Teilstudie II** sowie anhand der Literatur bestätigt werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018, S. 14ff.; Danske Patienter, 2019b, S. 3; KMD, 2018, S. 5ff.). In **beiden Ländern** besteht ein wissenschaftlicher Konsens darüber, dass die Effektivität, Produktivität und Motivation der Erwerbstätigkeit bei Arbeitnehmern durch **flexible Arbeitszeitmodelle** gefördert und gleichzeitig Fehlzeiten reduziert werden können (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 8; Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018; KMD, 2018). Durch eine **gesundheitsförderliche und pflegesensible Unternehmenskultur** werden außerdem durch beispielsweise flexible Arbeitszeitmodelle sowie durch eine entsprechende offene **Kommunikation**, die Übernahme von Angehörigenpflege gewürdigt und kann so das Betriebsklima verbessern (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017a, S. 19; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 7f.; Struve, 2018). Demnach kommt den **Führungskräften** eine bedeutende Rolle zu, sodass diese für die Gesundheit der Mitarbeiter sensibilisiert werden und ein gegenseitiges Verständnis gefördert werden kann. In der Masterthesis von Struve (2018) konnte bereits exploriert werden, dass regelmäßig Führungskräftebildungen stattfinden sollten. Im Folgenden werden wesentlichen Erkenntnisse der verhältnispräventiven Maßnahmen für die Länder getrennt diskutiert.

Deutschland. Im Rahmen einer **pflegesensiblen Unternehmenskultur** ergaben die Aussagen der deutschen Experten, dass regionale und betriebsinterne Beratungsstellen und Kursangebote sowie Informationsmaterialien zur Übernahme von Angehörigenpflege und entsprechenden Unterstützungsmaßnahmen über das betriebsinterne Intranet zur Verfügung gestellt werden sollten. Es bestehen bereits einige Online-Angebote für pflegende Angehörige (s. z.B. Techniker Krankenkasse, 2020; DAK-Pflegecoach, 2020; Curendo Pflegecoach, 2020), die im Rahmen von betriebsinternen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf integriert und vermittelt werden können. Hier besteht unternehmensintern und mit Fokus

auf die Vereinbarkeit mit einer Erwerbstätigkeit eine Ausweitung sowie Optimierungsbedarf. Für einen gegenseitigen Austausch der Zielgruppe untereinander kann ein digitales Forum dazu beitragen, das Thema Pflege betriebsintern zu enttabuisieren und eine gegenseitige Unterstützung zu fördern. Auch aufgrund der Corona-Pandemie ist digitalen Maßnahmen vermehrte Aufmerksamkeit zugekommen und wird in Zukunft noch mehr an Bedeutung gewinnen. Daher stellt die Digitalisierung auch für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf eine gute Chance dar, diese weiter zu fördern und sollte in zukünftigen Forschungen vermehrt mitberücksichtigt werden. In Dänemark bestehen bereits digitale Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu verschiedenen Themenfeldern (vgl. Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020c). Diese Angebote und die Umsetzung könnten als Orientierungshilfe für die Konzeption von digitalen Maßnahmen in Deutschland genutzt werden, sodass grenzüberschreitende Synergien zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf beitragen können.

Dänemark. In Dänemark besteht zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf ein noch höherer **Sensibilisierungsbedarf** als in Deutschland, da das Thema Angehörigenpflege in den **dänischen Unternehmen** bislang nur wenig Aufmerksamkeit findet, da die gesundheitsförderlichen Maßnahmen insbesondere die Angehörigenkurse in Einrichtungen der Kommune stattfinden. Dies ließ sich ebenfalls durch die Literatur bestätigen, denn die Vereinigung der Danske Patienter (2019b, S. 3) beschreiben, dass ein Bedarf zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf besteht. Dabei ist vor allem die **Sensibilisierung für ein Verständnis** für die Übernahme von Angehörigenpflege vom Arbeitgeber, den Vorgesetzten und den Kollegen wichtig. So sollten laut der Expertenaussagen alle Beteiligten aktiv einbezogen werden, sodass ein gegenseitiges Verständnis im betrieblichen Kontext aufgebaut werden kann und so zu einer **gesundheitsförderlichen und familienfreundlichen Unternehmenskultur** beiträgt. Diesbezüglich fordert auch die Freiwilligenorganisation Ældresagen (2019) gemeinsam mit 30 weiteren dänischen Organisationen, eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf sowie eine verbesserte Zusammenarbeit und nationale Regelungen von allen Sektoren (Unternehmen, Kommune, Gesundheitswesen) zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen. Demnach und den Erkenntnissen der vorliegenden Forschungsarbeit zufolge sollte die Umsetzung einer einheitlichen nationalen Regelung zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zukünftig angestrebt werden. Auch die dänischen Experten sahen **digitale Angebote** zur Unterstützung pflegender Angehöriger als gut an, da diese nach Vereinbarung mit dem Arbeitgeber während der Arbeitszeit in Anspruch genommen werden könnten und flexibel von Zeit und Ort durchzuführen sind. Aufgrund der Corona-Pandemie und der dänischen Offenheit gegenüber der Digitalisierung wird die Konzeption von digitalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Zukunft noch mehr an Bedeutung gewinnen und sollte in zukünftigen Forschungen mitberücksichtigt werden.

Durch digitale Formate kann im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit außerdem die Inanspruchnahme und die gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die Existenz von bestehenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gefördert und Zielgruppen besser erreicht werden.

In der **Teilstudie II** konnte als eine **Herausforderung** bei der Umsetzung eines Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige die **Rekrutierung von Teilnehmern** aufgrund der geringen zeitlichen Ressourcen der Zielgruppe festgestellt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 70; KMD, 2018, S. 5ff.; Schneider et al., 2011, S. 21f; Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 12). Hierbei könnten digitale Rekrutierungsmaßnahmen sowie digitale Kurskonzepte **in beiden Ländern** die Erreichbarkeit von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen sowie die Inanspruchnahme von Maßnahmen fördern. In **beiden Ländern** können außerdem durch vorab durchgeführte Einladungsgespräche motivierte und gesundheitskompetente pflegende Angehörige erreicht werden und von den Maßnahmen profitieren. Dennoch sollte das Programm als „Bringstruktur“ angeboten werden, sodass ein niedrighschwelliger Zugang geboten wird und auch schwer erreichbare Zielgruppen, wie z.B. Migranten oder sozial benachteiligte Personen erreicht werden können, die einen erhöhten Unterstützungsbedarf in ihrer Rolle als Angehöriger aufweisen. Denn aus wissenschaftlichen Erkenntnissen geht hervor, dass motivierte und gesundheitskompetente Menschen weniger Stressoren und mehr gesundheitsförderliche Ressourcen aufweisen (Kickbusch, Pelikan & Haslbeck, 2016, S. 10ff.). Daher sollte möglichst versucht werden, auch die Angehörigen zu erreichen, die stark belastet sind und einen erhöhten Bedarf aufweisen. Dabei können Institutionen, wie z.B. Pflegedienste, Ärzte oder Apotheken im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit miteinbezogen werden, um auf das Programm aufmerksam zu machen und die Angehörigen zu einer Teilnahme zu motivieren.

Im Rahmen der beiden Teilstudien konnte noch kein geeignetes Setting für die **Umsetzung** des Gesundheitsförderungsprogrammes festgelegt werden. Da die Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen von den Verhältnissen abhängig ist, werden im Folgenden kurz die Möglichkeiten einer Umsetzung diskutiert. Das Programm kann sowohl **betriebsintern** als auch **kommunal** implementiert werden. Dies sollte in weiteren Forschungen und im Rahmen einer Umsetzung in beiden Ländern erprobt werden. Das Programm wurde so konzipiert, dass die Rahmenbedingungen und die Durchführung der Module an die Bedürfnisse des jeweiligen Settings angepasst werden können. Hierbei konnten zwischen den Ländern Unterschiede festgestellt werden, die nachfolgend aufgeführt werden.

Deutschland. In Deutschland ist eine Umsetzung im betrieblichen Kontext als realisierbar einzustufen. Das Gesundheitsförderungsprogramm könnte in Deutschland als **Fortbildungsmaßnahme** oder **Bildungsurlaub** umgesetzt und dementsprechend zu finanziert werden. So würde eine Inanspruchnahme durch Arbeitnehmer, die pflegende Angehörige sind, ermöglicht

werden und einen **niedrigschwelligen Zugang** für die Zielgruppe darstellen. Vor allem im betrieblichen Kontext würde so die Aufmerksamkeit für das Thema Angehörigenpflege erhöht und die Vereinbarkeit mit der Erwerbstätigkeit optimiert werden. Das Modul 1 des Gesundheitsförderungsprogrammes hinsichtlich der *Psychoedukation* kann im Rahmen einer Kooperation vom Pflegestützpunkt übernommen und finanziert werden und eine professionelle Umsetzung gewährleisten.

Dänemark. In Dänemark ist eine Umsetzung im kommunalen Kontext als realistischer einzustufen, da Maßnahmen zur Gesundheitsförderung kommunal gesteuert und umgesetzt werden. Außerdem besteht durch die Umsetzung im kommunalen Setting eine bessere Erreichbarkeit der Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen, da die Kommune breiter aufgestellt ist, die Bevölkerung in Kenntnis ist, wo sie sich informieren können und die einzelnen Kommunen im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit die Bevölkerung informieren und zu Angeboten vermitteln. Von dieser Vorgehensweise könnte auch Deutschland profitieren. Es bleibt dabei die Frage bestehen, ob der optionale Familialismus mit kommunaler Regulierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen einen Vorteil darstellt, aus dem Deutschland etwas lernen könnte. In Dänemark besteht der Bedarf und Wunsch nach einheitlichen Lösungen durch den Staat. Dennoch ist anzunehmen, wenn staatlich einheitliche Rahmenbedingungen für jede Kommune festgelegt werden, dass die kommunale Verortung hinsichtlich der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen einen Vorteil darstellen kann. Die Gesundheitsförderung ist somit zentral in einem Setting verortet und kann dementsprechend ressourcen- und bedürfnisorientiert zielgruppenspezifische Maßnahmen umsetzen und im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit vermitteln und bewerben. Außerdem stellt die Kommune einen direkten Ansprechpartner für die Bürger dar. Zukünftig sollte in weiteren Forschungen untersucht werden, inwiefern diese Erkenntnisse grenzüberschreitend genutzt werden können, vor allem hinsichtlich der Optimierung von gesetzlichen Rahmenbedingungen, der Konzeption von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für pflegende Angehörige sowie hinsichtlich Öffentlichkeitsarbeit und Digitalisierung.

In **beiden Ländern** ist grundlegend eine **Sensibilisierung in der Gesellschaft** notwendig, sodass pflegende Angehörige in allen Lebensbereichen besser unterstützt werden können. Es ist hierbei bedeutsam, an den **verhältnispräventiven Maßnahmen** anzusetzen, da diese zunächst die Voraussetzung für eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf darstellen. Dabei ist das Zusammenwirken einer gesellschaftlichen Sensibilisierung hinsichtlich des Themas Angehörigenpflege, einer gesundheitsförderlichen und pflegesensiblen Unternehmenskultur und der Erhöhung der politischen Aufmerksamkeit indiziert, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zukünftig zu optimieren. Zusätzlich ist die Verhaltensprävention zur Förderung der Selbstfürsorge, des Gesundheitsbewusstseins sowie der Gesundheitskompetenz des einzelnen pflegenden Angehörigen bedeutsam und trägt

maßgeblich zur Übernahme von mehr Eigenverantwortung für die Gesundheit bei. Je mehr pflegende Angehörige dies umsetzen, desto mehr Einfluss übt das auch auf die verhältnispräventiven Maßnahmen aus. Demzufolge bedingen sich Verhaltens- und Verhältnisprävention gegenseitig, wobei die **Verhältnisprävention die Rahmenbedingung für Gesundheitsförderung** darstellt und zur Motivation und einem eigenverantwortlichen Umgang mit einer Pflegesituation sowie der Umsetzung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils beiträgt (Empowerment). Eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen bietet somit die bestmögliche und eine passgenaue Unterstützung zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf.

Kernbotschaft. Es besteht in beiden Ländern ein Bedarf an der Optimierung der gesetzlichen Unterstützungsleistungen, insbesondere einer Reduktion der finanziellen Einbußen bei der Übernahme von Angehörigenpflege. Im betrieblichen Kontext bedarf es einer Vertrauensperson, einer gesundheitsförderlichen und pflegesensiblen Unternehmenskultur mit flexibler Arbeitsgestaltung sowie der Enttabuisierung des Themas Angehörigenpflege. Insgesamt bedarf es einer gesellschaftlichen Sensibilisierung und einer Erhöhung der Aufmerksamkeit in der Politik insbesondere der Einführung von Pfl egetagen, sodass eine bessere Zusammenarbeit zwischen der Kommune/dem Staat und den Unternehmen und eine Gleichstellung im Rahmen der gesetzlichen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf umgesetzt werden kann. Dabei ist das Zusammenwirken dieser Faktoren indiziert, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zukünftig zu optimieren und pflegende Angehörige in allen Lebensbereichen besser zu unterstützen. Eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen bietet die bestmögliche und eine passgenaue Unterstützung zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. In zukünftigen Forschungen sollte untersucht werden, inwiefern grenzüberschreitende Synergien zwischen Deutschland und Dänemark genutzt werden können, vor allem bei der Optimierung von gesetzlichen Rahmenbedingungen, der Konzeption von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für pflegende Angehörige sowie im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit und Digitalisierung.

5.3 Methodendiskussion

In diesem Kapitel werden die Forschungsmethoden sowie das methodische Vorgehen der vorliegenden Forschungsarbeit kritisch reflektiert.

5.3.1 Qualitative Sozialforschung

Der Schwerpunkt des Promotionsvorhabens lag auf der Exploration von Expertenwissen zur Entwicklung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger in Deutschland und Dänemark. Demnach wurden die Experten zu ihrer subjektiven Einschätzung eines entwickelten Gesundheitsförderungsprogrammes befragt, woraufhin dieses weiterentwickelt und erneut im Rahmen einer kommunikativen Validierung den Experten vorgelegt wurde. Durch qualitative Experteninterviews konnte Kontext- sowie Deutungs- und Betriebswissen in Deutschland und Dänemark exploriert werden. Die vorliegende Forschungsarbeit baut auf wissenschaftlichen Erkenntnissen hinsichtlich der Bedürfnisse und des Bedarfs der Zielgruppe auf, sodass der Fokus hierbei auf dem Expertenwissen lag, um praxisrelevante gesundheitsförderliche Maßnahmen für erwerbstätige pflegende Angehörige konzipieren zu können. Zur Exploration des Forschungsgegenstandes wurde der qualitative Forschungsansatz ausgewählt. Denn durch die Abbildung von Lebenswelten aus der Sicht von handelnden Menschen, kann zu einem besseren Verständnis von sozialen Wirklichkeiten beigetragen werden und durch eine offene und weniger strukturierte Vorgehensweise berücksichtigt die qualitative Forschung dabei die Sichtweisen der Subjekte in ihrer Lebenswelt individuell (Flick et al., 2017, S. 14ff.). So konnte eine differenzierte Sichtweise des Alltags generiert und soziale Strukturen exploriert werden, da offen an den Forschungsgegenstand herangegangen wurde (Flick et al., 2017, S. 27). Die qualitative Vorgehensweise eignete sich daher für die vorliegende Forschungsarbeit, sodass die Situation von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen erfasst werden konnte und dem Bedarf entsprechend gesundheitsförderliche Maßnahmen mit Fokus auf die Vereinbarkeit mit einer Erwerbstätigkeit abgeleitet werden konnten. In der qualitativen Forschung weichen die Gütekriterien von denen der quantitativen Forschung ab, wobei der Fokus in der qualitativen Forschung auf einer Dokumentation der Verfahrensweise des Forschungsgegenstandes liegt (Hussy, 2013, S. 25; Mayring, 2016, S. 166). Dabei ist eine genaue Verfahrensdokumentation von Bedeutung, wie es in der vorliegenden Forschungsarbeit erfolgte, sodass ein Vorverständnis durch wissenschaftliche Arbeiten und den theoretischen Hintergrund gegeben war und eine Dokumentation des Analyseinstrumentariums (qualitatives Interview) sowie der Durchführung und Auswertung (qualitative Inhaltsanalyse) erfolgte. Bei der Auswertung wurde auf eine argumentative Argumentationsabsicherung geachtet und systematisch und regelgeleitet mit Nähe zum Forschungsgegenstand vorgegangen (Mayring, 2016). Die Gültigkeit der Forschungsergebnisse konnte durch eine kommunikative Validierung, des im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit konzipierten Gesundheitsförderungsprogrammes und der explorierten verhältnispräventiven Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf, erhöht werden (Mayring, 2016). Weiterhin konnte durch die Kombination von

mehreren Analysevorgängen im Rahmen der beiden Teilstudien sowie durch Methoden-triangulation die Qualität der Studie gesichert werden.

5.3.2 Qualitative Verfahren

Als Forschungsmethode wurde die qualitative Sozialforschung für die vorliegende Forschungsarbeit ausgewählt und leitfadengestützte problemzentrierte Einzelinterviews und Fokusgruppen mit deutschen und dänischen Experten durchgeführt. Durch diese Methoden-triangulation sollten unterschiedliche Lösungswege für den Forschungsgegenstand exploriert werden (Hussy, 2013; Mayring, 2016). Die problemzentrierten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit den Experten eigneten sich insgesamt sehr gut, um individuelle Erfahrungen, Meinungen und Vorstellungen der Experten aus den beiden Ländern zu explorieren und zu analysieren (Fenzl & Mayring, 2014). Durch die Gruppendynamik in den Fokusgruppen kann es sein, dass subjektbezogene Themen nicht berichtet werden, es dennoch aber die Kommunikation fördert, sodass vertiefende und ergänzende Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Die Experten waren teilweise in unterschiedlichen Bereichen tätig und konnten so von verschiedenen Erfahrungen berichten, die zu einem vertiefenden Erkenntnisgewinn beigetragen haben. Subjektbezogene Erkenntnisse wurden außerdem durch die Einzelinterviews exploriert. Außerdem konnte die Validität durch die kommunikative Validierung der Teilstudie II erhöht werden (Mayring, 2016, S. 144ff.). Die Studienergebnisse könnten bei einer Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes durch weitere Untersuchungen, wie z.B. teilnehmenden Beobachtungen validiert werden. Außerdem kann die Wirksamkeit der Maßnahmen durch quantitative Erhebungen mit einem Prä-Post-Design überprüft werden. Für eine langfristige Wirksamkeitsüberprüfung können ebenfalls Follow-up-Untersuchungen durchgeführt werden, insbesondere im Rahmen der angedachten Auffrischkurse, die nach drei, sechs und zwölf Monaten geplant sind. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit war eine praktische Durchführung des Gesundheitsförderungsprogrammes mit anschließender Evaluation aufgrund des Umfangs und mangelnden zeitlichen Ressourcen nicht möglich. Die vorliegende Forschungsarbeit sollte veröffentlicht bzw. publiziert werden, sodass die Erkenntnisse von weiteren Experten diskutiert werden können und eine Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen auf dieser Grundlage erfolgen und optimiert werden kann, um die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in beiden Ländern zu fördern.

5.3.3 Vorgehensweise

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die transparente Darstellung und Prüfung des Forschungsprozesses ist ein wichtiges Merkmal der qualitativen Forschung, sodass die Interpretation und Auswertung des Materials für Außenstehende nachvollziehbar ist (Flick et al., 2017, S. 14ff.). Demnach werden die Leitfäden und die Datenerhebung, die Akquise der

Interviewteilnehmer, die Stichprobe, Interviewsituation, Transkription und Datenauswertung kritisch reflektiert.

Leitfaden & Datenerhebung. Durch das Nutzen von Leitfäden kann der Interviewablauf systematisch gestaltet werden. Die Kombination aus vorab festgelegten Themenschwerpunkten des Leitfadens sowie einer variablen Handhabung der Reihenfolge, der Frageformulierung und der Möglichkeit Ad-hoc-Fragen zu stellen, machen das halbstandardisierte Interview zu einem flexiblen und systematischen Instrument der Datenerhebung (Schreier, 2013, S. 225). Die qualitative Forschung ist durch eine möglichst offene Herangehensweise an den Forschungsgegenstand gekennzeichnet, wobei es dennoch einer Strukturierung durch die Leitfäden bedarf. In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden diesbezüglich in Teilstudie I und II jeweils die gleichen Leitfäden für die Befragung der Experten verwendet, um die Daten vergleichbar zu machen. Für die dänischen Experten wurde der Leitfaden von der Forscherin übersetzt, sodass die Experten die Fragen in ihrer Muttersprache beantworten konnten. So konnte vermieden werden, dass relevante Informationen für den Forschungsgegenstand aufgrund von sprachlichen Barrieren weggelassen wurden. Der Leitfaden der Teilstudie I wurde im Rahmen der Masterarbeit von Struve (2018) entwickelt und in einer Forschungsgruppe mit drei Personen erarbeitet und konnte durch die Untersuchung von Struve (2018) bereits erprobt werden. Der Leitfaden der Teilstudie II wurde ebenfalls mit Expertinnen aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften vor der Durchführung besprochen, sodass ausgeschlossen werden konnte, dass sich die Fragestellungen allein am Wissensstand der Autorin orientierten oder unbewusst auf eine Richtung fokussierten. Insgesamt konnten die Leitfäden ihre Funktionalität bei der Durchführung beweisen und der Gesprächsverlauf war bei beiden Teilstudien flüssig. Die Leitfäden wurden den Experten vorab per E-Mail zugeschickt, sodass sie sich entsprechend auf das Gespräch vorbereiten und Fragen und Unverständlichkeiten vorab geklärt werden konnten. Zu Beginn des Interviews wurden die Interviewteilnehmer gebeten, sich kurz vorzustellen, um den Erzählfluss anzuregen und den Gesprächseinstieg zu erleichtern. So konnte die Forscherin nach Abschluss der Befragung selbstständig die biografischen Daten notieren, sodass eine Überforderung durch das Ausfüllen von Unterlagen der Teilnehmer vermieden werden konnte. Wenn die Interviewteilnehmer ein zweites Mal befragt wurden, wurde vorab etwas „Smalltalk“ gehalten und der aktuelle Stand der Dissertation erklärt. Dadurch, dass einige Interviewprobanden im Rahmen der kommunikativen Validierung zweimal befragt wurden, war die Interviewatmosphäre sehr vertraut und angenehm. Zur Datenerhebung ist positiv anzumerken, dass die Dauer der Interviews und Fokusgruppen in beiden Teilstudien überwiegend gleichwertig waren, was eine gute Vergleichbarkeit gewährleistete und ebenfalls einen gleichwertigen Erkenntnisgewinn der Expertenperspektiven ergab. In der qualitativen Forschung gibt es keine vorgegebene standardisierte Dauer für Interviews und eine Variation in der Länge ist üblich (Lamnek, 2010,

S. 323). Während der Interviews gab es ausreichend Freiraum, um Ad-hoc-Fragen zu stellen, welche ein besseres und genaueres Verständnis der Expertenäußerungen ermöglichten. Da die Forscherin bereits Vorerfahrung mit qualitativen Leitfadenterviews hatte, konnte sie kompetente Nachfragen stellen, um für den Forschungsgegenstand relevante Aspekte zu erfassen, die sich während der Gespräche ergaben. Dabei diente der Leitfaden als Orientierung und um nicht zu weit vom Forschungsgegenstand abzuweichen (Schreier, 2013, S. 225).

Akquise. Die Akquise erfolgte entsprechend der Einschlusskriterien in Deutschland und Dänemark per Anschreiben. Aufgrund einer gemeinsamen Kontaktaufnahme durch die Masterthesis von Struve (2018) wurden die Anschreiben der Teilstudie I per Brief und der Teilstudie II per E-Mail verschickt. Es wurden überwiegend die gleichen Experten in den beiden Teilstudien befragt, wobei aufgrund der Corona-Pandemie in Teilstudie II nicht alle Experten erneut befragt werden konnten und die Befragungen aus diesem Grund telefonisch stattfanden. In Teilstudie I erfolgte eine Recherche über Personen, die in den unterschiedlichen Kommunen im Gesundheitswesen in Dänemark tätig sind und den Einschlusskriterien der Untersuchung entsprachen. Die Experten wurden flächendeckend angeschrieben. Dabei konnten allerdings keine Experten aus dänischen Unternehmen gewonnen werden, da die Aufgabe für Gesundheitsförderung kommunal verortet ist und gesundheitsförderliche Maßnahmen im betrieblichen Kontext sehr individuell stattfinden. Es wurden dennoch dänische Unternehmen kontaktiert, die aufgrund der Unternehmensgröße ein Betriebliches Gesundheitsmanagement haben. Hier konnte in der Akquise leider kein Erfolg verzeichnet werden. Der Rücklauf der Experten kann dennoch als gut bewertet werden und so konnten in der Masterthesis von Struve (2018) N=10 deutsche Experten und in der Teilstudie I nochmals N=5 deutsche und N=9 dänische Experten befragt werden. In Teilstudie II wurden insgesamt 18 telefonische Experteninterviews mit jeweils N=9 dänischen und deutschen Experten durchgeführt, wobei hier aufgrund der Corona-Pandemie nicht alle Experten aus der Teilstudie I erneut befragt werden konnten. Allerdings konnten durch das Schneeballsystem, durch Kommunikation und Vermittlung von den bereits interviewten Experten neue Interviewteilnehmer gewonnen werden. Aufgrund der Bekanntheit durch die Teilstudie I konnten die Experten schnell für ein zweites Interview gewonnen werden, auch wenn sich die Kontaktaufnahme aufgrund der Corona-Pandemie etwas schwieriger gestaltete, als unter normalen Bedingungen und die Termine, die bereits für ein persönliches Gespräch vereinbart worden waren, umorganisiert werden mussten, was mit zeitlichem Aufwand und viel Kommunikationsarbeit per E-Mail verbunden war. Dennoch waren alle Experten sehr flexibel und hilfsbereit. In den Anschreiben für beide Teilstudien wurden die Forschungsteilnehmer über das Promotionsvorhaben informiert und zur Teilnahme eingeladen. Bei Interesse und Bereitschaft an der Teilnahme der Studie wurde ein Termin für die Durchführung der Interviews

vereinbart. Da es sich um Experten handelte, die mit qualitativer Forschung vertraut sind, stellte der Begriff Interview sowie der Datenschutz und die Aufzeichnung keine Hindernisse oder Hemmungen dar. Da die Akquise lediglich über Anschreiben und E-Mail-Kontakt erfolgte, meldeten sich einige mögliche Interviewpartner nicht zurück, was bei einer persönlichen Ansprache eventuell zu einer größeren Stichprobe geführt hätte. Dennoch konnten in beiden Teilstudien ausreichend Teilnehmer akquiriert werden, um das Forschungsfeld gut zu explorieren.

Stichprobe. Die untersuchte Stichprobe war relativ heterogen zusammengesetzt, wodurch ein breites Spektrum von verschiedenen Sichtweisen der Experten abgedeckt werden konnte und eine differenzierte Betrachtung des Forschungsfeldes ermöglichte, aber auch die Vergleichbarkeit etwas erschwerte. Hierbei zu nennen sind die unterschiedlichen Fachbereiche sowie Tätigkeitsbereiche der Experten. Es wurden sowohl männliche als auch weibliche Experten befragt, dennoch wurden keine geschlechtsspezifischen Untersuchungen vorgenommen, da dies für die Exploration der Forschungsfragen nicht relevant war. Als kritisch bewertet werden könnte, dass die dänische Perspektive der Unternehmen nicht exploriert werden konnte. Hätte diese Perspektive exploriert werden können, ist allerdings anzunehmen, dass eine Auseinandersetzung mit dem Thema Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf wenig bis gar nicht erfolgt ist, da hier noch ein Sensibilisierungs- sowie Optimierungsbedarf besteht und die Gesundheitsförderung kommunal verortet ist und nur wenig im betrieblichen Kontext stattfindet. Aufgrund der geringen Stichprobenanzahlen von N=24 Experten aus der Masterthesis von Struve (2018) und der Teilstudie I und N=18 Experten aus der Teilstudie II kann nicht von einer Generalisierbarkeit oder Repräsentativität der Ergebnisse ausgegangen werden. Dennoch gibt es in der qualitativen Sozialforschung keine klaren Vorgaben für die notwendige Stichprobengröße, außer dass die Subjektbezogenheit gewahrt werden muss (Lamnek & Krell, 2010, S. 3). Demnach ist in der qualitativen Forschung weniger die Größe, sondern die Heterogenität der untersuchten Stichprobe bedeutsam, welche in der vorliegenden Forschungsarbeit gegeben war und anhand der vielfältigen Expertenaussagen ein Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige konzipiert werden konnte. Die Studie stellt außerdem einen wichtigen Stellenwert zur Entwicklung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Änderungen der Verhältnisprävention für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark dar, sodass die Studienergebnisse einen innovativen und explorativen Ansatz darstellen, auf dessen Grundlage weitere Forschungen aufbauen können (Lamnek & Krell, 2010, S. 81). Weitere Forschungen könnten außerdem geschlechtsspezifische Perspektiven sowie das Alter und den Migrationshintergrund der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen explorieren und die Wirksamkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen überprüfen.

Interviewsituation. Die Interviews fanden in der Teilstudie I in den Räumlichkeiten der Institutionen der Experten statt, um eine vertraute Atmosphäre zu schaffen und lange Anreisezeiten und Aufwand der Interviewteilnehmer zu vermeiden. Außerdem konnten die Gespräche so überwiegend während der Arbeitszeit der Teilnehmenden und am Arbeitsort durchgeführt werden. Die Gesprächsatmosphäre war sehr vertraut und angenehm und es gab lediglich bei einem Interview eine Störung durch eine Unterbrechung. In Teilstudie II wurden, wie bereits erwähnt, aufgrund der Corona-Pandemie die Experteninterviews telefonisch durchgeführt, wobei die Mimik und Gestik nicht mit analysiert werden konnte und es teilweise auch zu Störungen und Unterbrechungen während der Gespräche kam. Außerdem erforderte die telefonische Durchführung zunächst einen organisatorisch höheren Aufwand, da die bereits vereinbarten Termine umgeplant werden mussten. Persönliche Gespräche wären angesichts der Qualität sowie der Atmosphäre geeigneter gewesen, dennoch war dies eine neue Erfahrung und kann rückblickend als erfolgreich bewertet werden, indem eine Erhebung der Daten in dieser Krisensituation relativ unproblematisch möglich war und die zeitliche Planung der Dissertation kaum beeinträchtigte. Es konnten durch die Telefongespräche sogar mehrere Interviews an einem Tag durchgeführt und dadurch Zeit eingespart werden, da lange Anfahrtszeiten der Forscherin zu den Intervieworten wegfielen. Die Forscherin führte alle Experteninterviews eigenständig durch, sodass die Interviews identisch abliefen und somit die Vergleichbarkeit gegeben war. Rückblickend verliefen die Interviews in beiden Teilstudien sehr ähnlich, wobei nach einem kurzen „Smalltalk“ und Beschreibung des Forschungsvorhabens bzw. dem aktuellen Stand nochmals das Einverständnis eingeholt wurde sowie die Aufzeichnung gestartet und vorab Fragen geklärt wurden. Danach wurde der Leitfaden durchgegangen. Die Atmosphäre war offen, vertrauensvoll, interessiert und freundlich. Die Themenkomplexe des Leitfadens konnten gut abgearbeitet werden und die Experten wurden dabei in ihrem Redefluss nicht unterbrochen. An einigen Stellen stellte die Forscherin konkrete Nachfragen, insbesondere bei den dänischen Interviews, um sicherzugehen, ob der geschilderte Sachverhalt richtig verstanden wurde oder tiefergehende Aspekte interessant erschienen.

Transkription. Das transkribierte Datenmaterial stellt als eine theoriegeleitete Rekonstruktion den ersten Teil der Interpretation und Auswertung dar. In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden vollständige Transkripte erstellt, die alle Äußerungen beinhalten. Durch die Anwendung von Transkriptionsregeln nach Faltermaier (2002) wurden die Daten einheitlich transkribiert, wobei lediglich umgangssprachliche Äußerungen und Füllwörter geglättet wurden. So wird die Nachvollziehbarkeit der Analyse gegeben (Dresing & Pehl, 2015, S. 17ff.). Die dänischen Transkriptionen wurden von der Forscherin auf Deutsch übersetzt.

Datenauswertung. Die Datenauswertung mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) erforderte eine intensive Beschäftigung mit dem Material. Für eine strukturierte, übersichtliche und nah am Ausgangsmaterial liegende Auswertung wurde die Webapplikation QCMap verwendet. Besonders wichtig ist es, bei der Auswertung von qualitativen Daten nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) auf ein regelgeleitetes und systematisches Vorgehen zu achten, was durch die Verwendung der Software QCMap gut umgesetzt werden konnte. Dafür wurde in beiden Teilstudien vorab ein Kodierleitfaden erstellt, sodass die Interviews gleichwertig ausgewertet werden konnten und der Forscherin Orientierung und Struktur bei der Auswertung gewährten (Mayring, 2015, S. 51). Die Kodierleitfäden der beiden Teilstudien wurden in der vorliegenden Forschungsarbeit in den Kapiteln 3.3 und 4.3 dargestellt, sodass eine einheitliche Kodierung und Validierung des Datenmaterials umgesetzt werden konnte. Der Kodierleitfaden der Teilstudie I baute demnach auf dem Kategoriensystem der Masterthesis von Struve (2018) auf, wodurch eine Reflexion und kritische Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial sowie dem Kategoriensystem erfolgte. In der qualitativen Forschung wird empfohlen, die Auswertung des Datenmaterials in einem Projektteam durchzuführen und reflektierende Gespräche zu den Kodierungen vorzunehmen (Mayring, 2015, S. 124f.). Dies wurde im Rahmen des Promotionsvorhabens aufgrund von zeitlichen Ressourcen nur bedingt durchgeführt, dennoch wurden die Ergebnisse und Kategorienbäume im Rahmen eines Kolloquiums vorgestellt und mit gesundheitswissenschaftlichen Experten diskutiert, worunter auch Optimierungen vorgenommen wurden. So konnte eine Beeinflussung der Ergebnisse durch subjektive Meinungen reduziert werden. In der Teilstudie I wurde die induktive Kategorienbildung angewendet, wodurch offen und mit wenigen Vorannahmen an das Material herangegangen wurde und eine Reduktion des Datenmaterials auf die wesentlichen Schwerpunkte des Forschungsgegenstandes erreicht werden konnte. Dennoch wurde auf ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen geachtet und vorab formulierte Regeln für das inhaltsanalytische Vorgehen entwickelt. Durch das Programm QCMap wurde die Forscherin Schritt für Schritt durch die inhaltsanalytische Vorgehensweise geleitet, sodass die Definition der Analyseeinheiten und die Festlegung der inhaltsanalytischen Regeln (Kategoriendefinition, Abstraktionsniveau, Kodierregeln) gut umgesetzt werden konnte. Demnach konnte ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen erfolgen und die qualitative Textanalyse intersubjektiv nachvollziehbar machen (Fenzl & Mayring, 2017, S. 334). In Teilstudie II wurde überwiegend die deduktive Kategorienanwendung genutzt, wobei ein vorab theoriegeleitetes Kategoriensystem erstellt wurde (Mayring, 2015, S. 67), welches aus den Ergebnissen der Teilstudie I resultierte. Hierbei wurde ebenfalls die Software QCMap verwendet und das Datenmaterial theoriegeleitet und systematisch durchgegangen und entsprechende Textausschnitte dem Kategoriensystem zugeordnet. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung eine

fundierte Basis für qualitativ hochwertige Handlungsempfehlungen darstellen und dadurch die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zukünftig steigern kann sowie eine Grundlage für weitere Forschungen auf diesem Themengebiet darstellt.

6 Handlungsempfehlungen

In diesem Kapitel werden die übergreifenden Handlungsempfehlungen des Promotionsvorhabens dargestellt. Das Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige wird mittels der Ergebnisse aus der kommunikativen Validierung der Teilstudie II weiter konkretisiert. Die verhältnispräventiven Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf werden ebenfalls anhand der Ergebnisse aus der Teilstudie II um relevante Handlungsempfehlungen erweitert. Grundlegend konnte exploriert werden, dass sich die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf bestmöglich durch eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen optimieren lässt, was ebenfalls die Untersuchungen von Herrmann (2017) und Struve (2018) bereits aufzeigten. Das Gesundheitsförderungsprogramm wurde vor dem Hintergrund des Public Health Action Cycle (PHAC) nach Rosenbrock (1995) entwickelt. Der Public Health Action Cycle hat sich für die Planung und Umsetzung gesundheitsbezogener Interventionen als ein geeignetes Konzept herausgestellt (Kolip, 2006, S. 235). Demnach setzt das Gesundheitsförderungsprogramm an der Problemdefinition und an der Strategieformulierung an (Tempel, 2013, S. 15). Für die Problemdefinition werden zunächst Bedarfs- und Bedürfnisanalysen durchgeführt, was durch den theoretischen Hintergrund und der Untersuchungen von Herrmann (2017) und Struve (2018) erfolgte. Somit werden entsprechend Strategien formuliert, die das Problem reduzieren sollen, die sich an bereits bestehenden evidenzbasierten Konzepten orientierten. Dies erfolgte mittels der Entwicklung des Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige. Die Planungs- sowie Konzeptqualität bezieht sich auf die Grundlagen und Voraussetzungen bis zur Planung und Konzeption der Maßnahmen und kann aufgrund der wissenschaftlichen Arbeiten von Herrmann (2017) und Struve (2018) sowie des Einbezugs der wissenschaftlichen Literatur und der qualitativen Experteninterviews dieser Forschungsarbeit als erfüllt angesehen werden (Quint-Essenz: Gesundheitsförderung Schweiz, 2014). Diesbezüglich wurden die Bedarfe sowie Bedürfnisse der Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen für die Entwicklung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen ausreichend exploriert. Die Umsetzung der Strategien sowie eine entsprechende Evaluation konnte im Rahmen des Promotionsvorhabens aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen nicht durchgeführt werden, bietet aber dennoch ausreichend Ansatzpunkte für weitere Forschungen, praktische Umsetzungen und Evaluationen. Daher gilt es bei der Umsetzung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen, die Struktur-, Prozess- sowie Ergebnisqualität zu

überprüfen (Kolip, 2006, S. 237). Die Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen, Ausstattung und Organisation der Maßnahmen, die in der Entwicklung des Gesundheitsförderungsprogrammes bereits mitberücksichtigt wurde. Die Prozessqualität bezieht sich auf die Umsetzung und Durchführung der Maßnahmen und sollte stetig optimiert werden. Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die messbaren Ergebnisse der Maßnahmen und kann mittels qualitativer und quantitativer Erhebungsmethoden gesichert werden. Die Abbildung 73 stellt den Public Health Action Cycle mit den jeweiligen Qualitätsdimensionen dar.

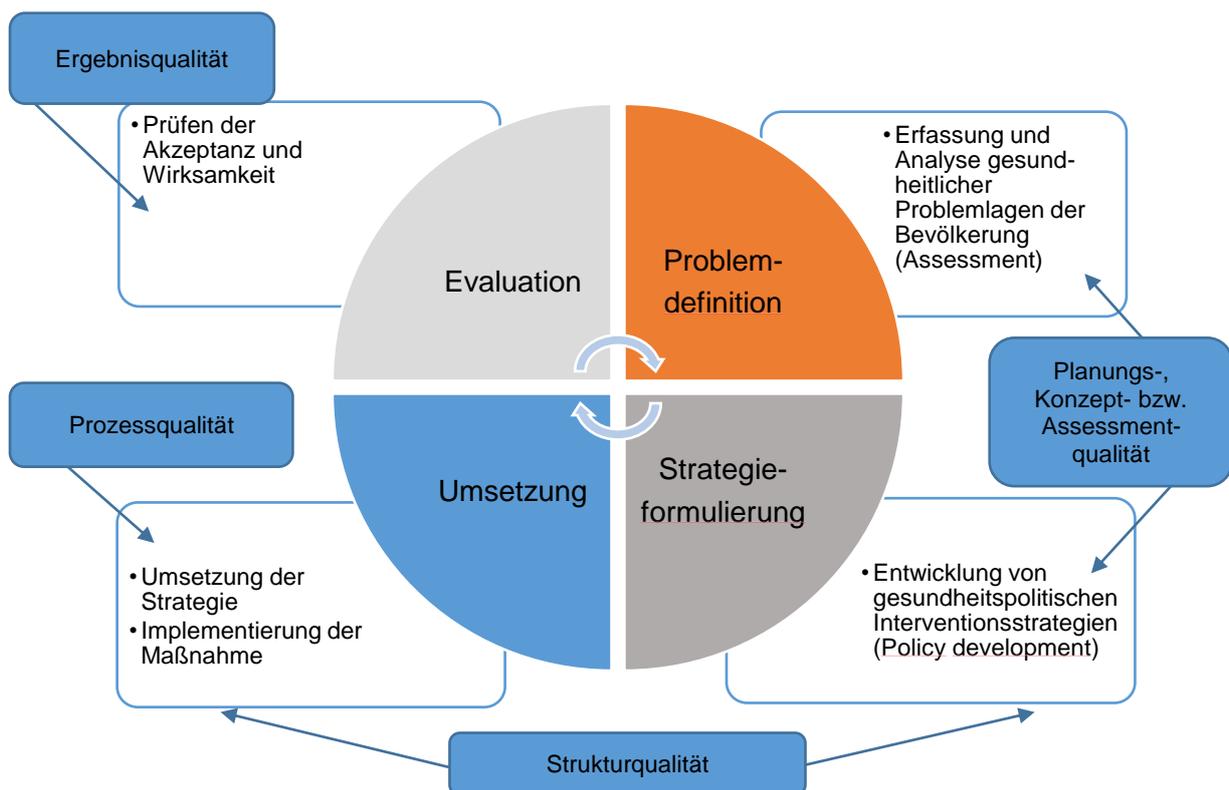


Abbildung 73: Der Public Health Action Cycle und die Verortung der Qualitätsdimensionen (entnommen aus Hampel, 2020; modifiziert nach Tempel, 2013, S. 14).

Die Abbildung 74 zeigt übergeordnet die Kernpunkte der Handlungsempfehlungen zur Förderung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Diese konnten in verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen unterteilt werden. Die verhaltenspräventiven Maßnahmen umfassen das in der vorliegenden Forschungsarbeit entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm und die verhältnispräventiven Maßnahmen die gesellschaftliche Sensibilisierung, eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur sowie die Förderung der politischen Aufmerksamkeit zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf.

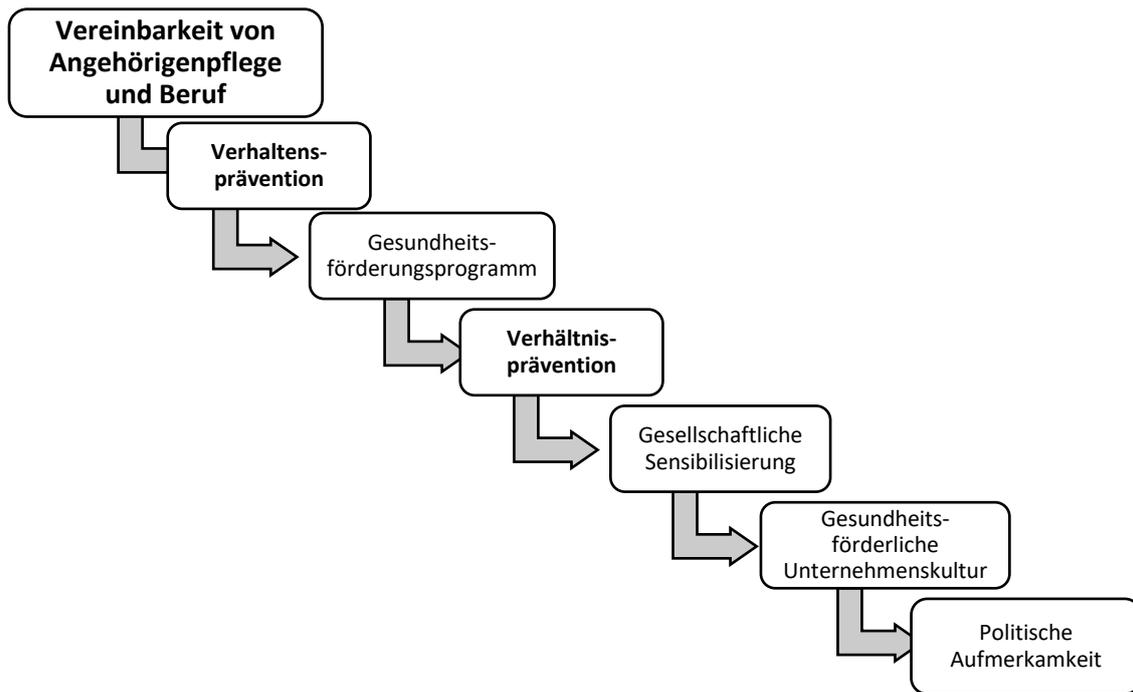


Abbildung 74: Förderung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf.

6.1 Verhaltensprävention: Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige

In diesem Kapitel wird das Konzept des entwickelten Gesundheitsförderungsprogrammes für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark vorgestellt, welches aus den Ergebnissen des Promotionsvorhabens entwickelt wurde. Das Gesundheitsförderungsprogramm nennt sich „Gewusst wie! Balance in Pflege & Beruf“. Die Abbildung 75 gibt einen Überblick über das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark, welches im weiteren Verlauf vorgestellt wird.

Rahmenbedingungen:

- 4-8 Wochen
- Pro Modul 1-2 Sitzungen á 90 Minuten (45 Minuten innerhalb der Arbeitszeit, 45 Minuten außerhalb der Arbeitszeit) → in Anschluss an den Feierabend; 1-mal pro Woche
- Gruppeneinteilung in kognitive Beeinträchtigungen und nicht kognitive Beeinträchtigungen
- Aufbau bzw. Auffrischungskurse nach 3 Monaten, 6 Monaten, 1 Jahr (außerhalb der Arbeitszeit)
- Setting: Betrieb (möglich als Fortbildungsmaßnahme oder Bildungsurlaub) oder Kommune
- Kursleiter: Professionelle Fachkräfte mit gesundheitswissenschaftlicher Ausbildung
- Zugangsgespräche vor der Teilnahme

Modul 1 (2x): Psychoedukation: Stärkung der Pflegekompetenz

- Informationsvermittlung und Aufklärung über gesetzliche & kommunale Unterstützungsangebote
- Umgang mit einer Pflegesituation
- Vermittlung von allgemeinen gesundheitsförderlichen Angeboten (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Entspannung) & kommunalen Angeboten für pflegende Angehörige (z.B. Entlastungs-, Beratungsangebote, Austausch mit Gleichgesinnten)

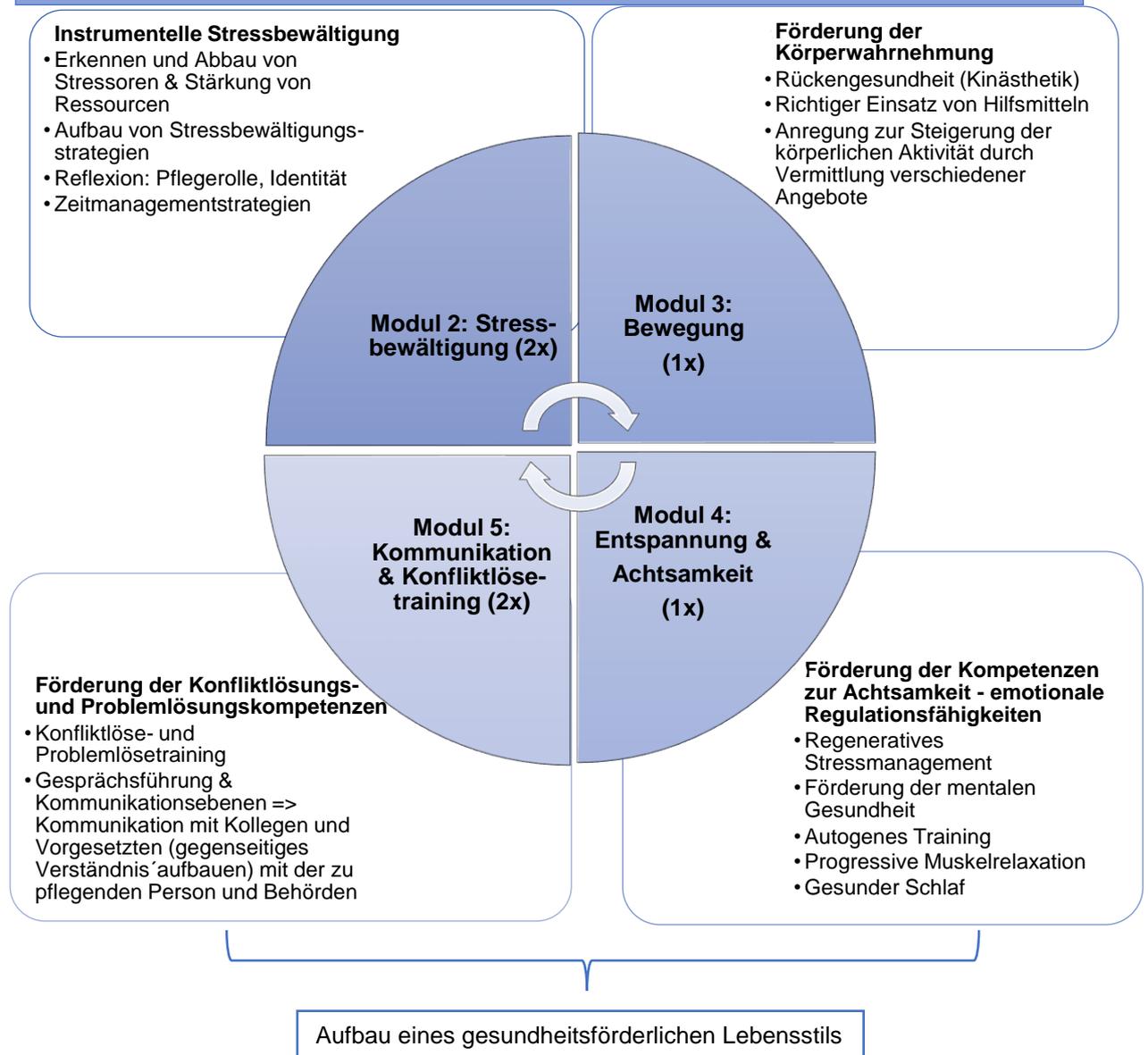


Abbildung 75: Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark.

Rahmenbedingungen. Das Gesundheitsförderungsprogramm „*Gewusst wie! Balance in Pflege & Beruf*“ ist nach einem so genannten *Baukastenprinzip* aufgebaut, sodass der zeitliche Rahmen und die Auswahl der Module flexibel gestaltet werden können. Der **zeitliche Rahmen** wurde dabei auf 4 bis 8 Wochen festgelegt und kann so den Bedürfnissen des Settings, in dem das Programm umgesetzt wird und an die Zielgruppe angepasst sowie den zeitlichen Ressourcen entsprechend in Anspruch genommen werden. Demnach gibt es **4 Basismodule** und **4 Vertiefungsmodule**. Die Basismodule bestehen aus den Themenfeldern *Psychoedukation, Stressbewältigung, Entspannung und Achtsamkeit* sowie *Kommunikation und Konfliktlösetraining*. Die Module *Psychoedukation, Stressbewältigung* und *Kommunikation und Konfliktlösetraining* enthalten außerdem noch eine Vertiefungseinheit. Das Modul 3 *Bewegung* wurde ebenfalls als Vertiefungsmodul festgelegt, da die Bedarfe hierbei z.B. bei der Inanspruchnahme von Pflegehilfsmitteln individuell unterschiedlich sind und in Dänemark die Inhalte des Moduls von externen Anbietern übernommen werden. So kann individuell entschieden werden, ob Bedarf bei den Teilnehmern für dieses Modul besteht. Die **Kurseinheiten** sind **90 Minuten** lang und finden **einmal pro Woche** statt, wobei dies ebenfalls flexibel an die jeweiligen Umgebungsbedingungen, wie z.B. den Schichtdienst angepasst, werden kann. Zu empfehlen ist, dass **45 Minuten** der Kurseinheiten als **Arbeitszeit** zählen und **45 Minuten** als **nicht Arbeitszeit** und die Einheiten sich an den Feierabend anschließen. Hinsichtlich der Diagnosen der pflegebedürftigen Personen wird bei einer ausreichenden Teilnehmeranzahl in Angehörige von **kognitiv beeinträchtigten Menschen** und **nicht kognitiv beeinträchtigten Menschen** unterteilt. Aus einem Interview mit einer dänischen Expertin konnte in der Teilstudie I festgehalten werden, dass eine Einteilung in kognitive Beeinträchtigungen und nicht kognitive Beeinträchtigungen indiziert erscheint, da die Diagnosen breiter gefasst sind, als eine Demenzdiagnose, aber nicht ausschließlich diagnoseübergreifend sind. Aus der Literatur sowie aus Teilstudie I ging außerdem hervor, dass eine Einteilung angemessen erscheint, da unterschiedliche Belastungen bei den pflegenden Angehörigen bestehen (Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital, 2020; Wilz & Pfeiffer, 2019; vgl. Kap. 3.6). Diese innovative Einteilung sollte aber zunächst im Rahmen einer Umsetzung erprobt werden. Die Einheiten werden von **professionellen Fachkräften** mit einer gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung durchgeführt und können durch **Multiplikatoren** im Rahmen von Peer-Edukation ergänzt werden. Bei den Multiplikatoren würde es sich um pflegende Angehörige oder ehemals pflegende Angehörige handeln, die von ihrer eigenen Erfahrung berichten können. Die Multiplikatoren würden vorab dementsprechend geschult werden. So können im Rahmen von Peer-Edukation durch Hilfe zur Selbsthilfe eigene Erfahrungen authentisch vermittelt werden (Wachter & Hendrichke, 2016, S. 150), Informationen über z.B. Unterstützungsmöglichkeiten und Erfahrungen im Umgang mit Belastungen oder über die Umsetzung im Alltag ausgetauscht werden.

Durch **Zugangsgespräche** vor der Durchführung des Programmes können die Erwartungen der Teilnehmer geklärt werden, und ob die Maßnahmen den Bedürfnissen entsprechen und geeignet zur Unterstützung der derzeitigen Situation sind. Um ausreichend Teilnehmer zu rekrutieren, sollte das Programm von Personen in Unternehmen, Pflegediensten oder Menschen aus dem Gesundheitswesen vermittelt und empfohlen werden, sodass eine „Bringstruktur“ besteht und ein niedrigschwelliger Zugang gegeben ist, um auch schwer erreichbare Zielgruppen, wie z.B. Migranten oder sozial benachteiligte Personen zu erreichen. Demnach werden Institutionen, wie z.B. Pflegedienste, Krankenkassen, die Kommune, Ärzte oder Apotheken im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit miteinbezogen, um auf das Programm aufmerksam zu machen und das Angebot zu vermitteln. Das übergeordnete Ziel des Gesundheitsförderungsprogrammes „*Gewusst wie! Balance in Pflege & Beruf*“ besteht in der **Förderung der Selbstfürsorge** der pflegenden Angehörigen, dem **Aufbau von gesundheitsförderlichen Ressourcen zur Stressbewältigung** sowie die **Umsetzung einer gelingenden Kommunikation** am Arbeitsplatz, mit dem Gesundheitswesen und der zu pflegenden Person, um Konflikte zu reduzieren. Für die Umsetzung der erlernten Inhalte im Alltag und dem Aufbau eines langfristigen und nachhaltigen gesundheitsförderlichen Lebensstils erhalten die Teilnehmer eine **Pflegemappe** mit den wichtigsten Materialien und Übungen für zu Hause. Außerdem besteht die Möglichkeit der Führung eines **Pflegetagesbuches**, in dem die aktuelle Situation, die Pflegetätigkeiten und emotionale sowie körperliche Befindlichkeit dokumentiert werden können. Das Pflegetagebuch (s. Anhang D4 – Entwurf Pflegetagebuch) wird über den gesamten Kursverlauf miteinbezogen und im Rahmen eines so genannten „*Job der Woche*“ regelmäßig ausgefüllt. Der „*Job der Woche*“ beinhaltet eine kurze wöchentliche Aufgabe, wie eine Art Hausaufgabe, um die erlernten Inhalte im Alltag zu erproben. Die Abbildung 76 zeigt eine Übersicht über die Basismodule und Vertiefungsmodule.

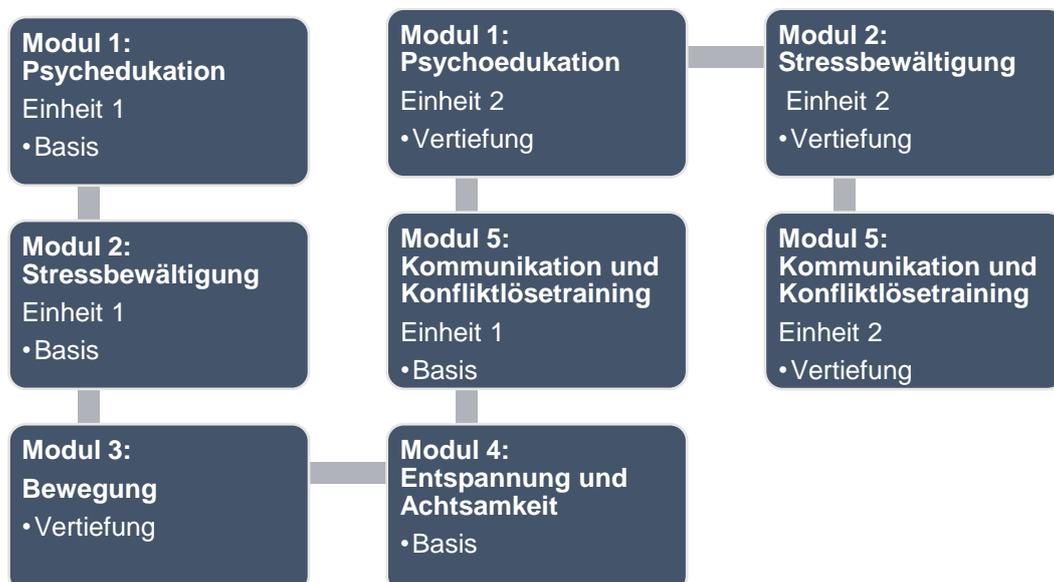


Abbildung 76: Übersicht über Basis- und Vertiefungsmodule des Gesundheitsförderungsprogrammes.

Die Abbildung 77 eine Übersicht über den allgemeinen Modulablauf des Gesundheitsförderungsprogrammes „*Gewusst wie! Balance in Pflege & Beruf*“. Jedes Modul beginnt mit einem Einstieg in Form einer Begrüßung oder eines kleinen Warm-ups, z.B. durch eine kurze Aktivierungsübung oder einem Rückblick der letzten Einheit. Der Job der Woche ist eine Aufgabe, die sich die Teilnehmer für die kommende Woche vornehmen, die thematisch zum Modul passt und dann im Alltag ausprobiert werden soll. Der Job der Woche wird dementsprechend am Anfang jeder Einheit besprochen und die Teilnehmer können ihre Erfahrungen untereinander austauschen. Der Mittelteil eines jeden Moduls besteht aus einem kurzen theoretischen Input des Modulthemas und einer praktischen Übung, in der die Theorie erprobt und auftretende Fragen und Barrieren geklärt werden können. Im Anschluss wird dann von jedem Teilnehmer ein neuer Job der Woche, der den individuellen Bedürfnissen entspricht, festgelegt. Danach folgt ein wenig Zeit für den gegenseitigen Austausch über das Thema, die Umsetzung des Jobs der Woche oder den Bedürfnissen der Teilnehmer entsprechenden relevanten Themen. Im Rahmen der beiden Teilstudien konnte exploriert werden, dass der gegenseitige Austausch der pflegenden Angehörigen besonders wichtig ist. In jedem Modul erfolgt eine Entspannungs- oder Aktivierungsübung, sodass verschiedene Entspannungstechniken und Aktivierungsübungen vorgestellt und ausprobiert werden können, um den Teilnehmern eine möglichst große Vielfalt aufzuzeigen, sodass jeder Teilnehmer für sich eine passende Technik finden kann. Die Auswahl der Übungen kann entsprechend den Bedürfnissen der Teilnehmer partizipativ oder Vorstellungen der Kursleiter abgewandelt werden. Zum Abschluss erfolgt eine Stundenevaluation, um auf die Kritik der Teilnehmer einzugehen, um eine ständige Prozessoptimierung zu gewährleisten und die Prozessqualität (vgl. Abbildung 73) zu überprüfen. Hierbei wird zum einen die Vier-Felder Evaluation oder eine mündliche Feedbackrunde eingesetzt. Zu allen Inhalten des Programmes gibt es zusammenfassende Materialien, die in der Pflegemappe abgeheftet werden können, sodass die pflegenden Angehörigen nach Abschluss des Kurses eine Übersicht mit den relevanten Inhalten erhalten und jederzeit nachlesen können.

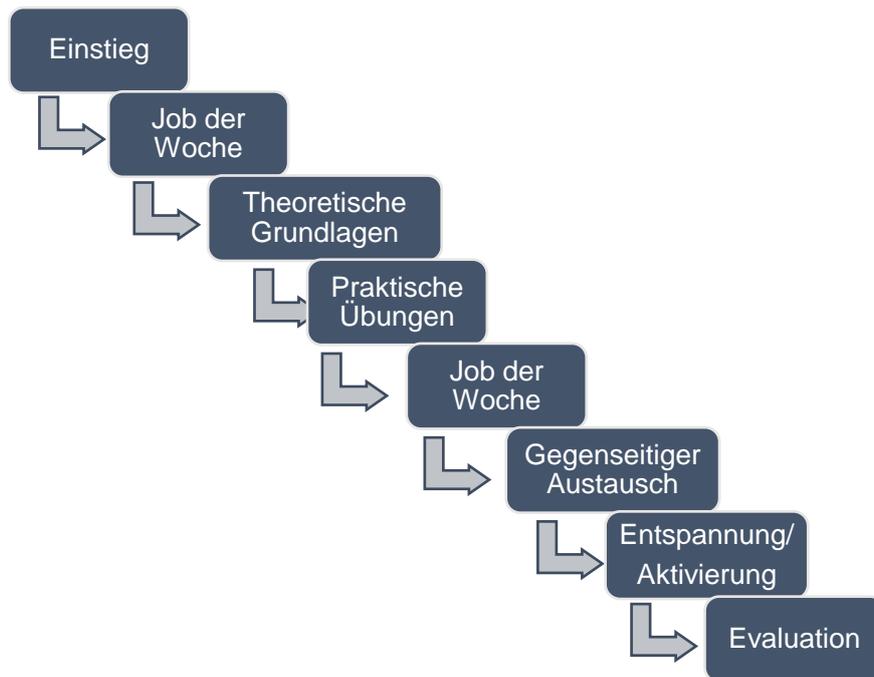


Abbildung 77: Allgemeiner Modulablauf.

Modul 1 Psychoedukation Einheit 1 – Basismodul. Wie bereits in den Handlungsempfehlungen zur Teilstudie I beschrieben, hat das Modul 1 des Gesundheitsförderungsprogrammes das Ziel, die Pflegekompetenz der Angehörigen zu stärken. Durch Psychoedukation sollen Patienten und ihre Angehörigen ein besseres krankheitsbezogenes Wissen aufbauen und dadurch soll die Compliance im Behandlungsverlauf erhöht werden, sodass die Krankheitsbewältigung und das Gesundheitsverhalten gefördert werden und Selbstverantwortung übernommen wird (Bäuml & Pitschel-Walz, 2016, S. 3; Wachter & Hendrichke, 2016, S. 6f). Die Tabelle 25 zeigt den Ablauf der Einheit 1 des Basismoduls *Psychoedukation*.

Tabelle 25: Modulablauf Modul 1: Psychoedukation Einheit 1 (Basis).

Modul 1		Ziel: Stärkung der Pflegekompetenz
Ablauf	Inhalt	Zeit
Einstieg	Vorstellungsrunde, Erwartungen klären, Vorstellung der Pflegemappe und des Pfl egetagebuches	15 min
Theoretische Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung und Aufklärung über gesetzliche & kommunale Unterstützungsangebote • Bei Bedarf Vermittlung zu gesundheitsförderlichen Angeboten (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Entspannung) 	30 min
Praktische Übungen: Gespräche	<ul style="list-style-type: none"> • Austausch und Fragenklärung zu den Maßnahmen oder Themen aus dem Themenpool 	15 min
Entspannung	Progressive Muskelrelaxation (PMR)	05 min
Job der Woche	Teilnehmer überlegen, was sie aus der Einheit zur Erleichterung des Pflegealltages mitnehmen können; Ausfüllen des Pfl egetagebuches	05 min
Gegenseitiger Austausch	Bedürfnisorientiert	15 min
Evaluation	Vier-Felder Evaluation	05 min
		Σ 90 min

Das Modul 1 beginnt mit einer Begrüßung der Teilnehmer sowie einer Vorstellungsrunde und klärt die Erwartungen der Teilnehmer an den Kurs. Die Pflegemappe sowie die mögliche Führung des Pfl egetagebuches werden vorgestellt. Es werden Informationen zur Inanspruchnahme von gesetzlichen und kommunalen Unterstützungsmöglichkeiten bei einer Pflegesituation vermittelt und entsprechende Informationsmaterialien ausgegeben, sowie die Pflegemappe, in der die Materialien über den gesamten Kursverlauf gesammelt werden können. Praktische Übungen erfolgen in dieser Einheit nicht, sondern es finden Gespräche und ein gemeinsamer Austausch sowie die Klärung von Fragen statt. Dabei können die pflegenden Angehörigen außerdem Anleitung, Schulung oder Beratung zum Umgang mit individuellen Pflegesituationen erhalten oder einen Termin für ein individuelles separat ablaufendes Beratungsgespräch vereinbaren. Den Teilnehmern wird ein möglicher Themenpool angeboten, nach dem sie auswählen können, welche Themen behandelt werden sollen, sodass die Auswahl den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe entspricht. Sie können hierbei auch selbst Wünsche zu Themen äußern (Partizipation). Themen für einen Themenpool können z.B. sein:

- Verständnis zwischen der Pflegebedürftigkeit und Angehörigenpflege
- Reduktion von Unsicherheit und Angst bei Ausführung der Pfl egetätigkeiten
- Unterstützung von Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit (Welche Gesundheitsverhaltensweisen werden umgesetzt?)
- Die Förderung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen professionellen Behandlern, Patienten und Angehörigen.

Weiterhin wird bei Bedarf auf allgemeine gesundheitsförderliche Angebote verwiesen und diese vermittelt, z.B. Bewegungsangebote, Angebote für eine gesunde und ausgewogene Ernährung, Stressbewältigung oder Entspannung, die in der Freizeit genutzt werden können. Kommunale Angebote, die pflegende Angehörige im Alltag entlasten können, z.B. in Form von Tagespflege oder Betreuung der pflegebedürftigen Person sowie individuelle Beratungsangebote oder Selbsthilfegruppen werden ebenfalls vermittelt. Das Modul 1 der *Psychoedukation* stellt zwar ein eigenständiges Modul dar, ist aber auch übergeordnet in den anderen Modulen mitenthalten und kann ebenso eigenständig für sich durchgeführt werden. Den Teilnehmern wird etwas Zeit für einen gegenseitigen Austausch und ggf. ein besseres Kennenlernen zur Verfügung gestellt. Als Entspannungsübung wird mit den Teilnehmern die Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson (1929) durchgeführt, die ebenso im Alltag bei wenig zeitlichen Ressourcen angewendet werden kann. Abschließend folgt eine Stundenevaluation, sodass ein umfassendes Feedback, Kritik und Anregungen durch die Teilnehmer gesammelt werden können. So können die Wünsche der Teilnehmer im weiteren Kursverlauf miteinbezogen werden. In diesem Modul wird die „Vier-Felder“ Evaluationsmethode eingesetzt, wobei ein Plakat in vier Feedbackfelder eingeteilt wird. Die Einteilung erfolgt über ein Feedback zum Thema des Moduls, zur Gestaltung des Moduls, zur Durchführung und zu Verbesserungsvorschlägen. Die Teilnehmer füllen die Felder schriftlich aus.

Modul 2 Stressbewältigung Einheit 1 – Basismodul. Das Modul 2 soll die Kompetenzen zur Stressbewältigung der pflegenden Angehörigen auf instrumenteller Ebene stärken und setzt beim Erkennen und Abbauen von bestehenden Stressoren an und soll gleichzeitig gesundheitsförderliche Ressourcen aufbauen, um die Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Freizeit zu verbessern. Die pflegenden Angehörigen sollen in diesem Modul lernen, ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen wieder richtig wahrzunehmen, denn diese werden aufgrund der Übernahme der Pflege sowie durch mangelnde Erholungs- und Kompensationsmöglichkeiten häufig vernachlässigt und führen zu einer geringen Widerstandskraft gegenüber Stressoren, was sich häufig in depressiven Verstimmungen äußert (Kaluza, 2018a, S. 157). Die Tabelle 26 gibt einen Überblick über den Modulablauf des Basismoduls 2.

Tabelle 26: Modulablauf Modul 2: Stressbewältigung Einheit 1 (Basis).

Modul 2		Ziel: Stärkung der instrumentellen Stressbewältigung
Ablauf	Inhalt	Zeit
Einstieg	Begrüßung und Stressnetz (Mohr, Korsch, Roch & Hampel, 2017, S. 182)	20 min
Job der Woche	Besprechung der Ergebnisse	05 min
Theoretische Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • Stresstheorie nach L. Pearlin (Kurzvortrag), Vorstellen des Modells und der verschiedenen Rollenbelastungen • Gegenseitiger Austausch zu Rollenbelastungen • 6 Problemlösestrategien nach Kaluza (2018b, S. 140f.) 	20 min
Praktische Übungen	<ul style="list-style-type: none"> • Problemlösetraining nach Kaluza (2018b, S. 139ff.) • Ausfüllen Stressdetektiv und Fragen zur Selbstreflexion (Kaluza, 2018b, S. 245f.) • Entwicklung eines Handlungsplanes für den Alltag 	25 min
Job der Woche	Pflegetagebuch; Handlungsplan anwenden	05 min
Entspannung	Phantasiereise	10 min
Evaluation	Feedbackrunde	05 min
		Σ 90

Das Stressnetz nach Mohr et al. (2017, S. 182) dient als Einstiegsmethode des Moduls 2 und soll den gegenseitigen Austausch unter den Teilnehmern über stressauslösende Situationen im Pflegealltag fördern. Die Kursteilnehmer haben die Aufgabe sich im Kreis aufzustellen. Dabei wird ein Wollknäuel von Teilnehmer zu Teilnehmer geworfen und der Teilnehmer, der das Wollknäuel hat, benennt eine Situation, die für ihn stresserzeugend ist. Beim Weiterwerfen wird die Schnur festgehalten. Die genannten stressauslösenden Situationen werden auf roten Pappkarten notiert und in innere und äußere Stressoren eingeteilt. Wenn das Stressnetz aufgebaut ist, wird den Teilnehmern erläutert, dass viele kleine Stresssituationen zusammen ein komplexes Netz bilden können und dieses Netz aufgelöst werden kann, indem die Stresssituationen Schritt für Schritt angegangen werden. Im zweiten Teil der Übung nennt jeder Teilnehmer eine mögliche Lösung für die eigene Stresssituation. Dies erfolgt in umgekehrter Reihenfolge, um das Stressnetz aufzulösen. Wenn das Stressnetz aufgelöst ist, wird zusammengefasst, dass viele Stresssituationen ein Netz aufbauen können, welches zunächst unüberwindbar erscheinen kann. Mit der richtigen Strategie kann es Schritt für Schritt wieder aufgelöst werden. Die Lösungsstrategien werden auf grüne Pappkarten geschrieben, sodass jeder Teilnehmer für sich eine Lösung für die individuelle Stresssituation erhält. Durch die Übernahme der Pflege (Pflegerolle) und hinzukommenden Belastungen aus weiteren sozialen Rollen, mit denen pflegende Angehörige täglich konfrontiert sind, wird vor diesem Hintergrund die soziologische Stresstheorie für pflegende Angehörige von Pearlin et al. (1990) erläutert. Dadurch sollen die pflegenden Angehörigen lernen, ihre Rolle zu erkennen und Verantwortung für sich selbst zu übernehmen, sodass bei auftretenden Rollenkonflikten Selbsthilfestrategien

entwickelt werden können und Methoden zur Selbsthilfe und Selbstfürsorge angewendet werden. Demnach werden die Auswirkungen von den primären Stressoren, die in Zusammenhang mit den Anforderungen aus der Übernahme der Pflege resultieren deutlich und wie diese sich auf weitere Lebensbereiche auswirken können. Daraus können gemeinsam Bewältigungsstrategien und das Nutzen von vorhandenen Ressourcen erarbeitet werden. Diesbezüglich werden den Teilnehmern die 6 Schritte der Problemlösestrategie nach Kaluza (2018b, S. 140f.) erläutert und als praktische Übung der „Stressdetektiv“ sowie Fragen zur Selbstreflexion (vgl. Kaluza, 2018b, S. 245f.) ausgefüllt, sodass die Teilnehmer die auftretenden Belastungen in Zukunft problemorientiert bewältigen können. Der Kasten 59 zeigt die 6 Schritte der Problemlösung nach Kaluza (2018b).

Kasten 59: Die 6 Schritte der Problemlösestrategie (modifiziert nach Kaluza, 2018b, S. 140f.).

Schritt 1: Dem Stress auf die Spur kommen

- Systematische Selbstbeobachtung von Belastungssituationen und -reaktionen
- Einsatz eines vereinfachten verhaltensanalytischen Schemas, um Stresserfahrungen als Verhalten-in-Situationen zu konkretisieren.

Schritt 2: Ideen zur Bewältigung sammeln

- Beteiligung der gesamten Kursgruppe für eine kreative bewertungsfreie Suche nach Möglichkeiten der Bewältigung der belastenden Situation

Schritt 3: Den eigenen Weg finden

- Unter Berücksichtigung der zu erwartenden Konsequenzen trifft der betreffende Teilnehmende eine Positivauswahl von den vorgeschlagenen Bewältigungsmöglichkeiten und entscheidet sich für eine.

Schritt 4: Konkrete Schritte planen

- Planung des konkreten Vorgehens bei der Realisierung des ausgewählten Vorschlags. Rollenspiele und Vorstellungsübungen können eingesetzt werden, um möglichst gut auf die Durchführung der Schritte im Alltag vorzubereiten.

Schritt 5: Im Alltag handeln

- Zentraler Schritt des Problemlöseprozesses (außerhalb des Kurses)

Schritt 6: Bilanz ziehen

- Ergebnisse der Durchführung (Schritt 5) werden bewertet und nach Gründen für Erfolg bzw. Misserfolg gesucht

Mithilfe der durch das Stressnetz erarbeiteten Stressoren und Bewältigungsstrategien, der 6 Schritte der Problemlösestrategien, dem Stressdetektiv und den Fragen zur Selbstreflexion sollen die Teilnehmer einen kurzen Handlungsplan für den Alltag entwickeln, welchen sie bei Bedarf und auftretenden Stressoren entsprechend anwenden können. Dieser gilt zunächst für einen häufig auftretenden Alltagsstressor und kann stetig weiter ergänzt werden. Der Job der Woche besteht darin, diesen Handlungsplan im Alltag anzuwenden und das Pfl egetagebuch

zu führen. Zum Abschluss des Moduls wird eine Phantasiereise durchgeführt, sodass sich die Teilnehmer entspannen können. Danach erfolgt als Stundenevaluation eine mündliche Feedbackrunde, wobei die Teilnehmer ihre Eindrücke zu der Moduleinheit kritisch äußern dürfen. Zwischendurch bleibt ausreichend Zeit für Fragen oder einem kurzen Austausch unter den Teilnehmern.

Modul 3 Bewegung – Vertiefungsmodul. Das Modul 3 dient als Vertiefungsmodul, da sich die Bedarfe bei der Zielgruppe sehr unterscheiden, und ob es sich um pflegende Angehörige von Menschen mit psychischen oder physischen Beeinträchtigungen handelt. Weiterhin wurde im Rahmen der beiden Teilstudien exploriert, dass die Thematiken dieses Moduls in Dänemark von externen Institutionen übernommen werden. Demzufolge sollte den Bedürfnissen der Teilnehmer sowie entsprechend des Settings, in dem das Modul durchgeführt wird, die Auswahl zur Durchführung dieses Moduls getroffen werden. Das Modul 3 hat das Ziel, die allgemeine Körperwahrnehmung der pflegenden Angehörigen bei der Ausführung von Pflegetätigkeiten und für den eigenen Alltag zu fördern sowie ein Verständnis zu schaffen, dass eine moderate körperliche Aktivität im Alltag wichtig ist und zur Bewältigung von Stress beitragen kann (vgl. Kaluza, 2018b, S. 176). Die Tabelle 27 zeigt den Modulablauf des Vertiefungsmoduls *Bewegung*.

Tabelle 27: Modulablauf Modul 3: Bewegung (Vertiefung).

Modul 3		Ziel: Förderung der Körperwahrnehmung und Steigerung der körperlichen Aktivität
Ablauf	Inhalt	Zeit
Einstieg	Lockerungsübungen: Kopf hin und her drehen, Schultern kreisen, Katzenbuckel, Nacken strecken	05 min
Job der Woche	Besprechung	05 min
Theoretische Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> Kinästhetik (Kursvortrag Physiotherapeut/Kinästhetik Trainer) Bedeutung von Alltagsaktivität (Kursvortrag) Vermittlung: Beratungsangebote für Hilfsmittel, verschiedene Bewegungsangebote (Nordic Walking, Joggen, Fitness, Yoga etc.) Empfehlungen für Training zu Hause (Videos) 	30 min
Praktische Übungen	Anleitung für Übungen zur Rückengesundheit und Kinästhetik durch einen Physiotherapeuten/Kinästhetik Trainer	30 min
Job der Woche	Pflegetagebuch; 1 Übung aus dem Kurs zu Hause umsetzen	05 min
Evaluation	Feedbackrunde	05 min
Abschluss	Gegenseitiger Austausch; Fragen an den Physiotherapeuten/Kinästhetik Trainer (bedürfnisorientiert)	10 min
		Σ 90 min

Das Modul 3 beginnt mit einer kurzen Bewegungsübung, bei der Lockerungsübungen zum Einstieg durchgeführt werden. Anschließend wird der Job der Woche der letzten Einheit besprochen. Wenn die professionelle Fachkraft, die die Kurseinheiten durchführt, nicht über eine physiotherapeutische oder kinästhetische Ausbildung verfügt, sollte ein Physiotherapeut bzw. Kinästhetik Trainer hinzugezogen werden, sodass eine adäquate Anleitung sowie Überprüfung der Ausführung der Übungen gewährleistet werden kann. Pflegende Angehörige weisen einen besonderen Bedarf an der Stärkung bzw. dem Erhalt der Muskulatur, der Rückengesundheit (Kinästhetik) sowie dem richtigen Einsatz und Umgang mit Hilfsmitteln zur Unterstützung des Pflegebedürftigen auf, denn es entstehen durch die Ausführung der Pflegetätigkeiten häufig körperliche Beschwerden (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 70; KMD, 2018, S. 18; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.). Dem kann durch das Erlernen der richtigen Techniken in Form von Kinästhetik entgegengewirkt werden. Als Kinästhetik wird die Lehre aus Bewegung und Wahrnehmung verstanden, die zur Bewegungsempfindung führt und die eigene sowie die fremde Körperbewegung analysiert, sodass die Bewegungsabläufe einfach und kraftsparend ablaufen können (Daldrup & Keggenhoff, 2018, S. 30).

Demzufolge erhalten die pflegenden Angehörigen zunächst einen Kurzvortrag über die wichtigsten Grundlagen der Kinästhetik sowie über die Bedeutung für die Gesundheit von regelmäßiger moderater Alltagsaktivität. Dabei werden außerdem Beratungsstellen für den richtigen Umgang mit Hilfsmitteln für die pflegebedürftige Person und verschiedene regionale Bewegungsangebote, wie z.B. Nordic Walking, Joggen, Fitness, Yoga usw. vermittelt. Außerdem werden Vorschläge und Plattformen aufgezeigt, sodass in Form von Videos die Bewegungsübungen digital von zu Hause durchgeführt werden können. Dies hat den Vorteil, dass es zeitlich flexibel durch kurze Einheiten in den Alltag integriert werden kann und so den Aufbau eines gesundheitsförderlichen Bewegungsverhaltens unterstützt (Hetzl et al., 2016, S. 16). Im Setting Betrieb kann auf entsprechende Kooperationen mit Fitnessstudios, bestehende Kursangebote von Krankenkassen oder betriebsinterne Sportangebote zur Steigerung der körperlichen Aktivität hingewiesen werden. Durch die Anleitung und Durchführung von einigen ausgewählten relevanten Übungen zur Rückengesundheit und Kinästhetik, die im Rahmen der Einheit von dem Physiotherapeuten/ Kinästhetik Trainer durchgeführt werden, sollen die pflegenden Angehörigen lernen, die Pflegetätigkeiten rücken-schonend auszuführen. Außerdem können durch die Übungen die Rückengesundheit und die Beweglichkeit aufrechterhalten und gefördert werden. Durch das Erlernen kinästhetischer Methoden wird die eigene Körperwahrnehmung und die der zu pflegenden Person besser wahrgenommen und erhält sowie fördert gleichzeitig das Maß an Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person (Daldrup & Keggenhoff, 2018, S. 30). Bei den praktischen Übungen durch den professionellen Trainer haben die pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich unter genauer Anleitung auszuprobieren und den Bedürfnissen entsprechend geeignete Übungen

zu finden. Als Job der Woche soll das Pfl egetagebuch weitergeführt werden sowie eine Übung entsprechend der individuellen Bedürfnisse ausgewählt und zu Hause umgesetzt werden. Als Stundenevaluation erfolgt eine kurze mündliche Feedbackrunde, um im Anschluss noch Zeit und Raum für Fragen an den Physiotherapeuten/ Kinästhetik Trainer und für einen gegenseitigen Austausch zu geben. Zu den durchgeführten Übungen sowie Angeboten werden den Teilnehmern entsprechende Informations- und Anleitungsmaterialien ausgegeben, die in der Pflegemappe abgeheftet werden können.

Modul 4 Entspannung und Achtsamkeit – Basismodul. Das Modul 4 soll die Kompetenzen der pflegenden Angehörigen, sich im Alltag zu entspannen und achtsam zu handeln, fördern. Dabei werden sowohl körperliche sowie mentale Entspannung durch Techniken des regenerativen Stressmanagements umgesetzt (Kaluza, 2018b, S. 74). Die Tabelle 28 zeigt die Übersicht des Moduls 4 zur *Entspannung und Achtsamkeit*.

Tabelle 28: Modulablauf Modul 4: Entspannung und Achtsamkeit (Basis).

Modul 4 Ziel: Förderung der Kompetenzen zur Entspannung und Achtsamkeit		
Ablauf	Inhalt	Zeit
Einstieg	Einordnung auf einer Skala zum Wohlbefinden	05 min
Job der Woche	Besprechung der Ergebnisse	05 min
Theoretische Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • Kurzvortrag: Stressverschärfende und förderliche Denkmuster (Kaluza, 2018b, S. 124ff.; S. 228ff.) • Was ist genau Entspannung und Achtsamkeit? • Gesunder Schlaf und Schlafhygiene: Handout „<i>Erholsam schlafen: 9 Regeln für einen gesunden Schlaf</i>“ (Kaluza, 2018b, S. 257) 	15 min
Praktische Übungen	Übung: Checkliste: Stressverschärfende Gedanken (Kaluza, 2018b, S. 231) Achtsamkeit (Gehmeditation)	30 min
Entspannung	Genussregeln (Koppenhöfer, 2018) Genussübung (Mohr et al., 2017, S. 136)	05 min
Job der Woche	Pfl egetagebuch; 1 Entspannungs- oder Achtsamkeitsübung im Alltag anwenden	05 min
Evaluation	Vier-Felder Evaluation	05 min
Abschluss	Einordnung auf Skala zum Wohlbefinden	05 min
Gegenseitiger Austausch	Bedürfnisorientiert	15 min
		Σ 90

Zum Einstieg sollen sich die Teilnehmer auf einer Skala zum derzeitigen Wohlbefinden einordnen. Dies soll die Selbstwahrnehmung für das eigene Wohlbefinden und die Bedürfnisse verbessern. Zum Abschluss wird nochmals das Wohlbefinden der Teilnehmer abgefragt und geschaut, ob es sich durch die Einheit und Übungen verbessert hat. Dadurch sowie durch die

Anwendung von Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen können dysfunktionale Kognitionen und Stress reduziert und das körperliche Wohlbefinden und die Lebensqualität gesteigert werden (Ströhle et al., 2010, S. 2). Weiterhin wird so die bewusste Wahrnehmung und Akzeptanz von externen und internen Stressoren, die durch die Pflegesituation und den Alltag auftreten können, gefördert und die eigenen Leistungsgrenzen können mehr Beachtung finden. Nach der Einordnung auf der Skala zum Wohlbefinden wird zunächst der Job der Woche besprochen und anschließend folgt ein Kurzvortrag über stressverschärfende sowie -förderliche Denkmuster. Dadurch soll die achtsame Wahrnehmung und die Reflexion von stressverschärfenden Denkmustern und Einstellungen gefördert werden und gleichzeitig in stressreduzierende Denkmuster und Einstellungen umgewandelt werden (Kaluza, 2018b, S. 116). Dabei werden die individuellen Einstellungen, Bewertungen und Gedanken, die zu einer Stressreaktion führen oder diese verschärfen z.B. in Form von Selbstvorwürfen, negativem Denken, Jammern etc. bewältigt, verhindert, gelindert oder toleriert. Außerdem erfolgt eine Begriffsdefinition von Entspannung und Achtsamkeit und es werden mögliche Übungen, die einfach in den Alltag zu integrieren sind, vorgestellt. Außerdem wird die Bedeutung für einen gesunden Schlaf und Schlafhygiene thematisiert, da die Schlafqualität aufgrund der vielen Belastungen von pflegenden Angehörigen häufig leidet und die Alltagsstressoren verschärft (Danske Patienter, 2019b, 2ff.; Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.). Dabei wird auf den Umgang mit Müdigkeit und Schlaf eingegangen und die Ursachen für schlechten Schlaf und Müdigkeit im Alltag identifiziert (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017, S. 59, S. 74). Als praktische Übung wird die Checkliste für stressverschärfende Gedanken nach Kaluza (2018b, S. 231) ausgefüllt und als Achtsamkeitsübung eine Gehmeditation durchgeführt, sodass die Teilnehmer achtsam ihre Umgebung wahrnehmen können. Als Entspannungsübung wird danach ein Genuss-training mit den Teilnehmern durchgeführt, wobei die „*Genussregeln*“ nach Koppenhöfer (2018, S. 43) vorgestellt und eine praktische Übung durchgeführt wird. Der Kasten 60 stellt die Genussregeln übersichtlich dar. Die Materialien werden alle in Form von Handouts zum Abheften in die Pflegemappe ausgeteilt.

Kasten 60: Genussregeln (entnommen aus Koppenhöfer, 2018, S. 43).

1. Genuss braucht Zeit (Prozess der Entstehung eines Gefühls beobachten)
2. Genuss muss erlaubt sein (Genussverbote und Tabus aufspüren und aufheben)
3. Genuss geht nicht nebenbei (Training der Aufmerksamkeitsfokussierung und der Achtsamkeit)
4. Jedem das Seine/Genuss ist Geschmackssache (Wissen, was einem ganz individuell guttut)
5. Weniger ist mehr (durch Beschränkung wird der gesamte Reiz einer Stimulanz erst fassbar)
6. Ohne Erfahrung kein Genuss (Diskriminationstraining)
7. Genuss ist alltäglich (die Außerordentlichkeit des Alltags erkennen lernen)

Der Kasten 61 stellt die Anleitung der praktischen dar. Bei der Genussübung handelt es sich um eine Achtsamkeitsübung, bei der die Teilnehmer ihre Aufmerksamkeit auf den Genuss eines Lebensmittels konzentrieren sollen. Es werden verschiedene Genussmittel, wie z.B. Schokolade, Obst, Weingummi etc. zur Verfügung gestellt (Mohr et al., 2017, S. 126). Die Teilnehmer werden von dem Kursleiter durch das Vorlesen der Übung angeleitet.

Kasten 61: Anleitung zur Genussübung (entnommen aus Mohr et al., 2017, S. 136).

Anleitung zur Genussübung

Sie erhalten nun die Gelegenheit, einen Geschmack ausgiebig zu erforschen. Dabei sollen meine Worte Ihnen helfen, sich auf den ausgesuchten Geschmack besser einlassen zu können. Falls Sie sich an irgendeiner Stelle durch meine Anweisungen gestört fühlen, dann blenden Sie diese einfach aus und folgen Ihren eigenen Gedanken und Bildern. Sollten sich an irgendeiner Stelle unangenehme Gedanken einstellen, schieben Sie diese fort. – Genießen ist erlaubt!

- Setzen Sie sich so bequem wie möglich auf Ihren Stuhl und nehmen Sie Ihr persönliches Genussmittel in Ihre Hände.
- Wenn Sie möchten, schließen Sie nun die Augen. Nehmen Sie sich einen Moment Zeit für sich. (3 Sekunden)
- Atmen Sie ruhig und regelmäßig ein und aus und lassen eine Atempause entstehen. (5 Sekunden)
- Folgen Sie ganz dem Rhythmus Ihres Atems. Nur Ihre ruhigen und regelmäßigen Atemzüge sind wichtig, sonst nichts. (10 Sekunden)
- Nehmen Sie nun Ihr Genussmittel und stecken Sie es sich genüsslich in den Mund. Schließen Sie dabei die Augen, atmen Sie langsam ein und aus. (5 Sekunden)
- Richten Sie nun Ihre Aufmerksamkeit ganz auf Ihren Mund. (3 Sekunden)

- Nehmen Sie den Geschmack wahr. (5 Sekunden)
- Wo in Ihrem Mund ist dieser Geschmack am ausgeprägtesten wahrnehmbar? (3 Sekunden)
- Lassen Sie sich den Geschmack im wahrsten Sinne des Wortes langsam und genüsslich auf der Zunge zergehen. (10 Sekunden)

- Wenn Sie mögen, können Sie das Lebensmittel langsam mit Ihren Zähnen zerkleinern oder mit der Zunge zerdrücken. (3 Sekunden)
- Was ändert sich nun am Geschmack? (5 Sekunden)
- Wie schmeckt es jetzt? (3 Sekunden)
- Beschreiben Sie das Geschmackserlebnis der besonderen Art in Ihren Gedanken. (15 Sekunden)

- Wenn Sie Ihr Genussmittel ausreichend genossen haben, schlucken Sie es nun herunter. (Abwarten, bis alle Teilnehmer ihr Genussmittel heruntergeschluckt haben)

- Ihr Atem geht ruhig und regelmäßig. (3 Sekunden)
- Nun kommen Sie langsam zurück. (3 Sekunden)
- Atmen Sie tief ein und wieder aus. (5 Sekunden)
- Und noch einmal ein und aus. (3 Sekunden)

Öffnen Sie die Augen und strecken Sie sich ausgiebig.

Als Job der Woche soll das Pfl egetagebuch weitergeführt werden und eine Entspannungs- oder Achtsamkeitsübung im Alltag angewendet und ausprobiert werden, die den Teilnehmern bereits im Kurzvortrag vorgestellt wurde. Hierbei wird den Teilnehmern ein *Schnupper-spaziergang* in der Natur als Beispiel vorgeschlagen, bei der sich die Teilnehmer auf die Gerüche in der Umgebung konzentrieren sollen (Mohr et al., 2017, S. 137). Das Trainings-manual *Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention* von Mohr et al. (2017, S. 137) beinhaltet hierzu ein Arbeitsblatt „Eine Sin(n)fonie für die Nase“, welches ergänzend ausgefüllt werden kann und die Teilnehmer ihre Eindrücke und Wahrnehmungen festhalten können. Das Arbeitsblatt befindet sich im Anhang D5 – Arbeitsblatt Schnupper-spaziergang. Zum Ende wird den Teilnehmern Zeit und Raum für den gegenseitigen Austausch oder die Klärung von Fragen zur Verfügung gestellt.

Modul 5 Kommunikation und Konfliktlösetraining Einheit 1 – Basismodul. Das Modul 5 hat das Ziel, die Kompetenzen zur Konflikt- und Problemlösung sowie die Kommunikationsfähigkeiten der pflegenden Angehörigen zu stärken, sodass die Entstehung von Konflikten mit Kollegen, Vorgesetzten, Behörden, dem Gesundheitspersonal und der zu pflegenden Person reduziert werden können. Denn hierbei treten im Alltag von pflegenden Angehörigen häufig Konflikte auf, die als externe Stressoren die Gesundheit der pflegenden Angehörigen beeinträchtigen können (Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 7ff.). So kann eine Förderung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen professionellen Behandlern, Patienten und Angehörigen besser umgesetzt werden, wobei alle Sektoren miteinbezogen werden müssten. Im Rahmen dieses Programmes gilt es zunächst die individuellen Kompetenzen der Zielgruppe zu stärken. Die Tabelle 29 stellt den Überblick über den zeitlichen Ablauf der Themen des Moduls 5 dar.

Tabelle 29: Modulablauf Modul 5: Kommunikation und Konfliktlösetraining Einheit 1 (Basis).

Modul 5		
Ziel: Förderung der Kommunikations-, Konfliktlöse- und Problemlösekompetenzen		
Ablauf	Inhalt	Zeit
Einstieg	„Geschichte mit dem Hammer“ Paul Watzlawick	05 min
Job der Woche	Besprechung	05 min
Theoretische Grundlagen	Kurzvortrag: Grundlagen der Kommunikation; Ebenen der Kommunikation nach Paul Watzlawick, Schulz von Thun (1977; Vier-Ohren-Modell)	25 min
Praktische Übungen	Rollenspiele zu verschiedenen Kommunikationssituationen	30 min
Entspannung	Autogenes Training (AT) nach Schultz (1932)	05 min
Job der Woche	Pfl egetagebuch; Ausprobieren von erlernten Kommunikationstechniken im Alltag	05 min
Gegenseitiger Austausch	Bedürfnisorientiert oder zum Thema Kommunikation und der bereits gemachten Erfahrungen	10 min
Evaluation	Feedbackrunde	05 min
		∑ 90

Als Einstieg wird den pflegenden Angehörigen die „*Geschichte mit dem Hammer*“ von Paul Watzlawick vorgelesen, um zu verdeutlichen wie Missverständnisse durch Gedanken und Kommunikation entstehen können. Anschließend wird gemäß dem Ritual des Gesundheitsförderungsprogrammes der Job der Woche besprochen. In einem Kurzvortrag werden die Grundlagen der Kommunikation vermittelt und die Ebenen der Kommunikation nach Paul Watzlawick und das Vier-Ohren-Modell nach Schulz von Thun erklärt und Beispiele für Kommunikationsprobleme sowie eine gelingende Kommunikation vorgestellt. Dabei wird vor allem die Kommunikation zwischen verschiedenen Interaktionspartnern, wie z.B. dem Gesundheitswesen oder der zu pflegenden Person fokussiert, denn eine gestörte Beziehungsebene zwischen den Kommunikationspartnern kann zur Entstehung von Konflikten führen (Haller, 2018, S. 29). Für eine gelingende Kommunikation ist es von Bedeutung, dass die Inhalts- sowie die Beziehungsebene berücksichtigt und analysiert werden, was beispielsweise auf der Grundlage des *Vier-Ohren-Modells* von Friedemann Schulz von Thun (1977) erfolgen kann. In dem Modell werden die vier zentralen Ebenen berücksichtigt (Schulz von Thun, 2018, S. 27ff.): der zu übermittelnde Sachinhalt, die persönliche Selbstoffenbarung, der Appell mit einem bestimmten Ziel und die Beziehung zum Empfänger. Durch Rollenspiele sollen die pflegenden Angehörigen lernen, die vermittelten Inhalte anzuwenden und Kommunikationstechniken sollen erprobt werden. Dazu bekommen die pflegenden Angehörigen verschiedene Fallbeispiele zu häufig auftretenden Kommunikationssituationen bei einer Pflegesituation vorgelegt und sollen versuchen, sich in die Situation hineinzusetzen. Hinsch und Pflingsten (2007, S. 186) stellen dar, dass der Trainer bei Rollenspielen in Gruppensettings eine bedeutende Rolle spielt und bessere Erfahrungen festgestellt werden konnten, wenn der Trainer aktiver Part des Rollenspiels ist, da er auftretende Schwierigkeiten besser kontrollieren kann. Außerdem wird der Übungscharakter des Rollenspiels hinsichtlich konkreter Verhaltens- und Kommunikationsfertigkeiten deutlicher, wenn der Trainer die Partnerrolle einnimmt. Die Teilnehmer sollen die Rollenspiele in Modul 5 dennoch unter sich durchspielen. Der Trainer geht dabei von Gruppe zu Gruppe und hört aktiv zu und kann sich bei Schwierigkeiten einschalten. Nach Beendigung der Rollenspiele werden die Erfahrungen und Erkenntnisse im Plenum diskutiert und der Trainer sowie die Teilnehmer können Feedback geben. Dabei wird das Feedback des Trainers von den Teilnehmern häufig besser aufgenommen, als die Rückmeldung der Teilnehmer (Hinsch & Pflingsten, 2007, S. 186), weshalb ein Feedback des Trainers bedeutsam ist. Dies kann durch die aktive Teilnahme des Trainers während der Rollenspiele gegeben werden. Die Teilnehmer sollten aber auch die Möglichkeit bekommen, ein Feedback zu geben, um sie aktiv miteinzubeziehen. Die nachfolgenden Themen für Fallbeispiele können berücksichtigt werden:

- Fallbeispiel 1: Arbeitsplatz; Kommunikation mit Kollegen (Absprache von Arbeitszeiten)
- Fallbeispiel 2: Arbeitsplatz; Kommunikation mit Vorgesetzten (Flexibilität)
- Fallbeispiel 3: Kommunikation im Gesundheitswesen - Teilhabe am Behandlungsprozess
- Fallbeispiel 4: Kommunikation mit Behörden (Antragstellung für z.B. Pflegezeit)
- Fallbeispiel 5: Kommunikation mit der pflegebedürftigen Person

Durch die Rollenspiele können außerdem die Fähigkeiten zur Sozialkompetenz und sozialer Interaktion sowie Kommunikation gefördert werden, sodass die pflegenden Angehörigen dazu befähigt werden, ihre eigene Person sowie ihren Interaktionspartner entsprechend wahrzunehmen und zu bewerten (Petermann, 2002, S. 175). Hinsch und Pflingsten (2007, S. 90) definieren als soziale Kompetenz *„die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen“*. Dabei sollen durch die Rollenspiele die positiven Konsequenzen in verschiedenen sozialen Situationen, in denen pflegende Angehörige sich befinden können, gefördert werden und Strategien entwickelt werden, wie negative Konsequenzen vermieden werden können. Durch den Aufbau eines sozialkompetenten Verhaltens kann außerdem die Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen gestärkt werden, sodass der Pflegealltag entsprechend der eigenen Bedürfnisse und des Wohlbefindens ausgerichtet werden kann, in dem z.B. Aufgaben delegiert werden und Überforderung vermieden wird. Die Selbstfürsorge und Gesundheit der pflegenden Angehörigen stellt im Pflegealltag eine langfristige Selbstaufgabe dar (Asendorpf, 2019, S. 105). Durch eine bewusste Abgrenzung können Konflikte reduziert werden, die Qualität der Pflege und das Wohlbefinden aller Beteiligten verbessert sowie die Selbstwirksamkeitserwartung der pflegenden Angehörigen gefördert werden. So können durch die subjektive Überzeugung des eigenen Handelns die Anforderungen im Alltag bewältigt werden und demzufolge als Ressource zur Reduktion von Stressoren beitragen (Faltermaier, 2017, S. 186). An die Rollenspiele anschließend wird als Entspannungsübung das Autogene Training (AT) nach Schultz (1932) ausprobiert. Der Job der Woche besteht darin, das Pflage tagebuch weiterzuführen und die erlernten Kommunikationstechniken im Alltag auszuprobieren und anzuwenden. Anschließend wird den pflegenden Angehörigen Zeit gegeben, sich über selbst ausgewählte Themen auszutauschen, Erfahrungen zur Kommunikation zu teilen oder offene Fragen zu klären. Zum Abschluss des Moduls findet eine kurze Feedbackrunde zur Stundenevaluation statt.

Vertiefungsmodule. Die Vertiefungsmodule sind im Anhang D6 – Vertiefungsmodule zu finden und werden aufgrund der Komplexität lediglich inhaltlich kurz beschrieben. In Einheit 2 zur **Psychoedukation** wird ein (ehemals) pflegender Angehöriger eingeladen, der einen guten Umgang mit der Pflegesituation im Alltag aktuell hat oder bereits einen Pflegealltag erfolgreich bewältigt hat. So können Praxistipps und Erfahrungen ausgetauscht werden. In beiden Teilstudien konnte exploriert werden, dass vor allem der gegenseitige soziale Austausch für die Zielgruppe bedeutsam ist. Außerdem wird das Thema des Umganges mit Vollmachten und Testamenten behandelt und was es hierbei zu beachten gilt. Bedürfnisorientiert können weitere Themen angesprochen und Fragen rund um die individuellen Pflegesituationen besprochen werden. Als Entspannungsübung wird abschließend die Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson (1929) eingesetzt und eine Feedbackrunde als Stundenevaluation durchgeführt. In der Einheit 2 zur **Stressbewältigung** erfolgt als Einstieg eine kurze Aktivierungsübung. Bei der Aktivierungsübung „*Klatschen weitergeben*“ nach Häuser (2019) stehen alle Teilnehmer im Kreis. Ein Klatschen wird im Kreis weitergegeben, dabei können folgende vier verschiedene Varianten des Klatschens angewendet werden:

1. Mit steigender Geschwindigkeit
2. ein zweites Klatschen verfolgt das erste Klatschen
3. Doppelklatschen bedeutet Richtungswechsel
4. Bestimmten Rhythmus klatschen (z.B. Dreiviertel-Takt)

Alle vier Varianten werden ausprobiert, um die Konzentration und Aufmerksamkeit der Teilnehmer zu wecken und zu fördern. Im Anschluss wird der jeweilige Job der Woche aus der letzten Einheit besprochen. Die pflegenden Angehörigen erhalten einen Kurzvortrag über Stress im Alltag und deren Auswirkungen, wobei anschließend mit den Teilnehmern gemeinsam die individuellen Gründe für Zeitstress besprochen und Strategien dem entgegen zu wirken, vorgestellt werden. Dazu dienen die Trainingsmaterialien nach Kaluza (2018b, S. 190f.). In Form von Handouts und Arbeitsmaterialien können sich die pflegenden Angehörigen im praktischen Teil des Moduls selbst einlesen und die für sie relevanten Aspekte vertiefen. Dazu dienen die Arbeitsmaterialien: „*Warnsignale für Stress*“ (Kaluza, 2018a, S. 45f.), „*Keine Zeit? – Gründe und Hintergründe*“ (Kaluza, 2018b, S. 271), Prioritäten setzen mit der Vierfelder-Tafel (Kaluza, 2018b, S. 272f.) und „*Hinweise für einen gesunden Gebrauch der Zeit: Zeit richtig planen*“ (Kaluza, 2018b, S. 274). Die pflegenden Angehörigen sollen durch eine realistische Zeitplanung mit bewussten Auszeiten von der Pflege Unterstützung bekommen, die Familie/Pflege, den Beruf und die eigene Freizeit besser miteinander zu vereinen, sodass Stress reduziert werden kann. Dabei werden die Auslöser für individuelle Zeitprobleme erkannt, reflektiert und es kann eine gesundheitsförderliche Zeiteinteilung mit ausreichend Pausen und dem Setzen von Prioritäten entwickelt werden (Kaluza, 2018b, S. 76).

Als Entspannungsübung wird der Bodyscan durchgeführt. Der Job der Woche beinhaltet die Weiterführung des Pfl egetagebuches sowie das Ausprobieren der erlernten Zeitmanagementstrategien im Alltag. Das Modul schließt mit einer Feedbackrunde und Zeit für den gegenseitigen Austausch und Klärung von offen gebliebenen Fragen ab.

In der Vertiefungseinheit (Modul 5) zur **Kommunikation und Konfliktlösetraining** erfolgt zunächst ein Rückblick auf das Basismodul und es werden die wichtigsten Aspekte der Kommunikation durch die Teilnehmer zusammengefasst und durch den Kursleiter ergänzt. Anschließend wird der letzte Job der Woche besprochen. Als theoretische Grundlage wird den pflegenden Angehörigen in einem Kurzvortrag die Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg (2016) vorgestellt. Die Gewaltfreie oder Einfühlsame Kommunikation (GFK) basiert auf sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten in schwierigen Situationen menschlich zu bleiben und hilft dabei, dass aus gewohnheitsmäßigen und automatischen Reaktionen mittels der drei Komponenten *Beobachten*, Wahrnehmen von *Gefühlen*, *Bedürfnisse* äußern und *Bitten* bewusste Antworten werden (Rosenberg, 2016, S. 19ff.). Anschließend sollen die pflegenden Angehörigen in Dreier-Gruppen die erlernten Techniken ausprobieren. Den Kontext können sie dabei frei auswählen. Zwei Teilnehmer nehmen die Rollen der Gesprächspartner ein und ein Teilnehmer beobachtet die Situation und gibt anschließend Feedback. Die Rollen wechseln sich ab, sodass jeder Teilnehmer jede Rolle einmal erprobt hat. Die Erfahrungen werden danach im Plenum kurz zusammengetragen. Nach der praktischen Übung folgt zur Entspannung eine Phantasiereise. Den Teilnehmern wird Zeit für den Austausch untereinander eingeräumt und der Kurs anschließend mit der Vier-Felder Evaluationsmethode sowie einer abschließenden Feedbackrunde über alle Einheiten abgeschlossen.

Good Practice-Kriterien. In diesem Kapitel wird das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm „*Gewusst wie! Balance in Pflege & Beruf*“ in die Good Practice Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (2017) eingeordnet, um die Qualität des Programmes beurteilen zu können. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017) hat zur Entwicklung und Sensibilisierung für sozialogenorientierte Gesundheitsförderungsmaßnahmen zwölf Good Practice-Kriterien formuliert. Die Kriterien bieten eine fachliche Orientierung zur Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur sozialogenorientierten Gesundheitsförderung und kann die Qualitätsentwicklung der Maßnahmen unterstützen. Im Folgenden wird das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm anhand dieser Kriterien beurteilt.

1. **Konzeption.** Das Programm lässt sich in das Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung einordnen, wobei eine Bedarfs- und Bedürfnisanalyse der Konzeption zugrunde liegt und auf der Grundlage der Expertenperspektiven

gesundheitsförderliche Maßnahmen abgeleitet werden konnten. Eine praktische Umsetzung und Evaluation des Programmes kann demnach in Deutschland und Dänemark im Rahmen weiterer Untersuchungen erfolgen.

2. **Zielgruppenbezug.** Für die Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen konnte durch die wissenschaftlichen Forschungsarbeiten von Herrmann (2017) und Struve (2018) sowie aus der Literatur und den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit ein hoher Handlungsbedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen abgeleitet werden.
3. **Setting-Ansatz.** Durch die Umsetzung im Setting Betrieb oder der Kommune zeichnet sich das Programm durch einen niedrighwelligen Setting-Ansatz aus, welcher die Lebenswelt der Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen miteinbezieht. Die Räumlichkeiten sollten für die Teilnehmer bei einer Umsetzung im kommunalen Bereich einfach zu erreichen sein. Im Setting Betrieb ist eine Umsetzung direkt am Arbeitsplatz möglich. Durch verhältnispräventive Maßnahmen sollen außerdem gesundheitsförderliche Strukturen zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger geschaffen werden (vgl. Kap. 6.2).
4. **Multiplikatorenkonzept.** Durch die professionellen Fachkräfte sowie eine mögliche Kombination mit dem Peer-to-Peer Ansatz kann das Programm systematisch und dauerhaft umgesetzt werden.
5. **Nachhaltigkeit.** Die Sicherung der Nachhaltigkeit ist bei der Planung der Evaluation in Form von drei Messzeitpunkten und bei der Umsetzungsplanung des Gesundheitsförderungsprogramm durch das Angebot von Auffrischkursen nach Programmende angedacht. Weiterhin werden zur eigenständigen Aufrechterhaltung der erlernten Inhalte vielfältige Materialien für die langfristige Umsetzung im Alltag bereitgestellt (Pflegetasche).
6. **Niedrighwellige Arbeitsweise.** Aufgrund der „Bringstruktur“ und der Einbindung von Kooperationspartnern und Institutionen wird den Teilnehmern ein niedrighwelliger Zugang zu dem Programm ermöglicht. Eine Umsetzung im betrieblichen Kontext sowie der teilweisen Inanspruchnahme während der Arbeitszeit kann die Motivation und den Zugang für die Teilnahme erhöhen.
7. **Partizipation.** Bei der Konzeption der Maßnahmen sollen die Kursleiter die Bedürfnisse der Teilnehmer mitberücksichtigen. Es wurde dabei vor allem ein besonderer Wert auf eine praktische und interaktive Gestaltung der einzelnen Module gelegt, sodass die Teilnehmer in den Prozess einbezogen werden und mitbestimmen können. Die kontinuierliche Prozessevaluation ermöglicht es, den Kursleitern durch das Feedback der Teilnehmer die Inhalte der Module flexibel auf die Bedürfnisse der

Interventionsgruppe anzupassen. Im Rahmen weiterer Forschungen können partizipative Methoden integriert werden.

- 8. Empowerment.** Durch den Fokus auf die Aufrechterhaltung und Stärkung der Ressourcen der pflegenden Angehörigen während des gesamten Kursverlaufs und der stetigen Einbindung der Implementierung der erlernten Inhalte in den Pflegealltag kann die Zielgruppe zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil und zu mehr Selbstfürsorge empowert werden.
- 9. Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung.** Integrierte Handlungskonzepte sind wichtige Steuerungs- und Koordinierungsinstrumente für Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017). Mittels der Umsetzung des Programmes soll die Zusammenarbeit der Kommune/dem Staat, dem Gesundheitswesen und dem betrieblichen Setting verbessert werden sowie lokale Akteure (z.B. Ärzte, Apotheken, Sportvereine etc.) einbezogen (Partizipation) werden. Wenn dies im Rahmen der Umsetzung gelingt, kann dieses Kriterium als erfüllt bewertet werden.
- 10. Qualitätsmanagement.** Die Qualität der Intervention wird gesichert, indem die Struktur des Programmes im Vorfeld ausgearbeitet wurde und nach der Umsetzung eine umfassende Evaluation mit qualitativen und quantitativen Methoden durchgeführt werden sollte. Weiterhin werden die Maßnahmen von professionellen Kursleitern mit einer gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung durchgeführt.
- 11. Dokumentation und Evaluation.** Während der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes sollten die Arbeitsschritte regelmäßig dokumentiert werden und in einem Forschungsbericht mit qualitativen und quantitativen Methoden evaluiert und dokumentiert werden, sodass weitere zukünftige Forschungen darauf aufbauen können.
- 12. Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis.** Das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis gilt es bei einer Umsetzung des Programmes zu überprüfen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Good-Practice-Kriterien bei der Entwicklung des Programmes mitberücksichtigt wurden, wobei einige Kriterien erst bei einer praktischen Umsetzung optimiert und erfüllt werden können. Zur praktischen Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes „*Gewusst wie! Balance in Pflege & Beruf*“ bedarf es des Entwurfs eines ausführlichen Trainingsmanuals. Die vorliegende Dissertationsschrift bildet eine Grundlage für einen solchen Entwurf und gibt konkrete Ideen und Handlungsempfehlungen zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen für erwerbstätige pflegende Angehörige, die konzeptionell noch weiterentwickelt werden können.

6.2 Verhältnisprävention

In diesem Kapitel werden die übergreifenden Handlungsempfehlungen zur Verhältnisprävention, die zur Optimierung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf aus der vorliegenden Forschungsarbeit abgeleitet werden können, vorgestellt. Die Abbildung 78 stellt die Handlungsempfehlungen der Verhältnisprävention zur Optimierung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf übersichtlich dar. Bei den Maßnahmen zur Verhältnisprävention ließen sich drei übergeordnete Themenschwerpunkte ableiten: die gesellschaftliche Enttabuisierung, eine pflegesensible Unternehmenskultur und die Erhöhung der politischen Aufmerksamkeit, welche im nachfolgenden Abschnitt genauer beschrieben werden.

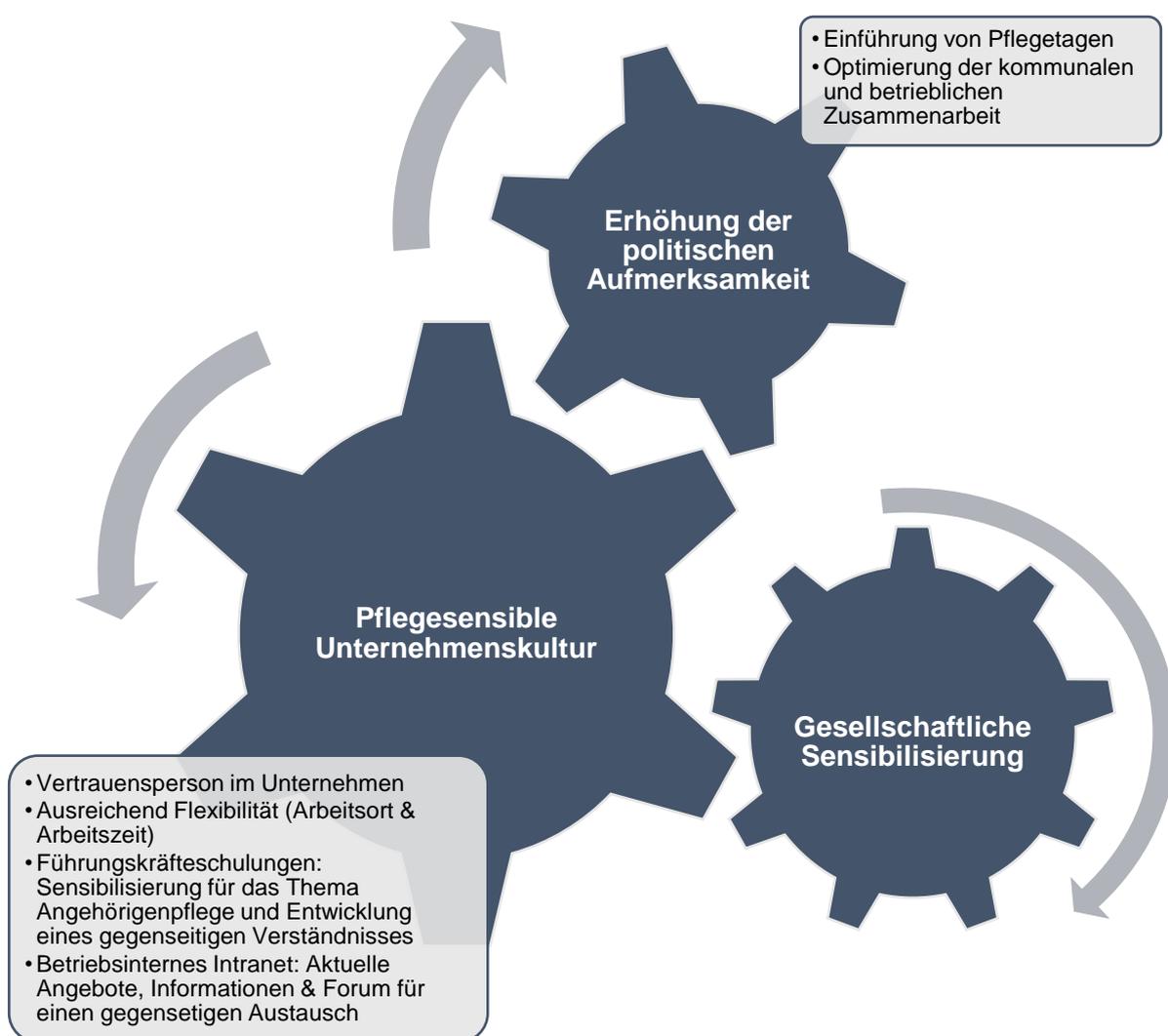


Abbildung 78: Überblick über die relevanten Handlungsempfehlungen zur Verhältnisprävention.

Gesellschaftliche Sensibilisierung

Für eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf ist es auf der verhältnispräventiven Ebene von Bedeutung, dass das Thema Angehörigenpflege mehr Gehör findet und enttabuisiert sowie die Gesellschaft für das Thema sensibilisiert wird. Dabei sind gesellschaftliche Entwicklungen, gesetzliche Rahmenbedingungen und kulturelle Normen und Werte bedeutsam, sodass eine pflegesensible Haltung in der Gesellschaft gefördert werden und die Tabuisierung reduziert werden kann. Diese gesellschaftliche Enttabuisierung ist in Deutschland sowie in Dänemark notwendig, sodass pflegende Angehörige in allen Lebensbereichen und insbesondere am Arbeitsplatz besser unterstützt werden können. Dabei stellen die verhältnispräventiven Maßnahmen zunächst die Voraussetzung für eine bessere individuelle Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf dar. Es kann z.B. durch eine Vertrauensperson (s. Pflegelotsenkonzept Kap. 1.9.1) im Unternehmen an den Verhältnissen angesetzt werden, da so die Tabuisierung im betrieblichen Kontext reduziert werden kann. Weiterhin sollte das Thema Angehörigenpflege im öffentlichen Diskurs vermehrte Aufmerksamkeit erhalten, da Herausforderungen im Bereich der Pflege eines Angehörigen jeden Menschen akut betreffen können und so eine pflegesensible und pflegefreundliche Haltung in der Gesellschaft gefördert werden kann und langfristig die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessern würde (Schweiger & Offermanns, 2018, S. 360). Um die Gesellschaft mehr für das Thema Angehörigenpflege zu sensibilisieren können auch mittels „*Storytelling*“ persönliche Geschichten von pflegenden Angehörigen im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit in Form von digitalen Formaten z.B. Videos, Interviews mit pflegenden Angehörigen in der Bevölkerung publiziert werden. Dabei würden pflegende Angehörige aus ihrem Alltag mit einer pflegebedürftigen Person berichten. Dies kann in Form von unterschiedlichen Methoden umgesetzt und über verschiedene Kommunikationskanäle, wie z.B. soziale Medien vermittelt werden. So gewinnt das Thema Angehörigenpflege mehr Gehör und Aufmerksamkeit in der Gesellschaft.

Pflegesensible Unternehmenskultur

Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit sowie die bestehende Literatur verdeutlichen, dass die Rahmenbedingungen in Unternehmen die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessern können, um erwerbstätige pflegende Angehörige an ihrem Arbeitsplatz nachhaltig zu unterstützen (z.B. Zentrum für Qualität in der Pflege, 2016, S. 10).

Unterstützungsangebote. Zur **finanziellen Förderung** der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf im Unternehmen kann die Einrichtung eines Fonds dienen, welcher durch eine bestimmte Summe von Entgelten die erwerbstätigen pflegenden Angehörigen

unterstützen oder zur kurzfristigen Finanzierung von Mitarbeiterausfällen genutzt werden kann (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017b, S. 21f.). So können betriebliche Folgekosten reduziert werden. Die Nutzung dieser Maßnahme sollte jedoch für alle Mitarbeiter eines Unternehmens unabhängig von der Pflege eines Angehörigen zugänglich sein. Weiterhin können Unternehmen die Kinderbetreuung und die Pflege durch vielfältige **Unterstützungsangebote** in den Bereichen haushaltsnahe Dienstleistungen oder Sozialberatung fördern, wobei Angebote für alle Mitarbeiter je nach Bedarf zugänglich sein sollten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017b, S. 21f.). Die Abbildung 79 zeigt die Möglichkeiten für Unternehmen, die Vereinbarkeit von Familie/Pflege und Beruf zu unterstützen.

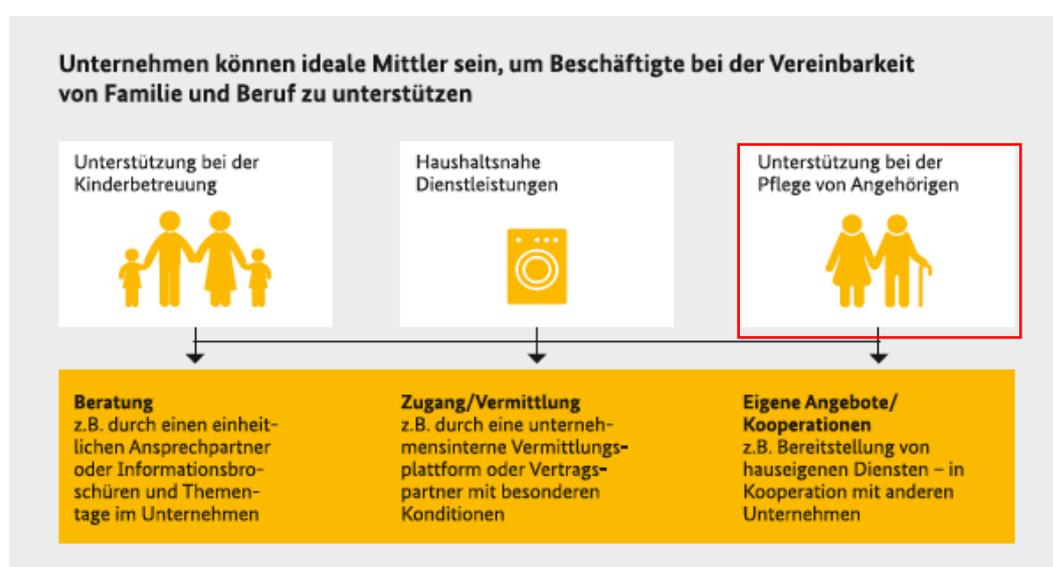


Abbildung 79: Unterstützungsangebote zur Vereinbarkeit durch Unternehmen (entnommen aus Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017b, S. 21).

Die Unterstützung pflegender Angehöriger kann demnach durch Beratung in Form von einem Ansprechpartner oder Informationsmaterialien, durch Vermittlungsangebote oder Kooperationen sowie durch eigene Angebote des Unternehmens oder in Kooperation mit anderen Unternehmen erfolgen. Weiterhin kann nach Stiegler (2019, S. 30) ein **Demografie-fond** zusätzliche Zeit für Familien gewährleisten, wobei gleichzeitig die Arbeitszeit im Rahmen einer Vollzeitarbeitsstelle reduziert wird. Dabei werden in einem Langzeitkonto im Rahmen einer persönlichen Lebensarbeitszeitplanung zusätzliche Arbeitsstunden mit Vergütungsanspruch erfasst. So können angesparte Stunden oder Geld (z.B. durch Sonderzahlungen) zur Freistellung von der Arbeit unter Fortzahlung des Entgeltes für Kinderbetreuung, Pflege oder Sabbaticals in Anspruch genommen werden. Diese innovativen Möglichkeiten sollten in Unternehmen eine vermehrte Beachtung finden, da dadurch die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf gefördert werden kann, dies aber bisher lediglich in wenigen

großen Unternehmen umgesetzt wird, denn ca. 58% der Unternehmen haben keine Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf und planen dieses auch nicht (Eggert, Sulmann & Teubner, 2018, S. 8). Allgemeine **Entlastungsangebote**, wie z.B. 24h-Pendelmigranten, hauswirtschaftliche Angebote, Pflegestützpunkte oder Tagespflege sind meistens teuer oder schwer zu erreichen (Stiegler, 2019, S. 31ff.). Arbeitgeber oder Arbeitgeberverbände sind bei der Gestaltung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf außerdem von Bedeutung, vor allem bei der Einführung und Umsetzung von **tarifvertraglichen Vereinbarungen**, die insgesamt in den Unternehmen zu selten umgesetzt werden (Stiegler, 2019, S. 37). Auf diesen Vereinbarungen bauen dennoch häufig gesetzliche Regelungen auf, die zu einer erhöhten Aufmerksamkeit und besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf beitragen könnten. Eine Expertengruppe der Friedrich-Ebert-Stiftung hat im Jahr 2011 einen Entwurf zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehörige entwickelt, der im nachfolgenden Kasten 62 aufgelistet ist.

Kasten 62: Das 1000-Stunden-Modell einer Freistellungsregelung für erwerbstätige pflegende Angehörige (modifiziert nach Stiegler, 2019, S. 39).

Die Freistellung im 1000-Stunden-Modell entspricht ca. 25 Wochen bei Vollzeitberwerbstätigkeit:

- Bei Eintritt eines akuten Pflegebedarfs besteht sofortiger Anspruch auf eine bis zu zehntägige bezahlte Freistellung mit Lohnersatzleistung (Kurzzeitige Arbeitsverhinderung: sollte weniger bürokratisch gestaltet werden).
- Im Anschluss daran sollte es einen Rechtsanspruch auf bezahlte Freistellungen im Rahmen eines Zeitbudgets von bis zu 1000 Arbeitsstunden geben.
- Stunden können flexibel über einen großen Zeitraum verteilt verwendet werden.
- Für die Zeit nach der Inanspruchnahme muss es einen Rechtsanspruch auf Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz geben (unabhängig von der Betriebsgröße).
- Das Zeitbudget von 1000 Stunden steht allen Beschäftigten einmal pro Pflegebedürftigen zur Verfügung.
- Die Lohnersatzleistung ist in Analogie zum Elterngeld ausgestaltet (etwa 64 Prozent des Nettoeinkommens, Deckelung in der Höhe) und wird aus den Steuereinnahmen des Staates finanziert.
- Anspruchsberechtigt müssen alle Arbeitnehmer sein, die für die Pflege einer anderen Person dauerhaft Verantwortung übernehmen.

Durch die Umsetzung eines solchen Modells kann die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in Unternehmen hinsichtlich der **Arbeitszeit** und der **finanziellen Bedingungen** gefördert werden. Flexible Zeitbudgets haben in der Vergangenheit bereits vermehrte Aufmerksamkeit erhalten, wobei die bestehenden Konzepte sich in ihrer Form in den Komponenten des Lohnersatzes bei Freistellung, der flexiblen Nutzung des Zeitbudgets und dem Rechtsanspruch für Pflegende, die nicht zu den engsten Familienangehörigen zählen, unterscheiden (Stiegler, 2019, S. 43). In beiden Ländern besteht ein hoher Sensibilisierungsbedarf zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in den Unternehmen, wobei dieser in dänischen Unternehmen noch höher ausfällt, da die Thematik in diesem Setting bislang nur wenig Aufmerksamkeit findet, denn die Gesundheitsförderung findet ausschließlich aufgrund

des dänischen Systems im kommunalen Setting statt (Adam & Mühling, 2014, S. 19). Dennoch besteht ein Bedarf zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf, was auch das betriebliche Setting miteinbeziehen sollte (vgl. Ældresagen, 2019; Danske Patienter, 2019b, S. 3). Hierbei ist vor allem die **Sensibilisierung** für ein **gegenseitiges Verständnis** von Vorgesetzten, Kollegen und Angehörigen für die Übernahme von Angehörigenpflege von Bedeutung. Daher sollten alle Beteiligten aktiv einbezogen werden, sodass eine offene Kommunikation und vertrauensvolle Atmosphäre für ein gegenseitiges Verständnis in den Unternehmen geschaffen werden und so zu einer **gesundheitsförderlichen und familienfreundlichen Unternehmenskultur** und einem guten Arbeitsklima beitragen kann. Auch Bauernschmidt (2020, S. 161) präzisiert in ihrer Untersuchung zu berufstätigen Personen mit gleichzeitiger Erziehungs- und Pflegeverantwortung, dass Anpassungen der Arbeitszeit, Karrierechancen und strukturelle Gegebenheiten in Form von Unterstützungsangeboten im Unternehmen sowie soziale Unterstützung wichtig sind und Interventionen vermehrt auf Personen mit einer Pflegeverantwortung ausgerichtet und entsprechend konzipiert werden sollten. Weiterhin sollte die Unterstützung von pflegenden Angehörigen in unterschiedlichen Settings effektiver umgesetzt werden.

In der vorliegenden Forschungsarbeit konnte exploriert werden, dass eine **Vertrauensperson** im Unternehmen zur Unterstützung und als Ansprechpartner für die pflegenden Angehörigen besonders wichtig ist. Seit November 2019 gibt es ein Programm zur Ausbildung von betrieblichen Pflegelotsen in Schleswig-Holstein, das vom Unternehmensverband Nord, der AOK NORDWEST, dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und dem Landes-Sozialministerium entwickelt wurde und die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in Unternehmen unterstützt (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren, 2019). In dem Konzept nehmen so genannte Pflegelotsen die Rolle der Vertrauensperson ein und haben die Aufgabe, pflegende Angehörige an ihrem Arbeitsplatz über mögliche Unterstützungsmaßnahmen zu informieren und zu professionellen Hilfe- und Unterstützungseinrichtungen zu vermitteln (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren, 2019). Jedes Unternehmen in Schleswig-Holstein hat die Möglichkeit, über die AOK NORDWEST in Kiel spezielle Schulungen für Pflegelotsen in Anspruch zu nehmen. Die Schulungsdauer beträgt einen Tag und vermittelt *„grundlegende Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung, Tipps und Hinweise für die ersten Schritte beim Eintreten einer Pflegebedürftigkeit sowie Lösungsansätze, wie Betriebe und Verwaltungen proaktiv mit dem Thema der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege umgehen können“* (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren, 2019). Außerdem werden Informationsmaterialien und Leitfäden für die Pflegelotsen bereitgestellt. Es liegen noch keine Zahlen zur Inanspruchnahme solcher Pflegelotsenschulungen vor, dennoch ist es zu empfehlen, diesen

Ansatz weiter zu fördern, sodass viele Unternehmen über einen solchen Ansprechpartner für pflegende Angehörige verfügen.

Arbeits(zeit)gestaltung. Für eine gute Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf ist im Rahmen einer gesundheitsförderlichen und pflegesensiblen Unternehmenskultur außerdem ausreichend **Flexibilität bei der Arbeitszeit sowie dem Arbeitsort** bedeutsam. Hier besteht laut der Literatur sowie den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit ein erhöhter Bedarf in den Unternehmen beider Länder (Bauernschmidt, 2020, S. 158ff.; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018, S. 14ff.; Danske Patienter, 2019b, S. 3; KMD, 2018, S. 5ff.). So kann durch flexible Arbeitszeitmodelle die Effektivität, Produktivität und die Motivation bei der Arbeit gefördert und gleichzeitig Fehlzeiten reduziert werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 8; Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018; KMD, 2018). Außerdem kann dadurch und durch eine entsprechende offene Kommunikation am Arbeitsplatz die Übernahme von Angehörigenpflege gewürdigt und das Betriebsklima verbessert werden (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 19; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, S. 7f.; Struve, 2018). Es gilt demnach die Empfehlung, dass Unternehmen ihren Mitarbeitern Möglichkeiten zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung bieten sowie, wenn möglich von einer dauerhaften Präsenz am Arbeitsplatz absehen und Arbeitsaufgaben auch von anderen Orten aus erledigt werden können. Denn mit einer Einführung pflegesensibler Arbeits(zeit)modelle und der Schaffung einer pflegesensiblen Unternehmenskultur kann die Vertrauensbasis zwischen den Mitarbeitern sowie den Führungskräften gestärkt und eine Enttabuisierung des Themas Angehörigenpflege bewirkt werden (Schweiger & Offermanns, 2018, S. 357). In diesem Rahmen empfiehlt es sich weiterhin, die Führungskräfte vermehrt zu integrieren, denn häufig sind die informellen Pflegetätigkeiten der Mitarbeiter nicht bekannt (Schweiger & Offermanns, 2018, S. 357), was ebenfalls mit den Ergebnissen dieser Untersuchung einhergeht. Die Führungskräfte sollten offen mit dem Thema Angehörigenpflege umgehen und dieses im Unternehmen ansprechen und kommunizieren, sodass den Mitarbeitern eine Möglichkeit geboten wird, ihre Bedürfnisse zu äußern.

Öffentliche Sichtbarkeit. Für eine pflegesensible Unternehmenskultur ist es außerdem bedeutsam, dass **betriebsintern** über das **Intranet** aktuelle Informationen und Angebote zur Unterstützung, Entlastung oder Selbsthilfe sowie Beratungsstellen für pflegende Angehörige bereitgestellt werden. Weiterhin empfiehlt es sich, ein **digitales Forum** einzurichten, sodass sich die pflegenden Angehörigen gegenseitig austauschen und unterstützen können. Das kann außerdem zur betriebsinternen Enttabuisierung beitragen. Durch **Gesprächskreise** oder **Informationsplattformen** im Unternehmen können ebenfalls Möglichkeiten für einen gegenseitigen Erfahrungsaustausch eingerichtet werden (Schweiger & Offermanns, 2018, S. 357).

Im theoretischen Teil der vorliegenden Forschungsarbeit wurden bereits einige digitale Angebote für pflegende Angehörige vorgestellt (s. z.B. Techniker Krankenkasse, 2020; DAK-Pflegecoach, 2020; Curendo Pflegecoach, 2020). Diese Angebote können von Unternehmen u.a. vermittelt oder betriebsintern integriert werden. Hier besteht in beiden Ländern hinsichtlich der digitalen Angebote sowie der betriebsinternen Aufmerksamkeit zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ein Optimierungsbedarf. Demzufolge sollten weitere **digitale Angebote**, die flexibel von Arbeitsort und Arbeitszeit sowie in der Freizeit der pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen werden können, geschaffen werden. Die Corona-Pandemie hat diesbezüglich bereits einen Anstoß dafür gegeben, vermehrt digitale Formate einzusetzen und Flexibilisierungen in Arbeitszeit und Arbeitsort möglich zu machen, welche zukünftig weiter ausgebaut werden sollten. Hierbei ist für viele Unternehmen zu überlegen, ob die Flexibilisierungen zukünftig übernommen werden könnten. Die Digitalisierung stellt für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf eine gute Chance dar, diese weiter zu fördern und sollte demnach auch in zukünftigen Forschungen und bei der Entwicklung von Interventionen vermehrt mitberücksichtigt werden.

Führungskräfteschulungen. Um die Führungskräfte für das Thema Angehörigenpflege und die Bedürfnisse der Mitarbeiter zu sensibilisieren, sollten regelmäßig Führungskräfte-schulungen durchgeführt werden (Schweiger & Offermanns, 2018, S. 357; Struve, 2018). Hierbei sollte vor allem darauf geachtet werden, dass gesellschaftliche Rollenbilder hinsichtlich der Pflege als „Frauenthema“ abgebaut werden und auch pflegende Männer sich entsprechend ihrer Bedürfnisse äußern können. Im Rahmen der Führungskräfte-schulungen sollte die Wichtigkeit verdeutlicht werden, den pflegenden Angehörigen mit Verständnis zu begegnen und ihnen beratende Unterstützungsmaßnahmen anzubieten oder zu vermitteln sowie Möglichkeiten für Flexibilität zu gewährleisten, vor allem in Akutsituationen (Holten & Jähne, 2015, S. 16; BDA, 2013; zitiert nach Schweiger & Offermanns, 2018, S. 357). Die bedeutende Rolle der Führungskräfte in Bezug auf das Thema Angehörigenpflege in Unternehmen konnte bereits in der Masterthesis von Struve (2018) festgestellt werden. Demnach sollten für die Schaffung pflegesensibler Rahmenbedingungen regelmäßige Führungskräfte-schulungen zur Sensibilisierung für die Mitarbeitergesundheit stattfinden.

Erhöhung der politischen Aufmerksamkeit

Für die Umsetzung von verhaltens- sowie verhältnispräventiven Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf ist vor allem der politische Einfluss hinsichtlich der **gesetzlichen Unterstützungs- und Entlastungsleistungen** sowie einer **einheitlichen nationalen Regelung** bedeutsam. Die einheitliche nationale Regelung besteht in Deutschland

bereits und bezieht sich vermehrt auf Dänemark, da jede Kommune in Dänemark der Selbstverwaltung im Bereich der Gesundheitsförderung unterliegt. Daher empfiehlt die Vereinigung Danske Patienter (2019b, S. 4ff.) die Gründung einer Arbeitsgruppe für pflegende Angehörige des Gesundheits- und Sozialministeriums, sodass ein nationaler Handlungsplan für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf entwickelt werden kann. In Deutschland wurde im Rahmen des Wahlprogramms der SPD im Jahr 2017 eine **Familienarbeitszeit** für pflegende Angehörige formuliert, welche eine Lohnersatzleistung und eine dreimonatige Freistellung von der Arbeit beinhaltet (Stiegler, 2019, S. 43ff.). Außerdem hat der Sozialverband VdK Deutschland im Jahr 2018 ein Konzept zur **Pflegepersonenzeit** und **Pflegepersonengeld** entwickelt, welches sich an dem Modell der Elternzeit und des Elterngeldes orientiert (Sozialverband VdK Deutschland, 2018). So beträgt die Dauer der Pflegezeit 12 Monate und kann längstens auf 3 Jahre verlängert werden, welche in verschiedenen Abschnitten in Anspruch genommen werden kann. Bei der Inanspruchnahme der Personenpflegezeit kann weiterhin in Teilzeit gearbeitet bzw. Stunden reduziert werden und bei Beendigung der Pflegesituation die Arbeitsstunden wieder aufgestockt werden. Dieser Rechtsanspruch gilt für pflegende Angehörige, Nachbarn und Freunde. Das **Pflegepersonen-geld** beinhaltet eine steuerfinanzierte Lohnersatzleistung, wie es auch bei dem Elterngeld geregelt ist. Es entspricht also 65 bis 100 Prozent des vorherigen Nettolohns und kann mindestens bei 300 Euro und maximal bei 1.800 Euro liegen. Dabei würden nach Berechnungen des VdK jährliche Kosten in Höhe von 4,3 Milliarden Euro entstehen. Der Verein „*wir.pflegen*“ hat hierzu im Jahr 2019 ein **Positionspapier für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf** veröffentlicht, in dessen Rahmen ein entsprechendes Budget gefordert wird (Stiegler, 2019, S. 43). Es bestehen bereits politische Bemühungen, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu optimieren, welche eine Voraussetzung für die Verbesserung der individuellen Situationen von pflegenden Angehörigen darstellen. Diesbezüglich sollte weiter daran gearbeitet werden, auch auf politischer Ebene entsprechende Lösungen zu finden. Das stellte sich auch deutlich in dieser Untersuchung heraus, dass es hierbei vor allem in der Antragstellung Vereinfachungen bedarf, mehr Flexibilität bei der Inanspruchnahme einer Pflegezeit sowie Lohnfortzahlungen bzw. finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten während einer Inanspruchnahme der Pflegezeit oder Familienpflegezeit.

Das oben aufgelistete **1000-Stunden-Modell** zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf würde mehr Flexibilität sowie bessere finanzielle Möglichkeiten bieten, dennoch wäre es für erwerbstätige pflegende Angehörige von Vorteil, wenn es ein individuelles Recht auf eine Freistellung von der Erwerbstätigkeit geben würde, da die Pflegesituationen sowie die finanziellen Möglichkeiten sehr unterschiedlich sind (Stiegler, 2019, S. 44). Hier könnte ein so genanntes **Wahlarbeitszeitmodell** hilfreich sein, indem Unternehmen dazu verpflichtet werden, betriebliche Wahlarbeitszeitkonzepte zu entwickeln, die auf

unterschiedliche Lebensphasen und Lebenskonzepte der Zielgruppe ausgerichtet sind. Außerdem sind im Bereich der Pflege eines Angehörigen die Geschlechtsunterschiede von Bedeutung. Denn die Übernahme der informellen Pflege erfolgt überwiegend durch Frauen (Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 196; Stiegler, 2019, S. 44; Zentrum für Qualität in der Pflege, 2016, S. 2). Demnach wäre eine Entlastung durch eine vermehrte männliche Beteiligung bei der Übernahme der Pflege bedeutsam, um die Verantwortlichkeiten für die Pflege zu verteilen. Nach dem zweiten **Gleichstellungsbericht** der Bundesregierung von 2017 soll die Verantwortung für Pflege und Erwerbstätigkeit geschlechterunabhängig selbstverständlich werden, wobei dies aber auch Änderungen für die Unternehmenskultur zur Folge hat. Es besteht der Bedarf, pflegende Angehörige und dabei insbesondere Männer unternehmensintern zu unterstützen, Pflegeverantwortung zu übernehmen, was durch eine pflegesensible Unternehmenskultur mit ausreichend Unterstützungsmöglichkeiten, offener Kommunikation sowie Anerkennung und Wertschätzung gefördert werden kann (Stiegler, 2019, S. 44). Es wird dabei deutlich, dass die Vereinbarkeitsproblematik durch verschiedene Ansätze auf verschiedenen Ebenen erfolgen muss. So reicht es nicht aus, dass es Möglichkeiten zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung gibt, sondern es sollte ganzheitlich auf unterschiedlichen Ebenen angesetzt werden. Die bisherigen gesetzlichen Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf stellten sich in dieser Untersuchung sowie auch in der Literatur als unzureichend heraus und werden von der Zielgruppe nur wenig genutzt. Es sind vor allem in Deutschland tarifliche Lösungsansätze notwendig, sodass eine Lohnersatzleistung gewährleistet werden kann (Stiegler, 2019, S. 44), die es in Dänemark bei einer Inanspruchnahme einer Pflegezeit bereits gibt (vgl. Schmid, 2014, S. 72; zitiert nach Adam & Mühling, 2014, S. 9f; Servicelov, 2020), aber auch hier häufig mit finanziellen Einbußen einhergeht.

Zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf sollte demnach kombiniert auf Makro-, Meso- und Mikroebene angesetzt werden (Schweiger & Offermanns, 2018, S. 360). Im nachfolgenden Abschnitt werden die präventiven Ansatzpunkte genauer beschrieben:

- Auf der Makroebene gilt hierbei die Entwicklungen in der Gesellschaft, die gesetzlichen Rahmenbedingungen und kulturelle Normen und Werte hinsichtlich der Übernahme von Angehörigenpflege neben einer Erwerbstätigkeit zu fördern. *„Insgesamt muss der Gesetzgeber einen entsprechenden gesetzlichen Rahmen schaffen, damit die Vereinbarkeitsthematik in den involvierten Organisationen (Pflegedienstleistungsunternehmen und die Arbeitsstelle der pflegenden Angehörigen) und bei den betroffenen Personen entsprechend angegangen werden kann“* (Schweiger & Offermanns, 2018, S. 360). Dadurch kann dann eine pflegesensible Haltung in der Gesellschaft gefördert werden und die Tabuisierung reduzieren. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit ging deutlich hervor, dass die **Einführung von**

Pflegetagen in beiden Ländern für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf besonders wichtig ist. So können die pflegenden Angehörigen entlastet und unterstützt werden, da diese Tage dafür genutzt werden können, Termine in Anspruch zu nehmen oder Angelegenheiten zu erledigen, die im Alltag schwer mit der Pflege und der Erwerbstätigkeit zu vereinbaren sind. Die Einführung solcher Pflegetage würde wiederum die **politische Aufmerksamkeit** erhöhen und die Enttabuisierung in der Gesellschaft und am Arbeitsplatz fördern. Besonders die Ergebnisse der kommunikativen Validierung der vorliegenden Forschungsarbeit verdeutlichen, dass die **kommunale und betriebliche Zusammenarbeit** in Bezug auf die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf verbessert werden sollte. Eine höhere politische Aufmerksamkeit würde auch die Zusammenarbeit zwischen der Kommune/dem Staat und den Unternehmen sowie eine Gleichstellung im Rahmen der gesetzlichen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Deutschland sowie in Dänemark (z.B. mit der Einführung von Pflegetagen) fördern (vgl. Ældresagen, 2019; Danske Patienter, 2019a, 2019b; Schweiger & Offermanns, 2018, S. 360). Im betrieblichen Kontext sind hierbei eine **gesundheitsförderliche, familienfreundliche sowie pflegesensible Unternehmenskultur** für den Aufbau eines Verständnisses für die Übernahme von Angehörigenpflege sowie Möglichkeiten zur flexiblen Arbeitsgestaltung (Zeit und Ort) und finanziellen Unterstützung während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit wichtig (Ældresagen, 2019; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016; Danske Patienter, 2019b; Deutscher Pflegering, 2020). Auch die dänische Freiwilligenorganisation Ældresagen (2019) empfiehlt daher gemeinsam mit 30 weiteren dänischen Organisationen, eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf sowie eine verbesserte Zusammenarbeit und nationale Regelungen zwischen allen Sektoren (Unternehmen, Kommune, Gesundheitswesen) zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger einzuführen.

- Auf der Mesoebene sollen die Maßnahmen sowie Messinstrumente entsprechend der geltenden Gesetzgebung umgesetzt werden. Das erfolgt in Organisationen, wie z.B. der **ambulanten und stationären Versorgung** und in den **Unternehmen** in Bezug auf die erwerbstätigen pflegenden Angehörigen. So sollten die vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen entsprechend genutzt werden, sodass die informelle Pflege reduziert bzw. entlastet werden kann, was bedeutet, dass eine Kombination aus formeller und informeller Pflege zu empfehlen und zu fördern ist, die dann zur **Entwicklung ressourcenorientierter Versorgungskonzepte** beitragen kann (Hackmann, 2014, S. 14f.). So kann unternehmensintern durch pflegesensible Arbeits(zeit)modelle die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege verbessert werden sowie durch eine

pflegefreundliche Politik in Unternehmen zum einen die Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit gefördert werden und außerdem Vorteile für das Unternehmen bringen, da so Fehlzeiten reduziert werden können und der Ruf des Unternehmens verbessert werden kann (Schweiger & Offermanns, 2018, S. 361).

- Auf der Mikroebene steht die Qualität der Pflege, wobei **Entlastungsangebote** für pflegende Angehörige förderlich wirken können, z.B. durch regelmäßigen sozialen Kontakt und Austauschmöglichkeiten, kognitives Training und technische Hilfsmittel, die den Pflegealltag erleichtern (Schweiger & Offermanns, 2018, S. 361). Dies kann außerdem im Rahmen von **verhaltenspräventiven Maßnahmen**, wie z.B. durch das Gesundheitsförderungsprogramm „*Gewusst wie! Balance in Pflege & Beruf*“ (vgl. Kap. 6.1) erfolgen, da so an den individuellen Ressourcen der pflegenden Angehörigen angesetzt wird und diese gefördert werden. Dies sollte außerdem durch entsprechende verhältnispräventive Maßnahmen im betrieblichen Setting, wie z.B. pflegefreundliche Arbeitszeiten ergänzt werden. Die **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden**. visualisiert die Kombination der Ansätze zur Gesundheitsförderung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen auf Makro-, Meso- und Mikroebene.

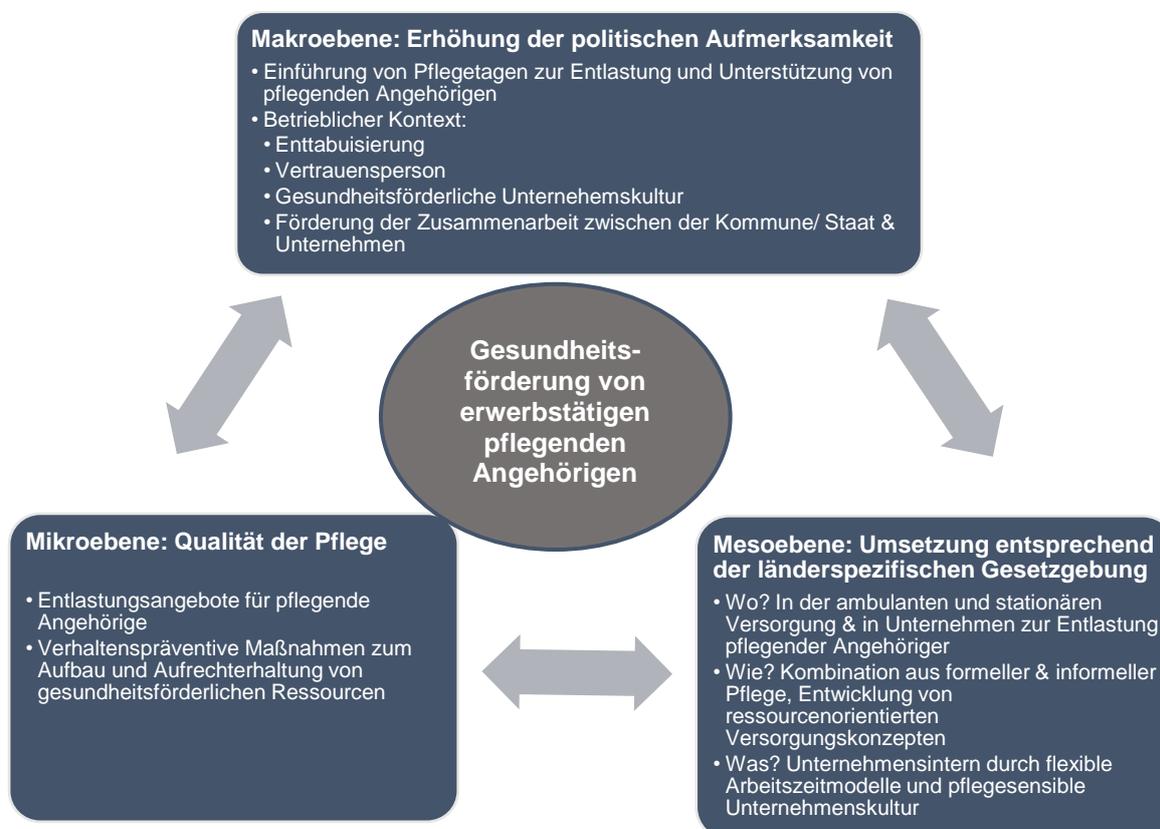


Abbildung 80: Gesundheitsförderung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen auf Makro-, Meso- und Mikroebene.

7 Schlussfolgerung

Aufgrund des demografischen Wandels sowie gesellschaftlicher Veränderungen und dem ansteigenden Pflegebedarf in der deutschen und der dänischen Gesellschaft wird der Pflege-sektor vor neue Herausforderungen gestellt (Kirk, 2019, S. 2; Schweiger & Offermanns, 2018, S. 360f.). Die Versorgung pflegebedürftiger Personen durch Angehörige stellt einen wichtigen Teil der gesundheitlichen Versorgung in beiden Ländern dar. Eine Vielzahl der pflegenden Angehörigen ist zudem erwerbstätig, sodass es bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf häufig zu physischen und psychischen Belastungen kommt und diese sich langfristig negativ auf die Gesundheit der pflegenden Angehörigen auswirken können (KMD, 2018; Wilz & Pfeiffer, 2019). Demnach sind Unterstützungsmöglichkeiten für die Zielgruppe der erwerbs-tätigen pflegenden Angehörigen notwendig, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern. So kann die Gesundheit, die Lebensqualität und die Bereitschaft zur Übernahme sowie die Qualität der Pflege verbessert werden (Büker, 2015). Um erwerbstätige pflegende Angehörige zu unterstützen, können Maßnahmen auf verhaltens- und verhältnispräventiver Ebene die Vereinbarkeitsproblematik reduzieren.

Die **verhältnispräventive Ebene** stellt die Rahmenbedingung zur Optimierung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf dar. In dem vorliegenden Promotions-vorhaben konnte die Bedeutsamkeit der verhältnispräventiven Maßnahmen für die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf verdeutlicht werden. Daher wird in diesem Kapitel die verhältnispräventive Ebene vor der Verhaltensprävention dargestellt, da die verhaltenspräventiven Maßnahmen bei dem Vorhandensein von angemessenen Verhältnissen noch besser umgesetzt werden können. Es ist vor allem im betrieblichen Kontext von Bedeutung, dass eine Sensibilisierung im Unternehmen für das Thema Angehörigenpflege stattfindet, sodass ein gegenseitiges Verständnis zwischen den Vorgesetzten, Kollegen und Angehörigen gegeben ist und eine **pflegesensible Unternehmenskultur** besteht (vgl. Ældresagen, 2019; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018; Danske Patienter, 2019b; Deutscher Pflegering, 2020). Diesbezüglich sind Möglichkeiten zur flexiblen Gestaltung von Arbeitsort und Arbeitszeit für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen wichtig, um z.B. Termine mit der zu pflegenden Person wahrnehmen zu können. Durch eine Einführung pflegesensibler Arbeits(zeit)modelle und der Schaffung einer pflegesensiblen Unternehmenskultur kann die Vertrauensbasis zwischen den Mitarbeitern sowie den Führungskräften gestärkt und einer Enttabuisierung des Themas Angehörigenpflege entgegen gewirkt werden (Schweiger & Offermanns, 2018, S. 357). Die Führungskräfte sollten dementsprechend integriert, sensibilisiert und regelmäßig geschult werden, um entsprechend mit den pflegenden Mitarbeitern zu kommunizieren, denn die informellen Pflegetätigkeiten der Mitarbeiter sind häufig nicht bekannt (Schweiger & Offermanns, 2018, S. 357). In beiden Ländern sollte mehr Fokus auf die Digitalisierung gelegt

werden. Dies kann insbesondere die betriebsinterne Aufmerksamkeit von Pflege und Beruf fördern. Die Corona-Pandemie hat bereits einen Anstoß dafür gegeben, vermehrt digitale Formate einzusetzen und Flexibilisierungen in Arbeitszeit und Arbeitsort möglich zu machen, welche zukünftig weiter ausgebaut und in zukünftigen Forschungen sowie zur Entwicklung von Interventionen mitberücksichtigt werden sollten. Die Digitalisierung stellt für die Förderung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf eine gute Chance dar und sollte in der Konzeption von gesundheitsförderlichen Maßnahmen einbezogen werden. In Dänemark bestehen bereits digitale Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und auch Kursangebote zu verschiedenen Themenfeldern (vgl. Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020c). Diese Angebote und die Umsetzung könnten als Orientierungshilfe für die Konzeption von digitalen Maßnahmen in Deutschland genutzt werden, sodass die Nachbarländer grenzüberschreitend voneinander profitieren können.

Zur Umsetzung von verhaltens- sowie verhältnispräventiven Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf bedarf es **politischer Aufmerksamkeit**. Die gesetzlichen Unterstützungs- und Entlastungsleistungen sowie einheitliche nationale Regelungen in Dänemark sind hierbei von Bedeutung. Die Gründung einer Arbeitsgruppe für pflegende Angehörige im Rahmen des Gesundheits- und Sozialministeriums sollte realisiert werden, sodass ein nationaler Handlungsplan für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf entwickelt werden kann (vgl. Danske Patienter, 2019b, S. 4ff.). Dies könnte auch für Deutschland hilfreich sein, sodass die bestehenden politischen Bemühungen, wie z.B. das Personenpflegekonzept oder das Personenpflegegeld des Sozialverband VdK Deutschland (2018) oder des Wahlarbeitszeitmodells (s. Stiegler, 2019, S. 44), umgesetzt werden können, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu optimieren. Diese politischen Lösungen sollten zukünftig weiter konkretisiert und möglichst realisiert werden. In der vorliegenden Forschungsarbeit stellte sich hierbei insbesondere heraus, dass es Vereinfachungen bei den Antragstellungen, mehr Flexibilität bei der Inanspruchnahme einer Pflegezeit sowie Lohnfortzahlungen bzw. finanzieller Unterstützungsmöglichkeiten während der Pflegezeit oder Familienpflegezeit bedarf. In Dänemark werden pflegende Angehörige von der Kommune für die Übernahme der Pflege eines Angehörigen angestellt und erhalten eine entsprechende Vergütung. Diese Vergütung ist häufig nicht gleichzusetzen mit der einer zuvor ausgeführten Erwerbstätigkeit, dennoch bestehen in Dänemark finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten in Form einer Lohnfortzahlung. Dies könnte für Deutschland als Orientierung dienen, sodass pflegende Angehörige bei der Inanspruchnahme einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit eine finanzielle Unterstützung in Form einer Lohnfortzahlung erhalten, sodass finanzielle Einbußen reduziert werden können. Auch in Dänemark besteht hinsichtlich der finanziellen Einbußen bei der Übernahme der Pflege eines Angehörigen noch Optimierungsbedarf. Eine finanzielle und politische Förderung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf könnte außerdem

die Anzahl der Menschen reduzieren, die eine stationäre Pflege in Anspruch nehmen (vgl. Destatis, 2018). Ferner könnte der Verbleib in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Personen ermöglicht werden. Eine Finanzierung von verhaltenspräventiven Maßnahmen (z.B. Gesundheitsförderungsprogramm „*Gewusst wie! Balance in Pflege & Beruf*“) und verhältnispräventiven Rahmenbedingungen könnte pflegende Angehörige bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf unterstützen und langfristig Kosten im Gesundheitswesen und der pflegerischen Versorgung reduzieren. In der Untersuchung sowie auch in der Literatur zeigte sich deutlich, dass für eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf ganzheitlich auf unterschiedlichen Ebenen angesetzt werden sollte. Eine Kombination der präventiven Ansätze auf Makro-, Meso- und Mikroebene ist indiziert (Schweiger & Offermanns, 2018, S. 360):

Auf der **Makroebene** ist die Einführung von Pflegetagen in beiden Ländern besonders bedeutsam für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, da diese pflegende Angehörige entlasten und unterstützen würden. Die Einführung solcher Pflegetage würde außerdem die politische Aufmerksamkeit erhöhen und die Enttabuisierung in der Gesellschaft und am Arbeitsplatz fördern. So kann ebenfalls die Zusammenarbeit zwischen der Kommune/dem Staat und den Unternehmen und eine Gleichstellung im Rahmen der gesetzlichen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Deutschland und in Dänemark gefördert werden (vgl. Ældresagen, 2019; Danske Patienter, 2019a, 2019b; Schweiger & Offermanns, 2018, S. 360). Auf der **Mesoebene** sollten die Maßnahmen und entsprechende Messinstrumente im Rahmen der länderspezifischen Gesetzgebung umgesetzt werden. So können die bestehenden personellen und finanziellen Ressourcen genutzt werden, um ressourcenorientierte Versorgungskonzepte zu entwickeln (Hackmann 2014; zitiert nach Schweiger & Offermanns, 2018, S. 360). Unternehmensintern sind die Umsetzung von flexiblen Arbeits(zeit)modellen und einer pflegesensiblen Unternehmenskultur zur Förderung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf und gleichzeitig betriebswirtschaftlicher Erfolge notwendig. Auf der **Mikroebene** sollte an der Qualität der Pflege angesetzt werden. In diesem Rahmen können zum einen Entlastungsangebote für pflegende Angehörige förderlich wirken oder zum anderen kann durch verhaltenspräventive Maßnahmen, wie z.B. durch das in dieser Forschungsarbeit entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm „*Gewusst wie! Balance in Pflege & Beruf*“ (vgl. Kap. 6.1) auf der Mikroebene angesetzt und gesundheitsförderliche Ressourcen aufrechterhalten und aufgebaut werden.

Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wurde das Gesundheitsförderungsprogramm „*Gewusst wie! Balance in Pflege & Beruf*“ für erwerbstätige pflegende Angehörige konzipiert, welches auf der **verhaltenspräventiven Ebene** die Gesundheit und die Selbstfürsorge der Zielgruppe fördert sowie die Lebensqualität erhöht. Ein besonderer Aspekt des Programmes

liegt außerdem in der Schulung der Umsetzung einer gelingenden Kommunikation am Arbeitsplatz, mit dem Gesundheitswesen und der zu pflegenden Person, um Konflikte und Stressoren zu reduzieren. Das Gesundheitsförderungsprogramm beinhaltet die Themenfelder: *Psychoedukation, Stressbewältigung, Bewegung, Entspannung und Achtsamkeit und Kommunikation und Konfliktlösetraining*. So sollen die pflegenden Angehörigen in ihrer Pflege- und Stressbewältigungskompetenz gestärkt werden, sodass Stressoren reduziert und zeitgleich gesundheitsförderliche Ressourcen aufgebaut werden können. Weiterhin soll die Körperwahrnehmung und die körperliche Aktivität gesteigert, Kompetenzen im Bereich Entspannung und Achtsamkeit sowie zur Kommunikation, zum Konflikt- und Problemlösetraining hinsichtlich des Arbeitskontextes und der Lebenswelt aufgebaut werden.

Das Gesundheitsförderungsprogramm ist nach einem so genannten *Baukastenprinzip* aufgebaut und besteht aus 4 Basismodulen und 4 Vertiefungsmodulen. So kann die Auswahl der Module und der zeitliche Rahmen des Programmes flexibel gestaltet und an die Bedürfnisse der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen sowie an das jeweilige Setting, in dem das Programm durchgeführt wird, angepasst werden. Der zeitliche Rahmen umfasst 4 bis 8 Wochen. Die Basismodule bilden die Themenfelder: *Psychoedukation, Stressbewältigung, Entspannung und Achtsamkeit* sowie *Kommunikation und Konfliktlösetraining*. Die Module *Psychoedukation, Stressbewältigung* und *Kommunikation und Konfliktlösetraining* enthalten außerdem noch eine weitere Vertiefungseinheit. Das Modul 3 *Bewegung* wurde als Vertiefungsmodul festgelegt, da die Bedarfe z.B. bei der Inanspruchnahme von Pflegehilfsmitteln als individuell unterschiedlich untersucht wurden. In Dänemark wird dieses Themenfeld von externen Anbietern übernommen. Die Dauer eines Moduls beträgt 90 Minuten und findet einmal pro Woche statt, wobei dies ebenfalls flexibel an die jeweiligen Umgebungsbedingungen angepasst werden kann. Zu empfehlen ist, dass 45 Minuten der Kurseinheiten als Arbeitszeit in Anspruch genommen werden können und 45 Minuten als nicht Arbeitszeit zählen. Bei einer ausreichenden Teilnehmeranzahl sollten die Kurse in Angehörige von kognitiv beeinträchtigten Menschen und nicht kognitiv beeinträchtigten Menschen unterteilt werden, da aus der Literatur sowie aus der Teilstudie I hervorging, dass hier unterschiedliche Belastungen der pflegenden Angehörigen bestehen (Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital, 2020; Wilz & Pfeiffer, 2019; vgl. Kap. 3.6). Die Einheiten werden von professionellen Fachkräften mit einer gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung durchgeführt. Als Setting zur Durchführung des Programmes eignet sich der Betrieb oder die Kommune. Beides ist in beiden Ländern möglich, dennoch würde sich in Deutschland eher der Arbeitsplatz im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements anbieten und in Dänemark die Kommune aufgrund der Verortung der Gesundheitsförderung im kommunalen Bereich. In beiden Ländern könnten dennoch beide Settings von den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit profitieren, indem z.B. Einzelteile des Programmes integriert werden, z.B. in Form einzelner Module.

Hierbei könnte beispielsweise nur das Modul 1 zur *Psychoedukation* in ausgewählten Settings angeboten werden, um die Zielgruppe zunächst über die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen zu informieren und dafür zu sensibilisieren. Durch den Aufbau des *Baukastenprinzips* kann jedes Modul den Bedürfnissen des Settings und der Zielgruppe entsprechend auch eigenständig durchgeführt werden. Im Rahmen einer Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes könnte eine Implementation der Inhalte in weiteren Forschungsarbeiten untersucht werden.

Insgesamt ist für die Förderung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf in beiden Ländern eine Kombination aus verhaltens- sowie verhältnispräventiven Maßnahmen notwendig. Die verhältnispräventiven Maßnahmen stellen dabei zunächst die Voraussetzung bzw. die Rahmenbedingungen für eine gute Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf dar. In der vorliegenden Forschungsarbeit konnten die in den Schlussfolgerungen benannten Aspekte für beide Länder als bedeutsam exploriert werden: In **Deutschland** ist es auf der verhältnispräventiven Ebene besonders wichtig, dass erwerbstätige pflegende Angehörige bei der Inanspruchnahme einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit finanziell unterstützt werden und die Antragstellung vereinfacht wird. In **Dänemark** besteht der Bedarf an einer kommunal-übergreifenden, einheitlichen Regelung der Unterstützungsleistungen sowie einer Sensibilisierung des Themas Angehörigenpflege im betrieblichen Kontext. Die Verhaltensprävention dient vor allem der Förderung der Selbstfürsorge, des Gesundheitsbewusstseins sowie der Gesundheitskompetenz des einzelnen pflegenden Angehörigen und trägt maßgeblich zur Übernahme von mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit (Empowerment) bei. Je mehr pflegende Angehörige dies umsetzen und gesundheitsförderliche Maßnahmen in Anspruch nehmen, desto mehr wirkt sich dies auf die verhältnispräventiven Maßnahmen aus. So fördert die Verhältnisprävention die Motivation und die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen hinsichtlich eines eigenverantwortlichen Umganges mit einer Pflegesituation. Auf der verhältnispräventiven Ebene ist für eine bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf das Zusammenwirken von drei Faktoren bedeutsam: die gesellschaftliche Sensibilisierung, eine gesundheitsförderliche, familienfreundliche und pflegesensible Unternehmenskultur und die politische Aufmerksamkeit. Eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen bietet demnach die bestmögliche und eine passgenaue Unterstützung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen. Die Abbildung 81 visualisiert nochmals das Zusammenwirken der zentralen verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen in einem ganzheitlichen Modell zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Dies mündet in einem Setting-Ansatz, der das Ziel hat, gesundheitsbezogenes Verhalten der Zielgruppe der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen zu fördern sowie die Gestaltung der Umwelt hinsichtlich eines gesundheitsförderlichen und pflegesensiblen Settings zu verbessern (Dadaczynski & Paulus, 2018).

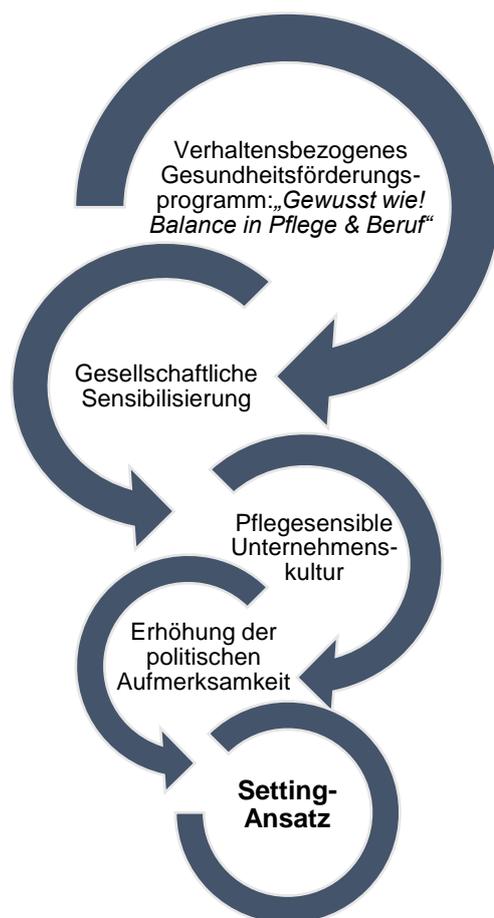


Abbildung 81: Ganzheitliches Modell zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf - integrierter Ansatz.

Das Promotionsvorhaben bietet so auf der verhaltenspräventiven Ebene einen Ansatzpunkt zur Manualisierung des Gesundheitsförderungsprogrammes „*Gewusst wie! Balance in Pflege & Beruf*“ oder der weiteren Entwicklung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für erwerbstätige pflegende Angehörige und stellt erstmals die wesentlichen verhältnispräventiven Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf für Deutschland und Dänemark dar. In zukünftigen Forschungen sollte untersucht werden, inwiefern grenzüberschreitende Synergien zwischen Deutschland und Dänemark genutzt werden können, vor allem bei der Optimierung von gesetzlichen Rahmenbedingungen, der Konzeption von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für pflegende Angehörige sowie hinsichtlich Öffentlichkeitsarbeit und Digitalisierung. Im Rahmen des Public Health Action Cycle (Kolip, 2006) ist nun erforderlich, das Gesundheitsförderungsprogramm umzusetzen und hinsichtlich der Prozessqualität zu überprüfen sowie abschließend die Wirksamkeit der Maßnahmen zu evaluieren (Ergebnisqualität). Das vorliegende Promotionsvorhaben leistet demnach einen wesentlichen Beitrag zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf und bietet Ansatzpunkte für weitere Forschungen auf diesem Themengebiet.

8 Literaturverzeichnis

- Adam, U. & Mühling, T. (2014). *Familiale Pflege: Hilfe- und Unterstützungsleistungen von Erwachsenen für ihre Eltern in quantitativen Datenquellen*. Bamberg: Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb).
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I. & Schuler, R. H. (1993). Stress, role captivity, and the cessation of caregiving. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(1), 54–70.
- Asendorpf, J. B. (2019). *Persönlichkeitspsychologie für Bachelor* (4. vollständig überarbeitete Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-57613-7>
- Bauernschmidt, D. (2020). Berufstätige Personen mit gleichzeitiger Erziehungs- und Pflegeverantwortung. *Pflege*, 33(3), 153–163. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000736>
- Bäumli, J. & Pitschel-Walz, G. (2016). Grundlagen des Konsensuspapiers zur Psychoedukation. In J. Bäumli, B. Behrendt, P. Henningsen & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 2–11). Stuttgart: Schattauer.
- Breinbauer, M., Jacob, R., Richter, N. & Kopp, J. (2019). Häusliche Pflege in der Region Trier. In R. T. Münnich & J. Kopp (Hrsg.), *Pflege an der Grenze. Entwicklungen, Fragestellungen, Herangehensweisen* (S. 149–177). Wiesbaden: Springer VS.
- Büker, C. (2015). *Pflegende Angehörige stärken. Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege* (2. überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. (2017a). *Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Neue gesetzliche Regelungen seit dem 1.1.2015*. Frankfurt am Main: Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co.Kg.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2014). *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Wie Unternehmen Beschäftigte mit Pflegeaufgaben unterstützen können*. Paderborn: Bonifatius GmbH.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2016). *Familienbewusste Arbeitszeiten. Leitfaden für die praktische Umsetzung von flexiblen, familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen* (5. Aufl.). Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2017b). *Gemeinsam gelingt die NEUE Vereinbarkeit. Ein Leitfaden für Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretungen*. Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2018). *Familienfreundliche Unternehmenskultur. Der entscheidende Erfolgsfaktor für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf* (3. Aufl.). Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Nationales Gesundheitsziel. Gesund älter werden*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2018). *Ratgeber Pflege. Alles, was Sie zum Thema Pflege und zu den Pflegestärkungsgesetzen wissen müssen* (18. aktualisierte Aufl.). Paderborn: Bonifatius GmbH.
- Continental Krankenversicherung. (2016). *Pflegende Angehörige. Zwischen Erschöpfung, Liebe und Pflichtgefühl*. Dortmund: Continentale Krankenversicherung.
- Dadaczynski, K. & Paulus, P. (2018). Verhaltens- und Verhältnisprävention. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 257-268). Göttingen: Hogrefe.
- Danmarks Statistik & Ældresagen. (2015). *Voksne børn til modtagere af hjemmehjælp*. København: Danmarks Statistik.
- Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service. (2018). *Pleje- Og Omsorgs- Branchens Årsrapport 2018*. København: DI Service.
- Danske Patienter. (2019a). *Danmark har brug for en national handlingsplan for pårørende*. København: Danske Patienter.
- Danske Patienter & Trygfonden. (2016). De pårørendes rolle. - en kvalitativ undersøgelse af hvad pårørende gør for at være en hjælp og støtte, når deres nærmeste er i behandling i sundhedsvæsenet. *Hej sundhedsvæsen*, 1–17.
- Deck, R., Bussmann, M.-L., Simons, J., Al-Hashimy, S. & Stark, M. (2019). Rehabilitation mit einem demenzkranken Angehörigen: Ergebnisse einer längsschnittlichen Beobachtungsstudie. *Die Rehabilitation*, 58(2), 112–120. <https://doi.org/10.1055/a-0613-1232>
- Deutscher Caritasverband. (2019). *Recht der Pflege. SGB XI mit anderen Gesetzen und Verordnungen* (2. Aufl.). Berlin, Freiburg im Breisgau: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.; Lambertus.
- Dresing, T. & Pehl, T. (Hrsg.). (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (6. Aufl.). Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.
- Eggert, S., Sulmann, D. & Teubner, C. (2018). *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, ZQP-Analyse*. Zentrum für Qualität in der Pflege - Die Stiftung, die Wissen vernetzt.
- Faltermaier, T. (1997). Why public health research needs qualitative approaches. Subjects and methods in change. *The European Journal of Public Health*, 7(4), 357–363. <https://doi.org/10.1093/eurpub/7.4.357>

- Faltermaier, T. (2002). *Transkriptionsregeln für qualitative Forschungsprojekte*. Flensburg: Europa-Universität Flensburg.
- Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie* (2. überarbeitete u. erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fenzl, T. & Mayring, P. (2017). QCAMap: eine interaktive Webapplikation für Qualitative Inhaltsanalyse. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation ZSE*, (3), 333–340.
- Flick, U., Kardorff, E. von & Steinke, I. (2017). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, von Kardorff E. & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (13. Aufl., S. 13–29). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Gutzmann, H., Zank, S. & Tesch-Römer, C. (2005). *Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haller, R. (2018). *Bedürfnis- und lösungsorientierte Gespräche führen - privat und beruflich*. Berlin, Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55699-3>
- Hampel, P. (2020, Oktober). *Konzeptentwicklung und Qualitätssicherung (M9). Einführung*, Flensburg.
- Herrmann, H. (2017). *Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Welche Unterstützungsmaßnahmen im Unternehmen werden benötigt, um die Gesundheit pflegender Arbeitnehmer zu stärken?* Unveröffentlichte Masterthesis: Europa-Universität Flensburg.
- Hetzel, C., Opfermann-Kersten, M. & Holzer, M. (2016). Das subjektive Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen nach einer Trainings- und Erholungswoche. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 24(1), 13–28. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000155>
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele*. (5., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hopf, C. (2017). Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, von Kardorff E. & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (13. Aufl., S. 349–360). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Hussy, W. (2013). Systematik psychologischer Methoden. In W. Hussy, M. Schreier & G. Echterhoff (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (2., überarbeitete Aufl., S. 1–48). Berlin: Springer.
- Jonas, A. (2013). Szenarien zum Pflegebedarf und -potenzial in einer Großstadt: Das Beispiel Köln. In H. Breuer & A. Schmitz-Veltin (Hrsg.), *Szenarien zur demografischen*,

- sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung in Städten und Regionen (S. 101–120). Köln: Verband Deutscher Städtestatistiker - VDSt.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam Books Trade Paperbacks.
- Kaiser, R. (2014). *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kaluza, G. (2018a). *Gelassen und sicher im Stress. Das Stresskompetenz-Buch: Stress erkennen, verstehen, bewältigen* (7. korrigierte Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55986-4>
- Kaluza, G. (2018b). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung* (4. korrigierte Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55638-2>
- Kaluza, G. & Renneberg, B. (2009). Stressbewältigung. Coping with Stress. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 265–272). Göttingen: Hogrefe.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M. & Haslbeck, J. (2016). *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. Zürich: Kompetenzzentrum Patientenbildung Carum Forschung.
- Klaus, D. & Tesch-Römer, C. (2017). Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welche Beiträge leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere? In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 185–200). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kolip, P. (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, (4), 234–239. <https://doi.org/10.1007/s11553-006-0042-0>
- Komiteen for Sundhedsoplysning. (2017). *Instruktørmannual Lær at tackle hverdagen som pårørende* (4. Aufl.). København: Komiteen for sundhedsoplysning.
- Koppenhöfer, E. (2018). *Genussverfahren. Techniken der Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz.
- Kowal, S. & O`Connell, D. C. (2017). Zur Transkription von Gesprächen. In U. Flick, von Kardoff E. & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (13. Aufl., S. 437–447). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Kruse, J. & Schmieder, C. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuhlmeij, A. (2012). Prävention in der Pflege. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M. L. Dierks et al. (Hrsg.), *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen* (3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Aufl., S. 223–227). München: Elsevier, Urban & Fischer.

- Lamnek, S. & Krell, C. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (5., überarbeitete Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Materialien* (6., überarbeitete Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Lazarus, R. S. [R. S.] & Launier, R. [R.] (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213–259). Bern: Verlag Hans Huber.
- Löhe, J. (2016). *Angehörigenpflege neben dem Beruf*. Dissertation. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Mahne, K., Wolff, J. K., Simonson, J. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.). (2017). *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6., überarbeitete Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2020). Qualitative Content Analysis: Demarcation, Varieties, Developments. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 20(3), 1–14. <https://doi.org/10.17169/fqs-20.3.3343>
- Merkens, H. (2017). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In U. Flick, von Kardoff E. & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (13. Aufl., S. 286–299). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- MetLife Mature Market Institut. (2013). *The MetLife Study of Working Caregivers and Employer Health Care Costs*. New York: Metropolitan Life Insurance Company.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview - konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, G. Pickel, H.-J. Lauth & D. Jahn (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: neue Entwicklungen und Anwendungen* (S. 465–479). Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer, F. (2018). Yes, we can(?) Kommunikative Validierung in der qualitativen Forschung. In F. Meyer, J. Miggelbrink & K. Beurskens (Hrsg.), *Ins Feld und zurück - Praktische Probleme qualitativer Forschung in der Sozialgeographie* (S. 164–168). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Meyer, M. (2006). *Pflegende Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*. Hamburg: Institut für Medizin-Soziologie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Mohr, B., Korsch, S., Roch, S. & Hampel, P. (2017). *Debora - Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention*. Berlin, Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-52739-9>

- Nowossadeck, S., Engstler, H. & Klaus, D. (2016). *Pflege und Unterstützung durch Angehörige*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Oswald, H. (2013). Was heißt qualitativ forschen? Eine Einführung in Zugänge und Verfahren. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (4. Aufl., S. 71–87). Weinheim: Beltz Juventa.
- Pearlin, L. I. (1983). Role strains and personal stress. In H. Kaplan (Hrsg.), *Psychosocial stress* (S. 3–32). New York: Academic Press.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process. An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist: a Journal of the Gerontological Society of America*, 30(5), 583–594.
- Petermann, F. (2002). Klinische Kinderpsychologie. Das Konzept der sozialen Kompetenz. *Zeitschrift für Psychologie*, (4), 175–185. <https://doi.org/10.1026//0044-3409.210.4.175>
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (4. erweiterte Aufl.). München: Oldenbourg.
- Region Hovedstaden. (2008). *Bruger-, patient- og pårørendepolitik*. Hillerød: Region Hovedstaden.
- Reuyß, S., Pfahl, S., Rinderspacher, J. P. & Menke, K. (2014). *Pflegesensible Arbeitszeiten – Arbeitszeitrealitäten und -Bedarfe von Pflegenden Beschäftigten. Zentrale Ergebnisse im Überblick*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Rosenberg, M. B. (2016). *Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens* (I. Holler, Übers.). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Schmucker, R. (2020). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019* (S. 49–59). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schneider, H., Heinze, J. & Hering, D. (2011). *Betriebliche Folgekosten mangelnder Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“. im Rahmen des Projektes Carers@Work – Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance?* Berlin: Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Steinbeis-Hochschule Berlin.
- Schreier, M. (2013). Qualitative Erhebungsmethoden. In W. Hussy, M. Schreier & G. Echterhoff (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (2., überarbeitete Aufl., S. 223–245). Berlin: Springer.
- Schulz von Thun, F. (2018). *Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation* (55. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Schütz, A. (1972). *Gesammelte Aufsätze. II Studien zur soziologischen Theorie*. Dordrecht: Springer Netherlands.

- Schweiger, A. & Offermanns, G. (2018). Vereinbarkeit von Pflege und Beruf – Handlungsfelder und Lösungsansätze in einer Mehrebenenbetrachtung. In D. A. Behrens, M. Kreimer, M. Mucke & N. E. Franz (Hrsg.), *Familie – Beruf – Karriere* (S. 343–365). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schwinger, A. & Tsiasioti, C. (2018). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Qualität in der Pflege: mit 24 Tabellen und 43 Abbildungen* (S. 173–204). Berlin: Springer.
- Simon, M. (2017). *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise* (6. vollständig aktualisierte u. überarbeitete Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2010). *Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2018). *Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich - Pflegebedürftige - 2017*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stiegler, B. (2019). *Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Das 1000-Stunden-Modell: ein flexibles Zeitbudget mit Lohnersatz*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum Politik und Gesellschaft.
- Stocker, E., Englert, C. & Seiler, R. (2018). Selbstkontrolle im Sport und die Bedeutsamkeit von achtsamkeitsbasierten Trainings. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 25(3), 99–107. <https://doi.org/10.1026/1612-5010/a000227>
- Ströhle, G., Nachtigall, C., Michalak, J. & Heidenreich, T. (2010). Die Erfassung von Achtsamkeit als mehrdimensionales Konstrukt. Die deutsche Version des Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(1), 1–12. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000001>
- Struve, V. (2018). *Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Eine qualitative Untersuchung von Maßnahmen zur Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger in Unternehmen*. Unveröffentlichte Masterthesis: Europa-Universität Flensburg.
- Sundhedsstyrelsen. (2012). *Anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Tempel, N. (2013). *Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld*. Köln: BZgA.
- Trygfonden & Dansk Selsskab for Patientsikkerhed. (2016). Pårørende på spring... Undersøgelse af pårørendes oplevelser, roller, holdninger, forventninger og ønsker. *Hej sundhedsvæsen*, 1–44.

- Wachter, M. von & Hendrichke, A. (2016). *Psychoedukation bei chronischen Schmerzen. Manual und Materialien*. Berlin, Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-47983-4>
- Wassermann, S. (2015). Das qualitative Experteninterview. In M. Niederberger & S. Wassermann (Hrsg.), *Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung* (S. 51–65). Wiesbaden: Springer VS.
- Wetzstein, M., Rommel, A. & Lange, C. (2015). *GBE kompakt 3-2015: Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst*. Berlin: Robert Koch-Institut. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-018>
- Wilz, G. & Pfeiffer, K. (2019). *Pflegende Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.
- Zentrum für Qualität in der Pflege. (2016). *ZQP-Themenreport: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. Berlin: Das Druckteam Berlin.

Internetquellen

- Ældresagen. (2019). *Bedre vilkår for pårørende. 5 principper for sociale, sundhedsmæssige og arbejdsmæssige initiativer*. Zugriff am 24.06.2020. Verfügbar unter: <https://www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/paaroerende/synspunkt/5-principper-for-bedre-vilkaar-for-paaroerende>
- Barmer Pflegekasse (Barmer Pflegekasse, Hrsg.). (2019). *Vom Punktwert zum Pflegegrad. Die Bewertungssystematik der Pflegebegutachtung*. Zugriff am 20.05.2020. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/gesundheit-verstehen/pflege/pflegestufen-7194>
- Bedre Psykiatri - landsforening for pårørende. (2018). *Undersøgelse af pårørendeinddragelse i psykiatrien 2018*. Zugriff am 29.10.2020. Verfügbar unter: <https://bedrepsykiatri.dk/viden/inddragelse-af-paorende/>
- Bedre Psykiatri - landsforening for pårørende. (2020). *Gode råd til pårørende om corona*. Zugriff am 23.07.2020. Verfügbar unter: <https://bedrepsykiatri.dk/hjaelp-og-raadgivning/gode-rad-om-corona/>
- Bestmann, B., Wüstholtz, E. & Verheyen, F. (2014). *Pflegen. Belastung und sozialer Zusammenhalt; eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen*. Hamburg: Techniker Krankenkasse. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/tk/publikationen/655190?sessionreload=true>
- Bundesgesundheitsministerium & AOK NORDWEST. (2015). *AOK NORDWEST Pflege #verbessern Pflegetagebuch*. Zugriff am 17.11.2020. Verfügbar unter: verbessern.nordwest.aok.de
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2020). *Akuthilfe für pflegende Angehörige beschlossen*. Zugriff am 23.07.2020. Verfügbar unter:

- <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/akuthilfe-fuer-pflegende-angehoerige-beschlossen/155552>
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. (2020). *Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung*. Zugriff am 21.09.2020. Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/strategien-handlungsansatze-und-methoden/nachhaltigkeit-und-nachhaltige-gesundheitsfoerderung/>
- Curendo Pflegecoach. (2020). *Pflegekurse für pflegende Angehörige - Curendo Pflegecoach*. Zugriff am 22.05.2020. Verfügbar unter: <https://pflege.curendo.de/>
- DAK-Pflegecoach. (2020). *Pfleges Schulungen für Angehörige*. Zugriff am 22.05.2020. Verfügbar unter: <https://www.dak-pflegecoach.de/>
- Daldrup, A. & Keggenhoff, D. (Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW), Hrsg.). (2018). *Gewusst wie – und der Rücken bleibt gesund! Bewegen von Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege* (2. Aufl.). Zugriff am 15.07.2020. Verfügbar unter: www.unfallkasse-nrw.de
- Danske Patienter. (2019b). *Fakta: Pårørende under press*. Zugriff am 08.05.2020. Verfügbar unter: www.danskepatienter.dk
- Danske Patienter (Danske Patienter, Hrsg.). (2020). *Hvad har pårørende krav på?* Zugriff am 15.05.2020. Verfügbar unter: <https://danskepatienter.dk/patienter-paarørende/raad-til-paarørende/hvad-har-paarørende-krav-paa>
- Deutscher Pflegering. (2020). *Vereinbarkeit von Beruf und Familie*. Zugriff am 22.05.2020. Verfügbar unter: <https://www.pflegering.de/fachthemen/vereinbarkeit-von-beruf-und-familie/>
- Fenzl, T. & Mayring, P. (2014). *QCAmap - a software for Qualitative Content Analysis*. Verfügbar unter: <https://www.qcamap.org/>
- Galán, S. K. (Magasinet Arbejds miljø: No. 5 2018, Hrsg.). (2018). *Forskellige modeller for fleksibel arbejdstid*. Zugriff am 06.10.2020. Verfügbar unter: <https://mitarbejds miljo.dk/artikler/forskellige-modeller-fleksibel-arbejdstid>
- Hackmann, T. (Bertelsmann Stiftung & prognos, Hrsg.). (2014). *Pflegemix der Zukunft. Spannungsfeld zwischen pflegerischer Notwendigkeit und tatsächlicher Versorgung*. Zugriff am 01.12.2020. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/44_Pflege_vor_Ort/Studie_Pflegemix_der_Zukunft_20140805.pdf
- Häuser, D. (Arbeitsgemeinschaft für Bildung und Beruf e.V. & Dachverband der Weiterbildungsorganisationen e.V. (DVWO), Hrsg.). (2019). *10 Aktivierungsübungen für mehr Energie im Seminar*. Zugriff am 01.12.2020. Verfügbar unter: <https://www.abb-seminare.de/blog/aktivierungsuebungen/>

- Kirk, J. S. (Kommunernes Landsforening (KL), Hrsg.). (2019). *Behov for sundhed og pleje til 80+ årige vokser markant*. Zugriff am 05.10.2020. Verfügbar unter: www.kl.dk
- KMD. (2018). *Pårørende på arbejdsmarkedet*. Zugriff am 28.02.2019. Verfügbar unter: www.kmd.dk/analyse
- Kolding Kommune (Kolding Kommune, Hrsg.). (o. J.). *Model for Pårørendesamarbejde*, Senior- og Socialforvaltningen Udviklingsafdelingen. Zugriff am 24.06.2020. Verfügbar unter: www.kolding.dk/pårørende
- Kolding Kommune. (2020). *Sundhedstilbud*. Zugriff am 20.07.2020. Verfügbar unter: <https://www.kolding.dk/borger/sundhed-sygdom/sundhedstilbud>
- Komiteen for Sundhedsoplysning. (2020a). *Lær at tackle*. Zugriff am 20.07.2020. Verfügbar unter: <http://sundhedsformidling.dk/projekter/laer-at-tackle.aspx>
- Komiteen for Sundhedsoplysning (Komiteen for Sundhedsoplysning, Hrsg.). (2020b). *Lær at tackle - hverdagen som pårørende*. Zugriff am 23.06.2020. Verfügbar unter: <https://laerattackle.dk/hverdagen-som-parorende/>
- Komiteen for Sundhedsoplysning. (2020c). *LÆR AT TACKLE hverdagen som pårørende* -. Zugriff am 23.06.2020. Verfügbar unter: <https://laerattackle.dk/hverdagen-som-parorende/>
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.). (2017). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit* (2. Aufl.). Zugriff am 09.11.2020. Verfügbar unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital. (2020). *Familiale Pflege - Pflege zu Hause*. Zugriff am 07.03.2020. Verfügbar unter: <https://www.malteser-franziskus.de/patienten-besucher/familiale-pflege.html>
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren. (2019). *Einführung des ‚Betrieblichen Pflegelotsen‘ in Schleswig-Holstein: Kompetente Unterstützung im Betrieb für die Pflege zu Hause*. Zugriff am 24.07.2020. Verfügbar unter: https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Presse/PI/2019/191001_VIII_Betriebliche_Pflegelotsen.html
- Quint-Essenz: Gesundheitsförderung Schweiz. (2014). *Quint-essenz: Glossar*. Zugriff am 08.10.2020. Verfügbar unter: www.quint-essenz.ch
- Servicelov. (2020). §81-84; §118-§121. Zugriff am 15.05.2020. Verfügbar unter: <https://danskelove.dk/serviceloven/>
- Sozialverband VdK Deutschland. (2018). *Was sind die Pflegepersonenzzeit und das Pflegepersonengeld?* Zugriff am 10.09.2020. Verfügbar unter: https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/76120/vdk-konzept_was_sind_die_pflegepersonenzzeit_und_das_pflegepersonengeld

Sundhedsstyrelsen. (2020). *Pulje til aflastning af pårørende til mennesker med demens*.

Zugriff am 23.07.2020. Verfügbar unter: <https://www.sst.dk/da/Nyheder/2020/Pulje-til-aflastning-af-paaroeerende-til-mennesker-med-demens>

Techniker Krankenkasse. (2020). *TK Pflegecoach*. Zugriff am 22.05.2020. Verfügbar unter:

<http://www.tkpfelegecoach.de/>

Wetstein, S. & Preuss, M. (2016). *Pflege und Beruf. Eine Studie zur Vereinbarkeit von familiärer Pflege und Erwerbstätigkeit im Interesse von Betroffenen, Unternehmen und Gesellschaft*. Verfügbar unter: www.compass-pflegeberatung.de

Anhang A – Verzeichnisse

Anhang A1 – Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Eckdaten der Pflegestatistik 2017 (modifiziert nach Destatis, 2018, S. 16).	14
Abbildung 2: Anteil der Pflegebedürftigen an den gesetzlich Versicherten nach Alter und Geschlecht (entnommen aus Schwinger & Tsiasioti, 2018, S. 176).....	15
Abbildung 3: Pflegebedürftige insgesamt in Deutschland von 2005 bis 2050 – Vergleich Status-Quo-Szenario und Szenario sinkende Pflegequote (entnommen aus Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010, S. 30).....	16
Abbildung 4: Szenarien zur zukünftigen Pflegebedürftigkeit (entnommen aus Jonas, 2013, S. 106).....	16
Abbildung 5: Anteile der Personen, die gesundheitlich eingeschränkte Personen unterstützen, nach Geschlecht und Bildung, in den Jahren 1996, 2002, 2008 & 2014 (in Prozent; entnommen aus Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 192).....	17
Abbildung 6: Häufigkeit verschiedener Arten der Unterstützung unter Personen, die Unterstützung leisten, in den Jahren 2002, 2008 & 2014 in Prozent (entnommen aus Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 194).	19
Abbildung 7: Beschäftigung im privaten Pflegesektor in Dänemark in den Jahren von 2008 bis 2017 (modifiziert nach Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018, S. 5).....	26
Abbildung 8: Gründe für die Übernahme von Angehörigenpflege (entnommen aus KMD, 2018, S. 17).....	29
Abbildung 9: Stressprozessmodell (modifiziert nach Pearlin et al., 1990; zitiert nach Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 16).	33
Abbildung 10: Erwerbstätigkeit und Unterstützung von Personen zwischen 40 und 65 Jahren, gesamt und nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 & 2014 (in Prozent; entnommen aus Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 196).....	34
Abbildung 11: Erwerbstätigkeit und Unterstützung von Personen zwischen 40 und 65 Jahren, nach Geschlecht, in den Jahren 1996, 2002, 2008 & 2014 (entnommen aus Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 197).	35
Abbildung 12: Körperliche und psychische Belastungen der pflegenden Angehörigen (entnommen aus KMD, 2018, S. 18).	42
Abbildung 13: Möglichkeiten für Flexibilität am Arbeitsplatz von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen (modifiziert nach KMD, 2018, S. 6).	44
Abbildung 14: Anzahl der Stunden, die pro Woche für die Pflege eines Angehörigen aufgebracht wird (modifiziert nach KMD, 2018, S. 9).....	47
Abbildung 15: Pflegeaufgaben nach Anzahl der Stunden, die von den Angehörigen für die Pflege pro Woche aufgebracht werden (modifiziert nach KMD, 2018, S. 14).....	48

Abbildung 16: Überblick über die Rechtsansprüche nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz (entnommen aus Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2017a, S. 6).	57
Abbildung 17: Übersicht über das Kursangebot Curendo (entnommen aus Curendo Pflegecoach, 2020).	68
Abbildung 18: Übersicht des Kursangebotes der DAK Gesundheit (entnommen aus DAK-Pflegecoach, 2020).	69
Abbildung 19: Übersicht des TK Pflegecoachs (entnommen aus Techniker Krankenkasse, 2020).	69
Abbildung 20: Kriterien zur Betrieblichen Gesundheitsförderung von pflegenden Angehörigen (in Anlehnung an Deutscher Pflegering, 2020).	72
Abbildung 21: Angehörigenmodell der Kommune Kolding (modifiziert nach Kolding Kommune, o. J., S. 3).	75
Abbildung 22: Übersicht Modulkatalog (entnommen aus Herrmann, 2017, S. 140).	81
Abbildung 23: Studiendesign des Promotionsvorhabens.	88
Abbildung 24: Grundsätze qualitativen Denkens (modifiziert nach Mayring, 2016, S. 19ff.). ..	89
Abbildung 25: Schematische Darstellung der zirkulären Forschungsstrategie in der qualitativen Forschung (entnommen aus Lamnek & Krell, 2016, S. 188).	92
Abbildung 26: Entwickeltes Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige (Teilstudie I).	99
Abbildung 27: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (modifiziert nach Mayring, 2015, S. 86).	109
Abbildung 28: Allgemeines Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse (entnommen aus Mayring, 2015, S. 98).	110
Abbildung 29: Forschungsfragen der Teilstudie I.	112
Abbildung 30: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage.	123
Abbildung 31: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche gesetzliche Maßnahmen DE.	123
Abbildung 32: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche gesetzliche Maßnahmen DK.	126
Abbildung 33: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche Aspekte Arbeitsmodelle DE.	129
Abbildung 34: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche Aspekte Arbeitsmodelle DK.	131
Abbildung 35: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche Aspekte kommunale Maßnahmen DE.	134

Abbildung 36: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche kommunale Maßnahmen DK.	136
Abbildung 37: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – förderliche Maßnahmen im Unternehmen DE.....	140
Abbildung 38: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – hinderliche gesetzliche Maßnahmen DE.	143
Abbildung 39: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – hinderliche gesetzliche Maßnahmen DK.	145
Abbildung 40: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – hinderliche Aspekte Arbeitsmodelle DE.....	148
Abbildung 41: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – hinderliche Aspekte Arbeitsmodelle DK.....	149
Abbildung 42: Kategorienbaum der ersten Forschungsfrage – hinderliche kommunale Maßnahmen DK.	151
Abbildung 43: Kategorienbaum der zweiten Forschungsfrage.....	154
Abbildung 44: Kategorienbaum der zweiten Forschungsfrage – Förderliche Aspekte Deutschland.	154
Abbildung 45: Kategorienbaum der zweiten Forschungsfrage – Förderliche Aspekte Dänemark.....	159
Abbildung 46: Kategorienbaum der zweiten Forschungsfrage – Hinderliche Aspekte Deutschland.	164
Abbildung 47: Kategorienbaum der zweiten Forschungsfrage – Hinderliche Aspekte Dänemark.....	166
Abbildung 48: Kategorienbaum der dritten Forschungsfrage.	169
Abbildung 49: Kategorienbaum der dritten Forschungsfrage – Förderliche Faktoren Deutschland.	169
Abbildung 50: Kategorienbaum der dritten Forschungsfrage – Förderliche Faktoren Dänemark.....	171
Abbildung 51: Kategorienbaum der dritten Forschungsfrage – Hinderliche Faktoren Deutschland.	174
Abbildung 52: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage.	176
Abbildung 53: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage – Inhaltliche Aspekte Deutschland.	177
Abbildung 54: Anzahl der Nennungen zur Unterkategorie inhaltliche Aspekte Deutschland.	181
Abbildung 55: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage – Rahmenbedingungen Deutschland.	182

Abbildung 56: Anzahl der Nennungen zur Unterkategorie Rahmenbedingungen Deutschland.	186
Abbildung 57: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage – Barrieren Deutschland.	186
Abbildung 58: Anzahl der Nennungen zur Unterkategorie Barrieren Deutschland.	187
Abbildung 59: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage – Inhaltliche Aspekte Dänemark.	188
Abbildung 60: Anzahl der Nennungen zur Unterkategorie inhaltliche Aspekte Dänemark...	194
Abbildung 61: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage – Rahmenbedingungen Dänemark.....	195
Abbildung 62: Anzahl der Nennungen zur Unterkategorie Rahmenbedingungen Dänemark.	200
Abbildung 63: Kategorienbaum der vierten Forschungsfrage – Barrieren Dänemark.....	200
Abbildung 64: Anzahl der Nennungen zur Unterkategorie Barrieren Dänemark.....	204
Abbildung 65: Übersicht über das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige.	235
Abbildung 66: Forschungsfrage und Auswertungsfragen der Teilstudie II.....	247
Abbildung 67: Kategorienbaum der ersten Auswertungsfrage.	258
Abbildung 68: Kategorienbaum der zweiten Auswertungsfrage.	269
Abbildung 69: Kategorienbaum der dritten Auswertungsfrage.	282
Abbildung 70: Kategorienbaum der Oberkategorie Herausforderungen und Chancen aus Sicht der deutschen Experten.....	283
Abbildung 71: Kategorienbaum der Oberkategorie Herausforderungen und Chancen aus Sicht der dänischen Experten.....	289
Abbildung 72: Kategorienbaum der Oberkategorie verhältnispräventive Maßnahmen aus Sicht der deutschen und dänischen Experten.....	299
Abbildung 73: Der Public Health Action Cycle und die Verortung der Qualitätsdimensionen (entnommen aus Hampel, 2020; modifiziert nach Tempel, 2013, S. 14).....	355
Abbildung 74: Förderung der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf.....	356
Abbildung 75: Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark.	357
Abbildung 76: Übersicht über Basis- und Vertiefungsmodule des Gesundheitsförderungsprogrammes.	359
Abbildung 77: Allgemeiner Modulablauf.	361
Abbildung 78: Überblick über die relevanten Handlungsempfehlungen zur Verhältnisprävention.....	378
Abbildung 79: Unterstützungsangebote zur Vereinbarkeit durch Unternehmen (entnommen aus Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017b, S. 21).	380

Abbildung 80: Gesundheitsförderung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen auf Makro-, Meso- und Mikroebene.....	388
Abbildung 81: Ganzheitliches Modell zur Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf - integrierter Ansatz.	394

Anhang A2 – Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterstützungsumfang pflegender Angehöriger nach Alter und Geschlecht (modifiziert nach Klaus & Tesch-Römer, 2017, S. 194).	18
Tabelle 2: Übersicht über die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige in Deutschland und Dänemark (modifiziert nach Adam & Mühling, 2014, S. 14).....	24
Tabelle 3: Umsetzungen der Pflegebranche in Milliarden Kronen von 2009 bis 2017 (modifiziert nach Dansk Sundhed og Velfærd - DI Service, 2018, S. 5).	27
Tabelle 4: Pflegegrade und die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten (modifiziert nach Barmer Pflegekasse, 2019, S. 7).	54
Tabelle 5: Analyseeinheiten der Forschungsarbeit.	107
Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung der Teilstudie I.	113
Tabelle 7: Deutsche Experten aus den Bereichen Unternehmen und Pflege (modifiziert nach Struve, 2018, S. 80).	115
Tabelle 8: Dänische Experten aus dem Bereich der Pflege.	116
Tabelle 9: Regeln zur induktiven Kategorienbildung der ersten Forschungsfrage.....	118
Tabelle 10: Regeln zur induktiven Kategorienbildung der zweiten Forschungsfrage.....	119
Tabelle 11: Regeln zur induktiven Kategorienbildung der dritten Forschungsfrage.....	120
Tabelle 12: Regeln zur induktiven Kategorienbildung der vierten Forschungsfrage.....	121
Tabelle 13: Zusammenfassung der Ergebnisse Forschungsfrage 1 der Teilstudie I.	205
Tabelle 14: Zusammenfassung der Ergebnisse Forschungsfrage 2 der Teilstudie I.	217
Tabelle 15: Zusammenfassung der Ergebnisse Forschungsfrage 3 der Teilstudie I.	222
Tabelle 16: Zusammenfassung der Ergebnisse Forschungsfrage 4 der Teilstudie I.	226
Tabelle 17: Verhältnispräventive Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Deutschland (DE) und Dänemark (DK).....	242
Tabelle 18: Stichprobenbeschreibung Teilstudie II.	248
Tabelle 19: Stichprobenbeschreibung der Experten aus Deutschland und Dänemark.....	249
Tabelle 20: Kodierleitfaden der Teilstudie II.....	250
Tabelle 21: Zusammenfassung der Ergebnisse Auswertungsfrage 1 der Teilstudie II.	312
Tabelle 22: Zusammenfassung der Ergebnisse der zweiten Auswertungsfrage der Teilstudie II.....	316

Tabelle 23: Zusammenfassung der Ergebnisse der dritten Auswertungsfrage der Teilstudie II.....	322
Tabelle 24: Zusammenfassung der Ergebnisse der vierten Auswertungsfrage der Teilstudie II.....	327
Tabelle 25: Modulablauf Modul 1: Psychoedukation Einheit 1 (Basis).	362
Tabelle 26: Modulablauf Modul 2: Stressbewältigung Einheit 1 (Basis).	364
Tabelle 27: Modulablauf Modul 3: Bewegung (Vertiefung).....	366
Tabelle 28: Modulablauf Modul 4: Entspannung und Achtsamkeit (Basis).	368
Tabelle 29: Modulablauf Modul 5: Kommunikation und Konfliktlösetraining Einheit 1 (Basis).	371
Tabelle 30: Modulablauf Modul 1: Psychoedukation Einheit 2 - Vertiefung.	438
Tabelle 31: Modulablauf Modul 2: Stressbewältigung: Einheit 2 – Vertiefung.	438
Tabelle 32: Modulablauf Modul 5: Kommunikation und Konfliktlösetraining Einheit 2 – Vertiefung.....	439

Anhang A3 – Kastenverzeichnis

Kasten 1: Aufgabeleistungen eines pflegenden Angehörigen (modifiziert nach Gutzmann, Zank & Tesch-Römer, 2005, S. 152).	19
Kasten 2: Zusammenfassung - Pflege eines Angehörigen in Deutschland.	22
Kasten 3: Zusammenfassung - Pflege eines Angehörigen in Dänemark.....	30
Kasten 4: Sechs Arten von Rollenbelastungen (role strains) nach Pearlin (entnommen aus Faltermaier, 2017, S. 101).	31
Kasten 5: Zusammenfassung - Der Stressprozess bei erwerbstätigen pflegenden Angehörigen.....	33
Kasten 6: Zusammenfassung – Erwerbstätige pflegende Angehörige in Deutschland.....	40
Kasten 7: Bedarf an Unterstützung und Teilhabe von pflegenden Angehörigen im Krankheitsverlauf (entnommen aus Sundhedsstyrelsen, 2012, S. 27).	46
Kasten 8: Zusammenfassung - Erwerbstätige pflegende Angehörige in Dänemark.....	49
Kasten 9: Zusammenfassung - Gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland.	59
Kasten 10: Zusammenfassung - Gesetzliche Rahmenbedingungen in Dänemark.....	64
Kasten 11: Verbesserte Unterstützung bei akuten Pflegesituationen (modifiziert nach Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020).	65
Kasten 12: Zusammenfassung der bestehenden Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige in Deutschland.	71
Kasten 13: Themen der Module des Programmes „Lerne Deinen Alltag als Angehöriger zu bewältigen“ (modifiziert nach Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020a).	79

Kasten 14: Zusammenfassung bestehende Unterstützungsangebote für erwerbstätige pflegende Angehörige in Dänemark.	80
Kasten 15: Zusammenfassung der Erkenntnisse aus den Masterarbeiten von Hermann (2017) und Struve (2018).	83
Kasten 16: Sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung (entnommen aus Mayring, 2016, 144ff.).	90
Kasten 17: Gütekriterien für qualitative Experteninterviews (entnommen aus Kaiser, 2014, S. 9).	95
Kasten 18: Leitfragen der Teilstudie II.	100
Kasten 19: Kriterien zur Teilnahme an den Experteninterviews aus den Unternehmen (modifiziert nach Struve, 2018, S. 77).	102
Kasten 20: Kriterien zur Teilnahme an den Experteninterviews aus dem Bereich der Pflege (modifiziert nach Struve, 2018, S. 77).	102
Kasten 21: Analyseeinheiten der qualitativen Inhaltsanalyse (entnommen aus Fenzl & Mayring, 2017, S. 335; Mayring, 2015b, S. 61).	107
Kasten 22: Fazit der Oberkategorie förderliche gesetzliche Maßnahmen DE.	126
Kasten 23: Fazit der Oberkategorie förderliche gesetzliche Maßnahmen DK.	128
Kasten 24: Fazit der Oberkategorie förderliche Aspekte Arbeitsmodelle DE.	131
Kasten 25: Fazit der Oberkategorie förderliche Aspekte Arbeitsmodelle DK.	133
Kasten 26: Fazit der Oberkategorie förderliche kommunale Maßnahmen DE.	136
Kasten 27: Fazit der Oberkategorie förderliche kommunale Maßnahmen DK.	140
Kasten 28: Fazit der Oberkategorie förderliche Maßnahmen im Unternehmen DE.	142
Kasten 29: Fazit der Oberkategorie förderliche Maßnahmen im Unternehmen DK.	143
Kasten 30: Fazit der Oberkategorie hinderliche gesetzliche Maßnahmen DE.	145
Kasten 31: Fazit der Oberkategorie hinderliche gesetzliche Maßnahmen DK.	147
Kasten 32: Fazit der Oberkategorie hinderliche Aspekte Arbeitsmodelle DE.	149
Kasten 33: Fazit der Oberkategorie hinderliche Aspekte Arbeitsmodelle DK.	150
Kasten 34: Fazit der Oberkategorie hinderliche kommunale Maßnahmen DK.	153
Kasten 35: Fazit der Oberkategorie förderliche Aspekte Deutschland.	158
Kasten 36: Fazit der Oberkategorie förderliche Aspekte Dänemark.	163
Kasten 37: Fazit der Oberkategorie hinderliche Aspekte Deutschland.	165
Kasten 38: Fazit der Oberkategorie hinderliche Aspekte Dänemark.	168
Kasten 39: Fazit der Oberkategorie förderliche Faktoren Deutschland.	171
Kasten 40: Fazit der Oberkategorie förderliche Faktoren Dänemark.	173
Kasten 41: Fazit der Oberkategorie hinderliche Faktoren Deutschland.	175
Kasten 42: Fazit der Oberkategorie inhaltliche Aspekte Deutschland.	180
Kasten 43: Fazit der Oberkategorie Rahmenbedingungen Deutschland.	185

Kasten 44: Fazit der Oberkategorie Barrieren Deutschland.....	187
Kasten 45: Fazit der Oberkategorie inhaltliche Aspekte Dänemark.	193
Kasten 46: Fazit der Oberkategorie Rahmenbedingungen Dänemark.	199
Kasten 47: Fazit der Oberkategorie Barrieren Dänemark.	203
Kasten 48: Ziele der Psychoedukation (modifiziert nach Behrendt & Krischke, 2005; modifiziert nach Wachter & Hendrichke, 2016, S. 6).	237
Kasten 49: Fazit der Oberkategorie Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprojektes aus Sicht der deutschen Experten.	263
Kasten 50: Fazit der Oberkategorie Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprojektes aus Sicht der dänischen Experten.	268
Kasten 51: Fazit der Oberkategorie Gesamtkonzept & Module des Gesundheitsförderungsprogrammes aus Sicht der deutschen Experten.	273
Kasten 52: Fazit der Oberkategorie Gesamtkonzept & Module des Gesundheitsförderungsprogrammes aus der Sicht der dänischen Experten.....	281
Kasten 53: Fazit der Oberkategorie Herausforderungen zur Umsetzung des Gesundheitsförderungs-programmes aus Sicht der deutschen Experten.	286
Kasten 54: Fazit der Oberkategorie Chancen zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes aus Sicht der deutschen Experten.	288
Kasten 55: Fazit der Oberkategorie Herausforderungen zur Umsetzung des Gesundheitsförderungs-programmes aus Sicht der dänischen Experten.	295
Kasten 56: Fazit der Oberkategorie Chancen zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogrammes aus Sicht der dänischen Experten.....	298
Kasten 57: Fazit der Oberkategorie verhältnispräventive Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf aus Sicht der deutschen Experten.....	305
Kasten 58: Fazit der Oberkategorie verhältnispräventive Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf aus Sicht der dänischen Experten.....	311
Kasten 59: Die 6 Schritte der Problemlösestrategie (modifiziert nach Kaluza, 2018b, S. 140f.).	365
Kasten 60: Genussregeln (entnommen aus Koppenhöfer, 2018, S. 43).	369
Kasten 61: Anleitung zur Genussübung (entnommen aus Mohr et al., 2017, S. 136).	370
Kasten 62: Das 1000-Stunden-Modell einer Freistellungsregelung für erwerbstätige pflegende Angehörige (modifiziert nach Stiegler, 2019, S. 39).	381

Anhang B – Forschungsprojekt: Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf

Anhang B1 – Anschreiben an die dänischen Experten (Teilstudie I)

Kære Damer og Herrer,

Jeg er videnskabelig medarbejder på Europa-Universität Flensburg, og jeg laver min ph.d. om emnet: *forenelighed med pleje og arbejde*. Min målgruppe til min undersøgelse er **erhvervsaktive plejende pårørende**. I min dissertations-afhandling planlægger jeg en tysk-dansk sammenligning. I øjeblikket er jeg stadig i begyndelsen. Der er allerede en master-afhandling, som danner grundlaget af min undersøgelse, men det tager kun hensyn til situationen i Tyskland. Nu vil jeg gerne udforske situationen i Danmark.

Målet med min forskning på Europa-Universität Flensburg er udviklingen af et behovsbaseret sundhedsfremmende interventionsprogram for erhversaktive plejende pårørende. For udviklingen af et sådant sundhedsfremmende program er udvekslingen med eksperter som dig meget vigtigt. Er der en mulighed for at interviewe dig som ekspert for at undersøge situationen i Danmark? Eller kan du formidle mig egnede kontakter? Det kunne godt være pleje-eksperter eller virksomheder, som tilbyder sundhedsfremmede interventioner til plejende pårørende.

Oplysningerne fra denne samtale vil selvfølgelig blive behandlet fortroligt og anonymiseret. Hvis du er interesseret, kan jeg gerne give dig resultaterne af forskningen, så du kunne få en fremtidig-orienteret merværdi ud af det.

Jeg ville være glad for at høre fra dig og vil gerne sende dig en samtaleguide med spørgsmålene til forberedelse. Jeg er også meget taknemmelig, hvis du kunne arrangere andre kontakter i Danmark, der ville være kvalificeret som interviewpartnere.

På forhånd mange tak! Jeg håber, at mit dansk er forståeligt.

Med venlig hilsen

Carina Wilkens

Anhang B2 – Anschreiben an die dänischen Experten (Teilstudie I)

Liebe Frau.../Sehr geehrte Frau...

ich bin wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Europa-Universität Flensburg und promoviere zum Thema Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Die Zielgruppe meiner Untersuchung sind erwerbstätige pflegende Angehörige. Das Ziel meines Promotionsvorhabens besteht darin, ein Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige

in Unternehmen im internationalen Vergleich mit Dänemark zu entwickeln. Vanessa Struve hat Sie bereits im Rahmen Ihrer Masterarbeit zu dem Thema befragt und ihre Ergebnisse fließen ebenfalls in meine Arbeit mit ein. Ich habe nun auf dieser Grundlage und weiteren Experteninterviews einen Entwurf eines Gesundheitsförderungsprogrammes entwickelt und möchte Sie daher gerne fragen, ob Sie für ein weiteres Interview bereit wären und sich das Programm gemeinsam mit mir anschauen würden. Ich würde mich sehr über eine positive Rückmeldung Ihrerseits freuen, da Ihre Expertenmeinung für die Überarbeitung meiner Konzeption sehr wichtig ist. Ich bin außerdem sehr dankbar für die Vermittlung von weiteren Kontakten. Die Ergebnisse des Interviews werden selbstverständlich vertraulich behandelt und anonymisiert.

Gerne sende ich Ihnen vorab meinen Gesprächsleitfaden zu, sodass Sie sich auf das Interview vorbereiten können. Gerne würde ich ab **Mitte März** einen Termin mit Ihnen vereinbaren.

Im Voraus vielen Dank für Ihre Mühe!

Anhang B3 – Anschreiben an die dänischen Experten (Teilstudie II)

Kære ...

Jeg håber du kan huske mig. Jeg er videnskabelig medarbejder på Europa-Universität Flensburg og vi har haft en meget fint samtale om min ph.d.-emne: *erhvervsaktive plejende pårørende*. Jeg har nu udviklet ud af vores sidste samtale og andre interviews med eksperter et sundhedsfremmende program til pårørende på arbejdsmarkedet.

Nu vil jeg gerne spørge dig, om du har lyst og tid til en videre samtale? Så vil jeg gerne kigge på min udviklet programskitse sammen med dig. Jeg ville være meget glad for at høre fra dig, fordi din mening som ekspert er meget vigtig for revisionen af mit koncept. Jeg er også meget taknemmelig for, hvis du kan formidle yderligere kontakter. Resultaterne af interviewet behandles naturligvis fortroligt og anonymiseres. Jeg ville gerne sende min samtaleguide til forberedelse. Det ville være super fint, hvis vi kan sætte os sammen i denne gruppe af sidste gang og have en hyggelig fokusgruppe .

På forhånd mange tak og jeg glæder mig, at høre fra dig!

Bedste hilsner

Anhang B3 – Einverständniserklärung deutsch

Europa- Universität Flensburg
Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg
carina.wilkens@uni-flensburg.de
+49 461 805 2356



Einverständniserklärung

für die Teilnahme an der Befragung „Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Welche Unterstützungsmaßnahmen werden benötigt, um die Gesundheit erwerbstätiger pflegender Angehöriger zu stärken?“ an der Europa-Universität Flensburg.

Liebe/r Teilnehmer/in,

danke für die Teilnahme an dieser Befragung. Die Daten werden mit einem Aufnahmegerät digital aufgezeichnet. Die erhobenen Daten werden anonym ausgewertet, sodass kein Rückschluss auf die Interviewteilnehmer möglich ist. Nach Abschluss der Studie werden die Aufnahmen vernichtet. Mithilfe der Daten soll ein Gesundheitsförderungsprogramm entwickelt werden, welches die Gesundheit von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen verbessert.

Die Teilnahme an diesem Interview ist freiwillig.

*Ich bin über die Studie informiert. Ich habe die schriftliche Information gelesen. Ich hatte die Möglichkeit Fragen über die Studie zu stellen. Ich habe das Recht die Teilnahme an dieser Studie jeder Zeit zu widerrufen, ohne Angabe von Gründen.
Ich stimme meiner Teilnahme an dieser Studie zu.*

Name: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ergebnisse der Studie

Ich möchte nach Abschluss der Studie über die Ergebnisse informiert werden.

Email: _____

Adresse: _____

Anhang B4 – Einverständniserklärung dänisch

Europa- Universität Flensburg
Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg
carina.wilkens@uni-flensburg.de
+49 461 805 2356



Samtykke

for deltagelse i undersøgelsen "Forenelighed med pleje og erhverv. Hvilke støtteforanstaltninger er der behov for til at fremme sundheden af erhversaktive pårørende?" på Europa Universitet Flensburg.

Kære deltager,

tak for deltagelse af et interview i denne undersøgelse. Dataene optages digitalt med en optagelsesapparat. De indsamlede data vurderes anonymt, således at der ikke kan drages konklusion på interviewdeltagerne. Efter afslutningen af undersøgelsen ødelægges optagelserne. Dataene vil blive brugt til at udvikle et sundhedsfremmende program til erhversaktive pårørende med en plejesituation, som skal forbedre arbejdstageres sundhed. Deltagelse i dette interview er frivilligt.

Jeg er informeret om undersøgelsen. Jeg har læst de skriftlige oplysninger. Jeg fik mulighed for at stille spørgsmål om undersøgelsen. Jeg har ret til at annullere min deltagelse i denne undersøgelse til enhver tid uden at give nogen grund. Jeg er enig med deltagelse i denne undersøgelse.

Navn: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Resultater af undersøgelsen

Jeg vil gerne blive informeret om resultaterne efter afslutningen af undersøgelsen.

Email: _____

Adresse: _____

Anhang B5 – Postskript

Interviewprotokoll

Proband	
Status	
Im Beruf seit	
Geschlecht	
Datum des Interviews	
Kontaktaufnahme durch...	
Dauer des Interviews	
Ort des Interviews	
Spontaner Eindruck	
Atmosphäre während des Interviews	
Besonderheiten	

Anhang B6 – Transkriptionsregeln nach Faltermaier (2002)

Universität Flensburg: Qualitative Forschungsprojekte (Faltermaier: Dezember 2002)
Institut für Psychologie, Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung

Transkriptionsregeln

1. **Wörtliche Transkription:** möglichst nahe und authentische Übertragung des gesprochenen Worts in einen verschrifteten Text!! (auch sprachliche oder grammatikalische Fehler übernehmen); Grundprinzip: Gesagtes genau übertragen und möglichst nicht deuten, die Interpretation erfolgt in der systematischen Auswertung des schriftlichen Textes!
2. **Interpunktion:** Möglichst grammatikalisch richtig und nahe am Gesagten: Komma nach sprachlichem Einschnitt, Punkt nach Abschluss eines Gedankens, Fragezeichen und Ausrufezeichen nach entsprechend gesprochener und betonter Aussage, Anführungszeichen bei zitierter wörtlicher Rede.
3. **Vertraulichkeit:** Alle Daten und Informationen müssen zum Datenschutz **absolut und streng vertraulich** gehalten werden! Die Tonbänder und Unterlagen sind nach Übergabe unter Verschluss zu halten und nach der Transkription unverzüglich an die Projektleitung zurückzugeben (vgl. unterschriebene Datenschutzerklärung).
4. **Format:** Übersichtliches und großzügiges Format! Zeilenabstand: 1,5; neue Zeile nach jedem Sprecherwechsel; links *Zeilennummern* einfügen und bis Ende durchnummerieren;
5. **Sprecher:** I = Interviewer/in; B=Befragte(r); Abkürzungen für weitere Sprecher.
6. **Sprecherwechsel:** Neue Zeile bei eindeutigem Sprecherwechsel! Bei kurzen Zwischenkommentaren eines Sprechers in einen längeren Sprechtext des anderen Sprechers kann auch ein Einschub in Klammern erfolgen, etwa: ... (I: Ja, ich verstehe!)
7. **Anonymisierung:** Alle genannten Personennamen verschlüsseln! (z.B. Frau B. und Herr C.) Alle Ortsnamen verschlüsseln! (z.B. durch Buchstaben, eventuell in Klammern eine Erläuterung, wenn für Sinn wichtig)
8. **Pausen:** *kurze* Pausen durch: ... (jeder Punkt ca. 1 Sekunde), *längere* Pausen durch (Pause, x Sekunden)
9. **Betonungen:** auffällige Betonungen eines Wortes oder Satzteils durch Unterstreichungen kennzeichnen!
10. **Nonverbale Äußerungen:** auffällige, nur akustisch hörbare, aber für den Sinn wesentliche Äußerungen (Lachen, Weinen, energisch, zweifelnd, etc.) direkt hinter dem Wort oder der Passage in Klammern ergänzen!
11. **Satzabbruch:** Wird ein begonnener Satz eindeutig abgebrochen und ein neuer begonnen, dann soll das abgebrochene Satzende durch -- gekennzeichnet werden.
12. **Deutsche Hochsprache und Dialektausdrücke:** Der Text sollte zur besseren Lesbarkeit in hochdeutscher Sprache wieder gegeben werden; nur wenn Dialektausdrücke nicht oder nur sinnverzerrend übersetzbar sind, dann diesen Ausdruck übernehmen und – falls bekannt – in Klammern die Übersetzung in Hochdeutsch liefern.
13. Kommunikative **Füllwörter** können weggelassen werden, wenn sie keine weitere Bedeutung haben (z.B. ähh, mh) oder Zuhörerbestärkungen darstellen (z.B. häufiges ja oder mhm). Wird dagegen ein inhaltliche Aussage bestätigt durch ein *ja* oder *mhm*, dann übernehmen!

Anhang C – Teilstudie I

Anhang C1 – Interviewleitfaden der deutschen Experten

Interviewleitfaden Experten

Vielen Dank, dass Sie sich für das Interview Zeit nehmen. Ein wichtiges Ziel dieser Befragung ist es heraus zu finden, wie man erwerbstätige pflegende Angehörige besser unterstützen kann. Das Setting „Betrieb“ eignet sich besonders gut, um viele Pflegende erreichen zu können. Zudem ist die Implementation von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Unternehmen sowohl für die Pflegenden, als auch für die Unternehmen von großer Bedeutung, da der Verlust eines Mitarbeiters mit hohen Leistungseinbußen und einer Steigung der Kosten durch Krankheitstage oder Neueinstellungen einhergehen kann. Auf der Grundlage Ihrer und anderer Berichte sowie auf einer Bedarfsanalyse soll ein Gesundheitsförderprogramm für pflegende Angehörige im betrieblichen Kontext entwickelt werden. Daher bitte ich Sie, möglichst offen zu erzählen, was Unternehmen aus Ihrer Sicht für die Gesundheit der pflegenden Angehörigen tun könnten.

Unternehmen:

Beschäftigungsverhältnis:

Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen:

1. Bestehende Maßnahmen – gesetzliche Grundlagen (Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz?)

- a) Welche Maßnahmen kennen Sie, die erwerbstätige pflegende Angehörige unterstützen und entlasten?
- b) Wissen Sie, wie diese Maßnahmen von pflegenden Angehörigen genutzt werden?
- c) Was denken Sie, sind die Gründe dafür, dass diese Maßnahmen nicht beansprucht werden?
- d) Welche dieser bestehenden Maßnahmen finden Sie am wichtigsten bei der Unterstützung der pflegenden Angehörigen?
- e) Haben Sie Ideen, wie man diese Unterstützungsangebote verbessern könnte bzw. was verbessert werden sollte?

2. Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige in Unternehmen

- a) Wie könnte man erwerbstätige Pflegende im Unternehmen besser unterstützen?
Sie dürfen in diese Überlegung auch gern Unterstützungsmaßnahmen anderer Unternehmen einfließen lassen, insofern Ihnen welche bekannt sind.

Beispiele vorstellen, falls dem Befragten nichts einfällt: flexible Arbeitszeiten (Gleitzeit, Teilzeit, Arbeitszeitkonto, komprimierte Arbeitswoche), flexible Arbeitsorte (Home- und Telearbeit), Beratung/ Ansprechpartner vor Ort, Führungskräftebildungen

- b) Welche Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht am wichtigsten/ am besten geeignet, um pflegende Angehörige im Unternehmen zu unterstützen?
- c) Welche Maßnahmen ließen sich Ihrer Meinung nach am besten in ein Unternehmen integrieren?
- d) Wie ließen sich diese Unterstützungsmaßnahmen am besten im Unternehmen integrieren?
- e) Was denken Sie, wie ließe sich die Teilnahme der Pflegenden an den wichtigsten Maßnahmen erhöhen/ gewährleisten?

3. Weiterentwicklung Gesundheitsförderprogramm

Im Rahmen einer Arbeitsgruppe zu dem Thema „Pflege und Beruf“ an der Europa-Universität Flensburg wurden bereits Angehörige und Unternehmen zu dem Thema der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf befragt. Durch eine anonyme Auswertung der Informationen konnte im Rahmen einer Masterarbeit ein bedarfsgerechtes Programm für die Gesundheitsförderung der pflegenden Angehörigen erstellt werden.

Gemeinsam mit Ihnen würden wir dieses Programm gerne weiterentwickeln. Dazu würde ich Sie bitten, einen Blick auf diese Abbildung zu werfen und gemeinsam mit mir zu überlegen, wie man dieses Programm verbessern oder erweitern könnte.

Rahmenbedingungen:

- über 4 Wochen
- pro Modul 90 Minuten
- während der Arbeitszeit



- Welches Thema ist Ihrer Ansicht nach noch wichtig für erwerbstätige pflegende Angehörige?
- Sehen Sie die Möglichkeit, ein solches Programm in Ihrem Unternehmen integrieren zu können?
- Wo sehen Sie eventuelle Barrieren und Schwierigkeiten?
- Haben sie eine Idee, wie man solche Barrieren möglichst geringhalten könnte?

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Interview genommen haben.

Anhang C2 – Interviewleitfaden der dänischen Experten

a) Ekspert-samtaleguide: pleje institutioner

Tak, fordi du tager dig tid til interviewet. Et vigtigt mål med denne undersøgelse er at finde ud af, hvordan man bedre kan støtte erhversaktive plejende pårørende. Baseret på dine og andre rapporter samt en behovsanalyse skal udvikles et sundhedsfremmende program til plejende pårørende i erhverskontekst. Derfor beder jeg dig om at være så åben som muligt og fortæller ud fra dit synspunkt, hvad kommunerne kunne gøre for plejepersonernes sundhed.

Ansættelsesforhold:

Erfaring med plejende pårørende:

Narrativ spørgsmål: Vil du kort fortælle mig noget om dig selv og dine opgaver i institutionen?

1. Eksisterende interventioner - retsgrundlag

- f) Hvilke foranstaltninger/interventioner kender du, som støtter og aflaster erhversaktive plejende pårørende?
- g) Ved du, hvordan foranstaltningerne/interventionerne bruges/modtages af pårørende?
- h) Hvad synes du, hvorfor foranstaltningerne/interventionerne ikke bruges/modtages?
- i) Hvilke af de eksisterende foranstaltninger/interventioner synes du er mest vigtigt for at støtte pårørende?
- j) Har du ideer til, hvordan man kunne forbedres støttelses-tilbud?
 - Hvad skulle forbedres?

2. Støtteforanstaltninger til plejende pårørende på deres arbejdsplads/ i kommunen

- a) Hvordan kan man få bedre støtte til plejende pårørende i virksomheder?

Du kan også medtage i denne overvejelse støtteforanstaltninger fra andre virksomheder, hvis du kender nogle.

Eksempler: fleksibel arbejdstid (flekstid, deltidarbejde, arbejdstidskonto, komprimeret arbejdsuge), fleksible arbejdspladser (hjemmearbejde og telearbejde), rådgivning/ kontakt på stedet, lederuddannelse

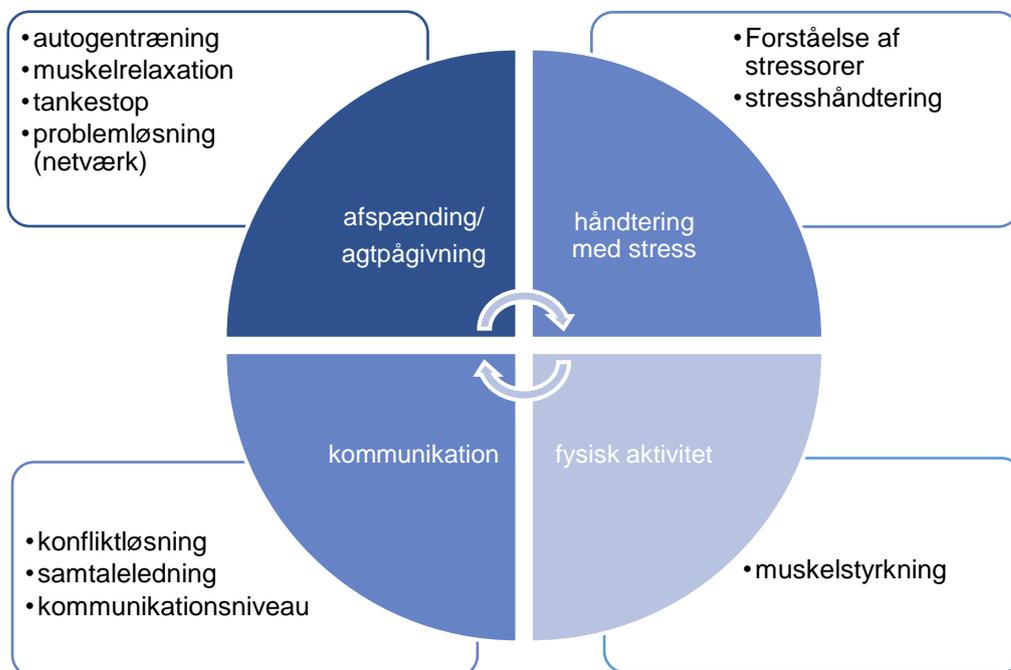
- b) Hvilke foranstaltninger er efter din mening bedst egnet til at støtte plejende pårørende?
- c) Hvilke foranstaltninger kan efter din mening bedst integreres i kommunen?
- d) Hvordan kunne støtteforanstaltningerne integreres bedst i kommunen?
- e) Hvordan kan pårørendes deltagelse i de vigtigste foranstaltninger øges/sikres?

3. Yderligere udvikling af et sundhedsfremmende program

I vores arbejdsgruppe om *pleje og arbejde* på Europa-Universitet Flensborg blev pårørende og virksomheder allerede spurgt om forenelighed i pleje og arbejde. Gennem en anonym vurdering af resultaterne af et *kandidatafhandling* blev der oprettet et behovsbaseret program for sundhedsfremme af plejende pårørende personer. Sammen med din hjælp vil vi gerne videreudvikle programmet. Jeg vil bede dig om at se på dette illustration og diskutere med mig, hvordan programmet kan forbedres eller udvides.

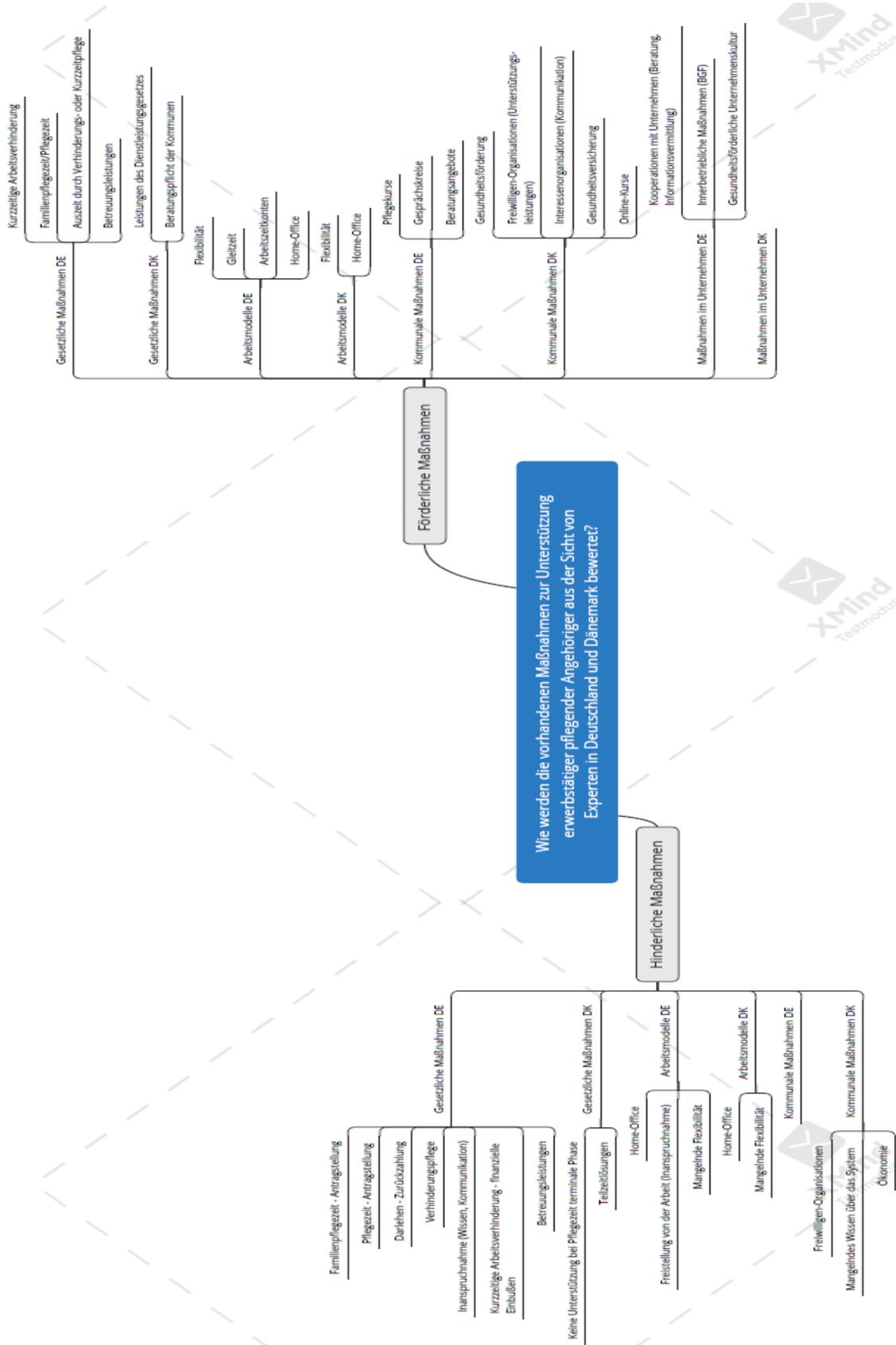
Generelle betingelser:

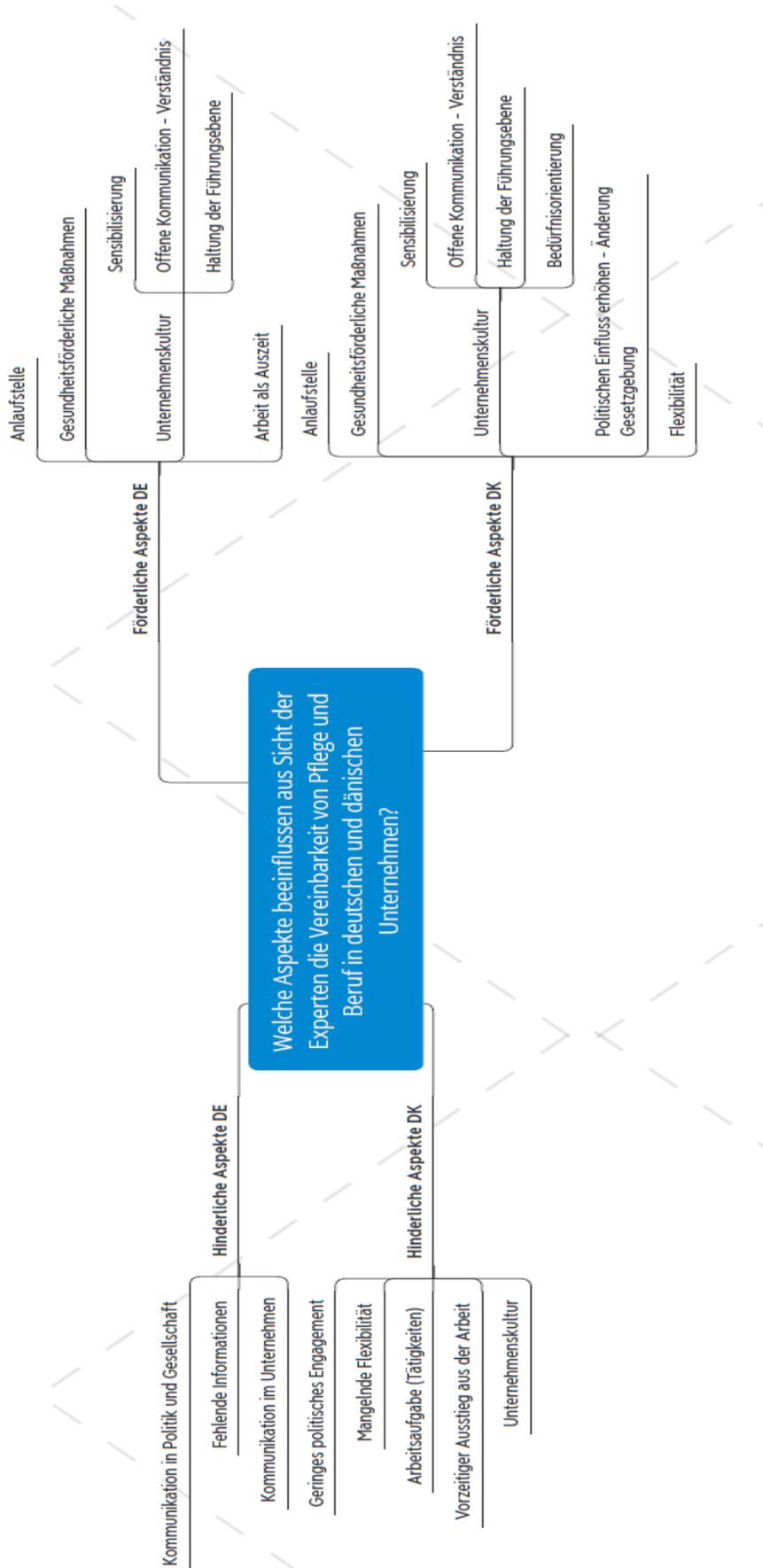
- over 4 uger
- 90 minutter pr. modul
- i arbejdstiden

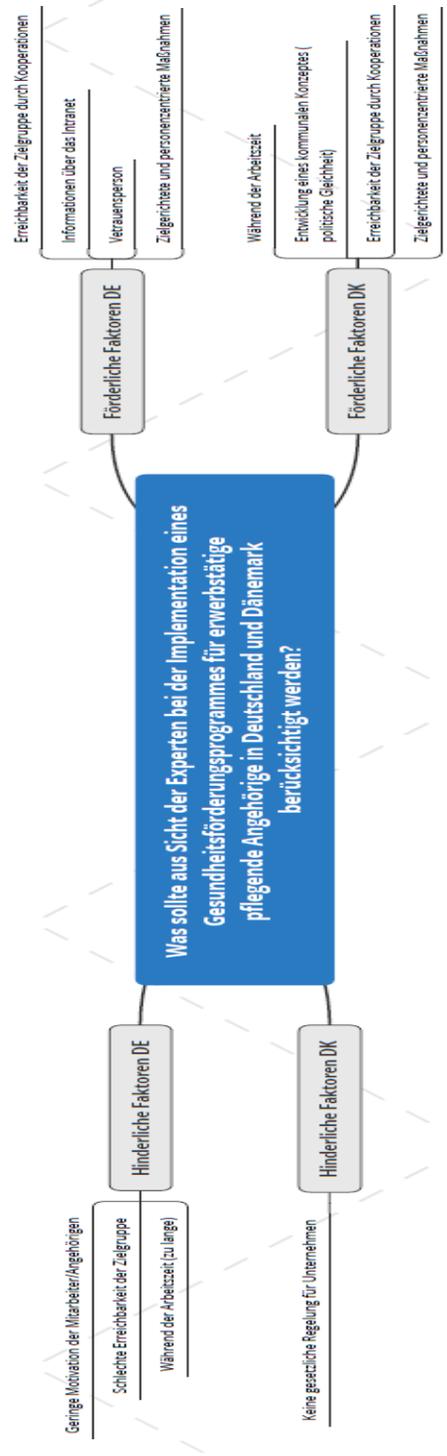


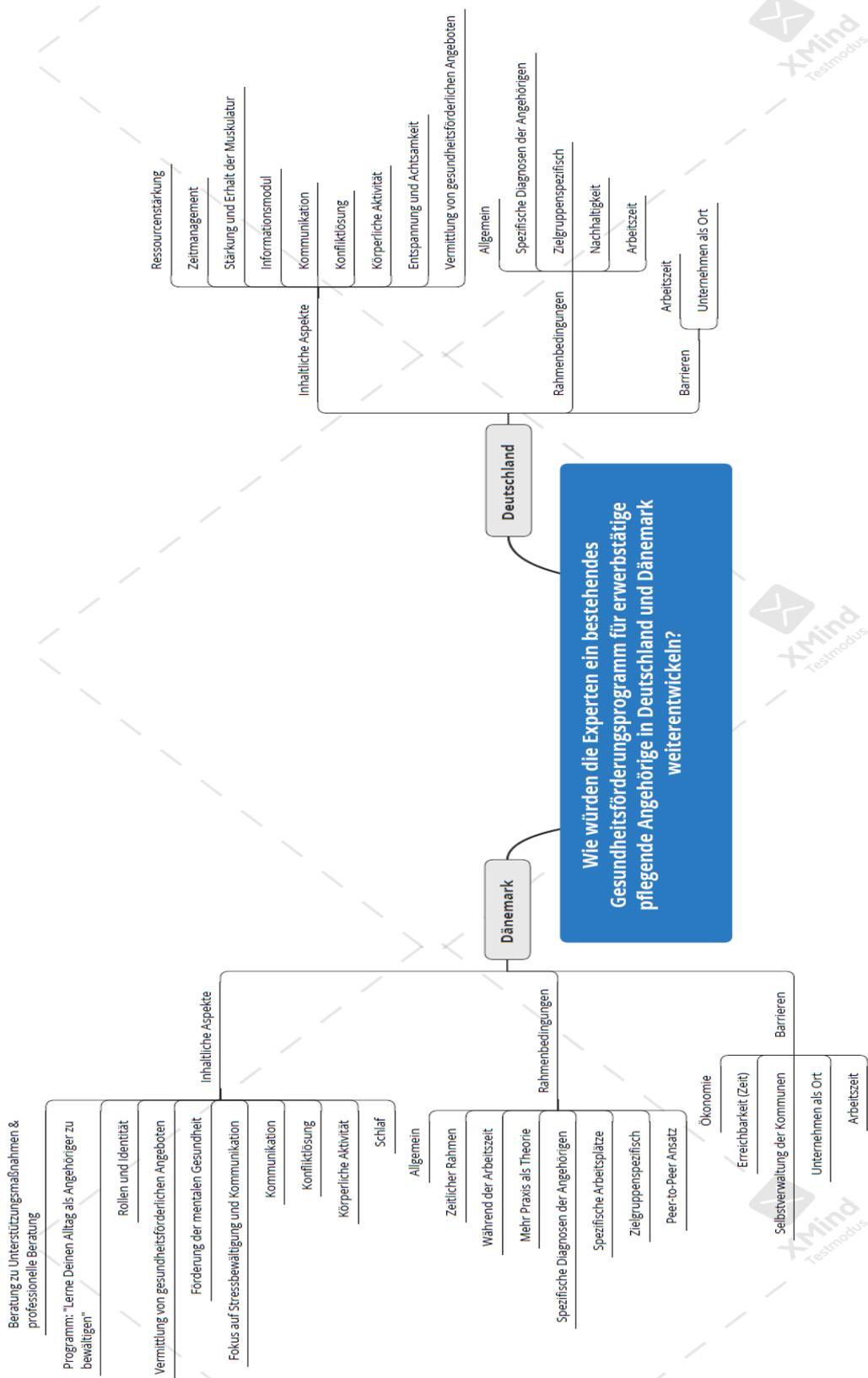
- e) Hvilke emner er yderligere vigtigt for erhverdaktive pårørende?
- f) Ser du en mulighed for at integrere et sådant program i kommunen?
- g) Hvad kunne være mulige barrierer og vanskeligheder?
- h) Har du ideer om, hvordan sådanne hindringer kan reduceres?

Anhang C3 – Kategoriensysteme









Anhang D – Teilstudie II

Anhang D1 – Interviewleitfaden deutsch

Programm zur Gesundheitsförderung erwerbstätiger pflegender Angehöriger in Deutschland und Dänemark

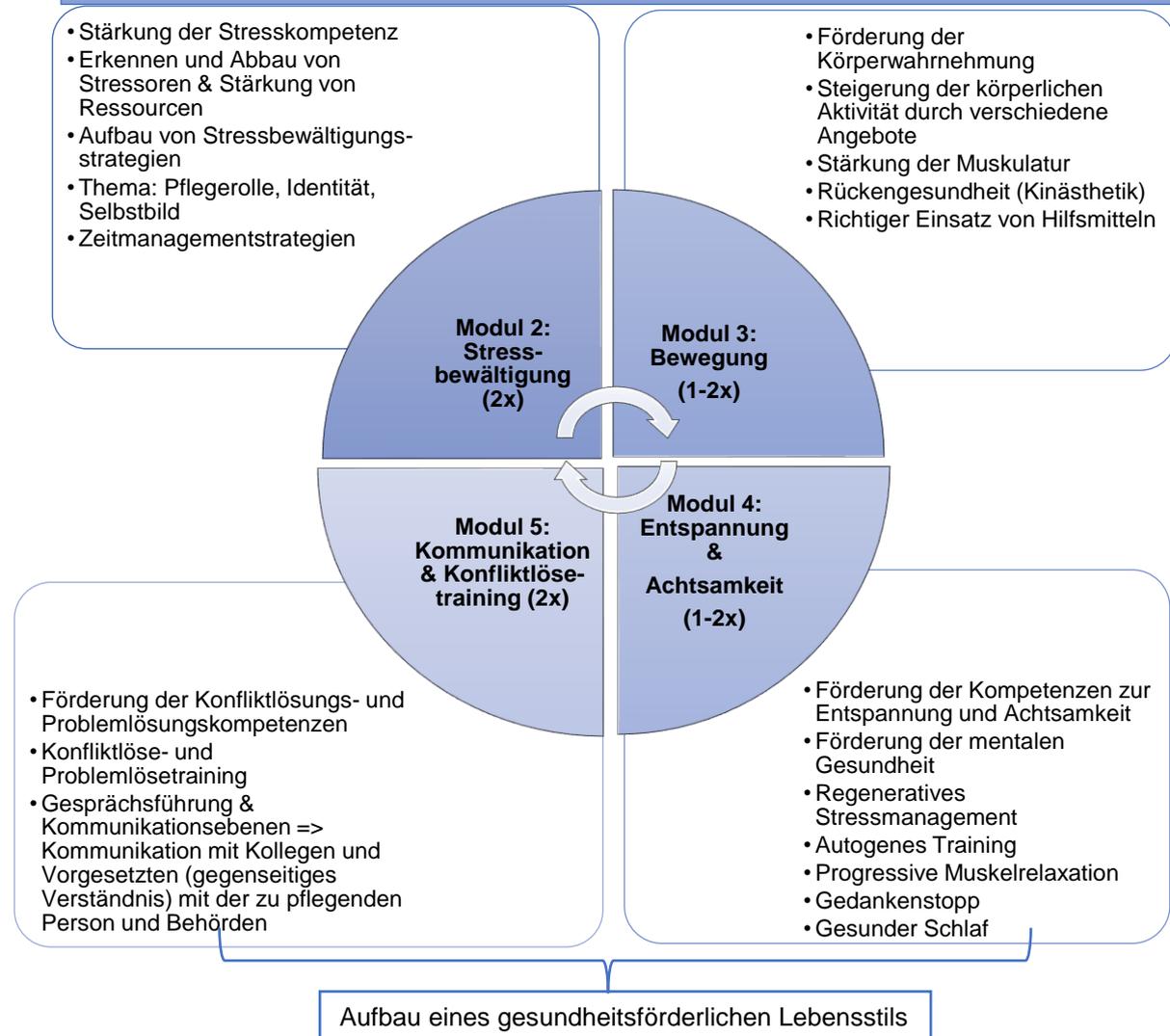
Verhaltensprävention:

Rahmenbedingungen:

- 8-10 Wochen
- Pro Modul 1-2 Sitzungen á 90 Minuten (45 Minuten innerhalb Arbeitszeit, 45 Minuten außerhalb der Arbeitszeit) → in Anschluss an den Feierabend; 1-mal pro Woche
- Gruppeneinteilung in demenzielle Erkrankungen und nicht demenzielle Erkrankungen
- Aufbau bzw. Auffrischkurse nach 3 Monaten, 6 Monaten, 1 Jahr → in der Freizeit
- Kleine Unternehmen: Zusammenschluss der Gruppen (Wie sind die Zugangswege?)
- Kursleiter*innen: Professionelle Kursleiter*innen & Multiplikatoren
- Ort: Unternehmen (DE); Kommune (DK)

Modul 1 (2x): Psychoedukation: Stärkung der Pflegekompetenz

- Informationsvermittlung und Aufklärung über gesetzliche & kommunale Unterstützungsangebote
- Umgang mit einer Pflegesituation
- Vermittlung von allgemeinen gesundheitsförderlichen Angeboten (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Entspannung) & kommunalen Angeboten für pflegende Angehörige (z.B. Entlastungs- Beratungsangebote. Austausch mit Gleichgesinnten)



Forschungsfrage: Wie bewerten die Experten das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm für erwerbstätige pflegende Angehörige im internationalen Vergleich zwischen Deutschland und Dänemark?

Leitfragen:

11. Wie empfinden Sie die Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprogrammes?
 - a. Wie würden Sie diese gestalten?
12. Wie beurteilen Sie das Gesamtkonzept des Gesundheitsförderungsprogrammes?
13. Wie finden Sie die Auswahl der Module des Gesundheitsförderungsprogrammes?
 - a. Welche Inhalte fehlen?
14. Was würden Sie von dem Gesundheitsförderungsprogramm umsetzen?
 - a. Wie würden Sie es umsetzen?
 - b. (Welche konkreten Maßnahmen würden Sie in den Modulen durchführen?)
15. Was würden Sie noch verändern oder ergänzen?
16. Welche Schwierigkeiten könnten auftreten? (Implementation)
17. Wie könnten diese Schwierigkeiten gelöst werden?
18. Aus den Ergebnissen meiner Studie I haben sich die in der Tabelle aufgeführten Maßnahmen zur Verhältnisprävention zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ergeben. Stimmt Ihre Meinung (weiterhin) damit überein?
 - a. Haben Sie noch etwas zu ergänzen?

Verhältnisprävention: Weitere Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf DE/DK

Gemeinsamkeiten	Unterschiede
Vertrauensperson im Unternehmen als Ansprechpartner (Multiplikatoren Ausbildung)	Kommunikation der Kursangebote über das betriebsinterne Intranet (DE)
Vermehrte Aufmerksamkeit in der Politik (DK: einheitliche kommunale Regelung) & Einführung von Pflegetagen (Gesetzgebung)	Online-forum für einen gegenseitigen Austausch unter pflegenden Angehörigen (DE)
Inanspruchnahme der Maßnahmen während der Arbeitszeit	Online-Kurse (während der Arbeitszeit; DK)
Gesundheitsförderliche Unternehmenskultur: offene Kommunikation und Verständnis für pflegende Angehörige	
Flexibilität am Arbeitsplatz (Zeit & Ort)	

19. Gibt es etwas, dass wir noch vergessen haben?
20. Was wünschen Sie sich für die Zukunft zur besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf?

Anhang D2 – Interviewleitfaden dänisch

Program til sundhedsfremme af erhversaktive pårørende i Danmark og Tyskland

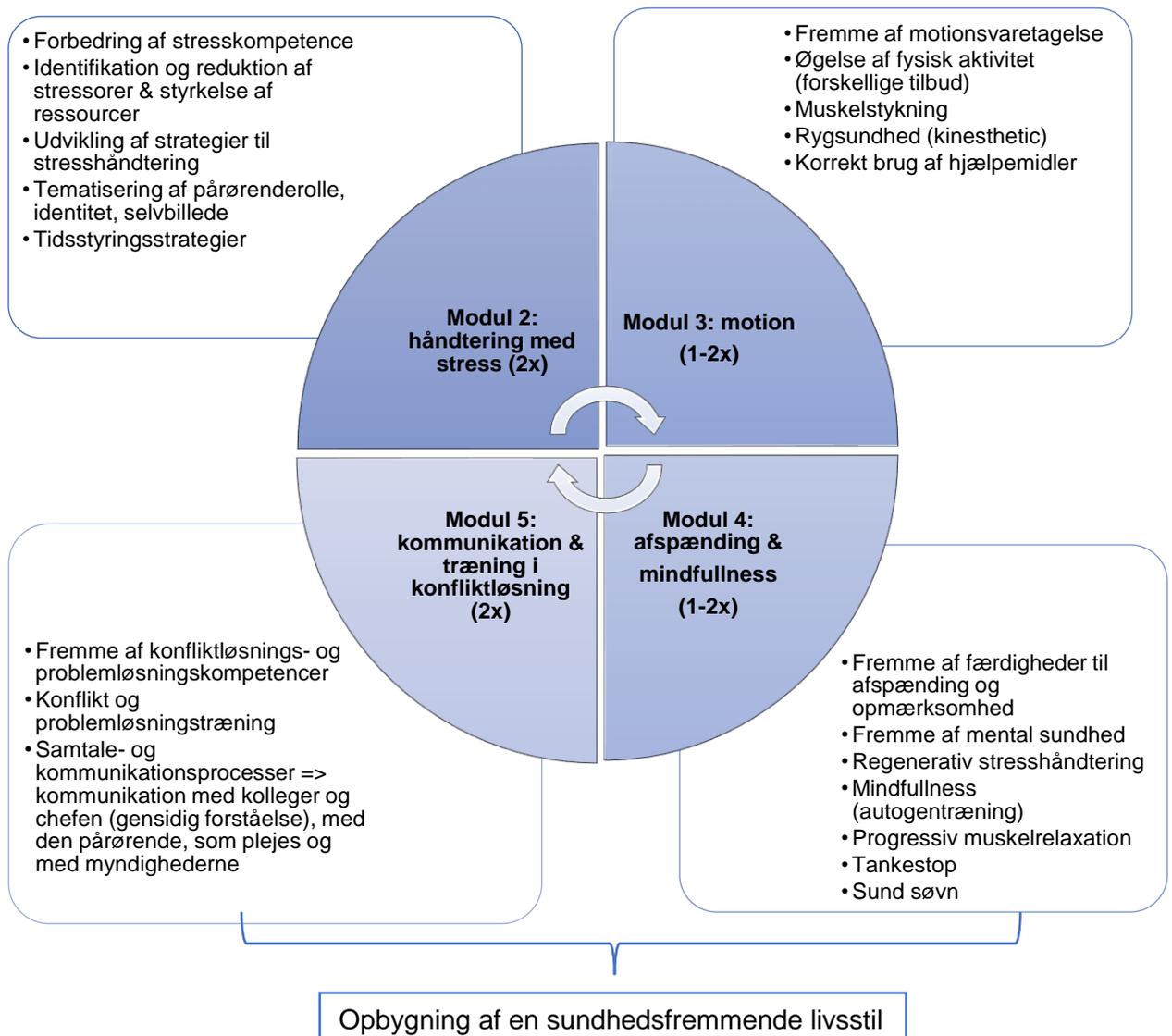
Adfærdsmæssige forebyggelse:

Rammerne:

- 8-10 Uger
- Per modul 2-3 enheder af 90 minutter (45 minutter i arbejdstid, 45 minutter fritid) → direkt efter fyraften; en gang om ugen
- Gruppering i pårørende af demenssygdom og ikke-demenssygdom
- Opbygnings- eller genopfriskningskurser efter 3 måneder, 6 måneder, 1 år → i fritiden
- Små virksomheder: sammenlægning af grupper (adgang?)
- Træner: professionelle trænere & multiplikatorer (Peer-to-Peer)
- Sted: Virksomhed (DE); Kommune (DK)

Modul 1 (2x): Psykoedukation: styrkelse af plejekompetencer

- Formidling af informationer og oplysning om retsmæssige & kommunale støttelstilbud
- Håndtering af en plejesituation
- Formidling af almindelig sundhedsfremmende tilbud (motion, sund kost, håndtering med stress, afspænding) & kommunale tilbud til pårørende (fx aflastning, rådgivning, udveksling med andre pårørende)



Forskningsspørgsmål: Hvordan vurderer eksperterne det udviklede sundhedsfremmende program til erhversaktive pårørende i en international sammenligning mellem Tyskland og Danmark?

Nøgle spørgsmål:

21. Hvad siger du til rammerne af den sundhedsfremmende program?
 - a. Hvordan ville du udforme det?
22. Hvordan vurderer du det overordnede koncept af programmet?
23. Hvad siger du til modulernes udvalg?
 - a. Hvilke indhold/temaer mangler?
24. Hvad ville du implementere fra det sundhedsfremmende program?
 - a. Hvordan ville du gøre det?
 - b. (Hvilke specifikke indsatser vil du tage med i modulerne?)
25. Hvad ville du ændre eller tilføje?
26. Hvilke vanskeligheder/barrier kan opstå? (implementeringen)
27. Hvordan kunne vanskelighederne løses?
28. Resultaterne af min første undersøgelse har vist, at da er nogle strukturelle indsatser, som er meget betydningsfulde til en bedre forenelighed af pleje og arbejde, som du kan se i den nedenstående tabelle. Er din mening (stadig) enig i dette?
 - a. Har du noget at tilføje?

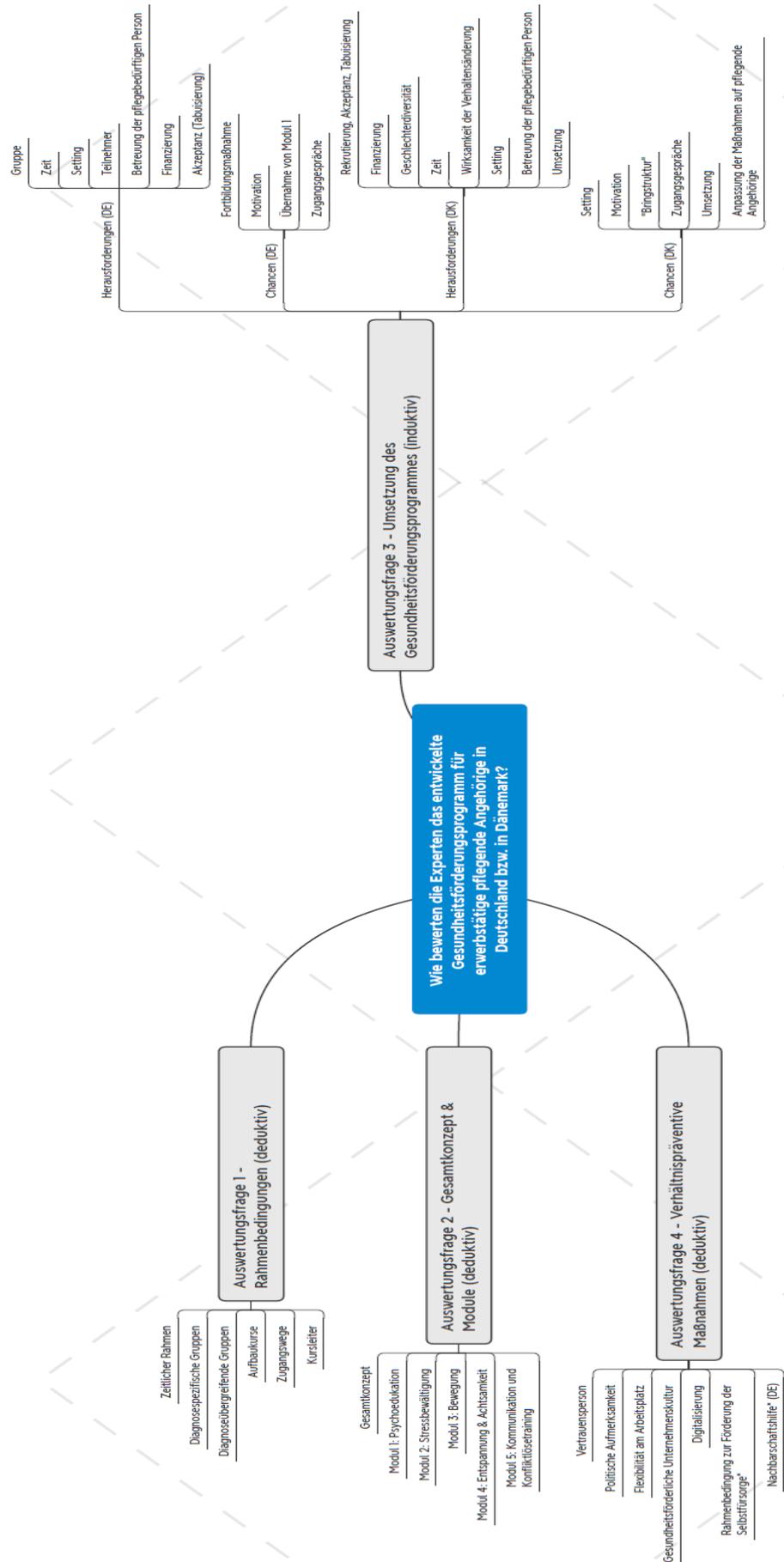
Forholdsforebyggelse (strukturel forebyggelse): Videre indsatser til en bedre forenelighed af pleje og arbejde DE/DK

Fællesskab	Forskel
Tidlids-person i virksomheden som kontaktperson (uddannelse af multiplikatorer)	Kommunikation af kursustilbud via virksomhedens intranet (DE)
Øget opmærksomhed i politik (DK: fælles kommunal løsning) & indføring af omsorgsdage (lovgivning)	Onlineforum for gensidig udveksling mellem pårørende (DE)
Brug af indsatser i arbejdstiden	Onlinekurser (i arbejdstiden; DK)
Sundhedsfremmende virksomhedskultur: åben kommunikation og forståelse for pårørende	
Fleksibilitet på arbejdspladsen (tid & sted)	

29. Er der noget, vi har glemt?

10. Hvad ønsker du for fremtiden til at skabe en bedre balance i pleje og arbejde?

Anhang D3 – Kategoriensystem



Anhang D4 – Entwurf Pflegetagebuch

Pflegetagebuch (in Anlehnung an Bundesgesundheitsministerium & AOK NORDWEST, 2015)

Das Pflegetagebuch wird geführt für die Pflege der Person:

Name: _____

Das Pflegetagebuch wird geführt von:

Name: _____

Pflegetagebuch Tag 1:**Datum:**

Hilfe war notwendig bei:	Zeitaufwand in Minuten				Art der Hilfe (zutreffendes bitte ankreuzen)			
	morgens	mittags	abends	nachts	A/B ¹	U ²	TÜ ³	VÜ ⁴
Körperpflege								
Teilwäsche								
Hilfe beim Baden/Duschen								
Zahnpflege								
Kämmen								
Rasieren								
Toilettengang								
Ankleiden								
Wechseln/Leeren von Windeln/Stomabeutel etc.								
Mobilität								
Aufstehen vom Bett								
Zubettgehen								
Umlagern								
Ankleiden								
Entkleiden								
Bewegen im Haus								
Transfer (z.B. in den Rollstuhl)								
Treppensteigen								
Wohnung verlassen/zurückkehren								
Ernährung								
Nahrung mundgerecht zubereiten								
Nahrungsaufnahme								
Hauswirtschaftliche Versorgung								
Einkaufen								
Kochen								
Wohnung reinigen								
Geschirrspülen								
Wäsche waschen								
Sonstiges								

¹ Hilfe durch Anleitung oder Beaufsichtigung² Unterstützung der pflegebedürftigen Person³ Teilweise Übernahme durch Pflegeperson⁴ Vollständige Übernahme durch Pflegeperson

Anhang D5 – Arbeitsblatt Schnupperspaziergang

Arbeitsblatt Schnupperspaziergang (entnommen aus Mohr et al., 2017, S. 137)

Debora – Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention

Trainingsmodul 2-9.4

Arbeitsblatt: Schnupperspaziergang

Seite 1

Arbeitsblatt: Schnupperspaziergang

Eine Sin(n)fonie für die Nase

Oftmals nehmen wir uns im Alltag nicht genug Zeit, unsere Welt zu »erschnuppern«. Die bewusste Konzentration auf das Hier und Jetzt kann Ihnen helfen, das eigene Wohlbefinden zu steigern.

Nehmen Sie sich bei einem Spaziergang Zeit, um das Riechen bewusster zu genießen.

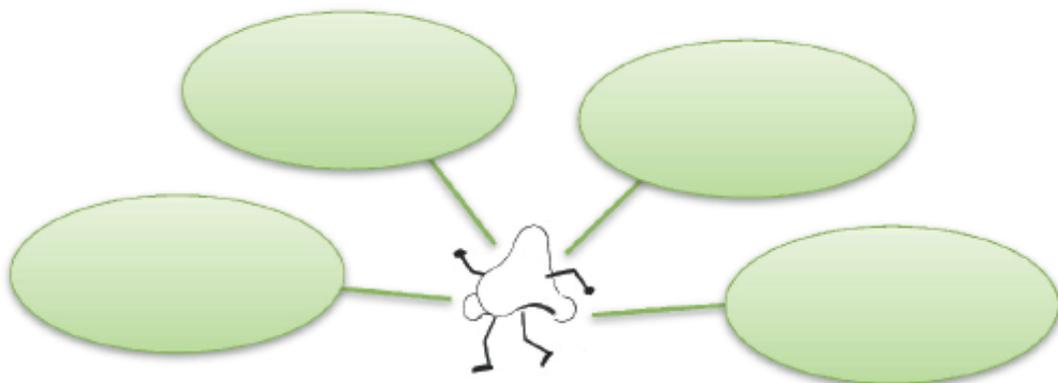
Konzentrieren Sie sich ganz bewusst auf den Geruch Ihrer Umgebung. Wenn möglich, setzen Sie sich auf eine Bank. Nehmen Sie sich Zeit für Ihr persönliches Geruchserlebnis.

Beschreiben Sie nun in 3–4 Stichpunkten, wie Ihre Umgebung für Sie riecht:

Suchen Sie sich auf Ihrem Spaziergang eine Blume oder etwas Ähnliches, das Sie vom Geruch her anspricht.

Schließen Sie die Augen, konzentrieren Sie sich ganz auf den Geruch. Riechen Sie lange und intensiv daran.

Beschreiben Sie anschließend, was Sie riechen:



Was ich rieche, duftet ...

(z.B. süßlich, wie ein Urlaub in Griechenland, wie Weihnachten)

Anhang D6 – Vertiefungsmodule

Tabelle 30: Modulablauf Modul 1: Psychoedukation Einheit 2 - Vertiefung.

Modul 1		Ziel: Stärkung der Pflegekompetenz
Ablauf	Inhalt	Zeit
Einstieg	Kurze Vorstellung des pflegenden Angehörigen (Multiplikator)	05 min
Job der Woche	Besprechung	05 min
Theoretische Grundlagen	Kurzvortrag: Thema: Vollmachten und Testamente bzw. noch offen gebliebene Themen (bedürfnisorientiert)	20 min
Praktische Übungen	Gespräch und Erfahrungsaustausch mit (ehemaligen) pflegenden Angehörigen	40 min
Entspannung	PMR nach Jacobson (1929)	05 min
Job der Woche	Pflegetagebuch	05 min
Evaluation	Feedbackrunde	10 min
		Σ 90 min

Tabelle 31: Modulablauf Modul 2: Stressbewältigung: Einheit 2 – Vertiefung.

Modul 2		Ziel: Stärkung der instrumentellen Stressbewältigung
Ablauf	Inhalt	Zeit
Einstieg	Aktivierungsübung „Klatschen weitergeben“	05 min
Job der Woche	Besprechung	05 min
Theoretische Grundlagen	Kurzvortrag: Stress im Alltag Besprechung: Gründe für Zeitstress und Strategien gegen Zeitstress (Kaluza, 2018b, S. 190f.)	20 min
Praktische Übungen	Warnsignale für Stress (Kaluza, 2018a, S. 45f.) Handout: „Keine Zeit? – Gründe und Hintergründe“ (Kaluza, 2018b, S. 271) Übung: Prioritäten setzen mit der Vier-felder-Tafel (Kaluza, 2018b, S. 272f.) Handout: „Hinweise für einen gesunden Gebrauch der Zeit: Zeit richtig planen“ (Kaluza, 2018b, S. 274)	20 min
Entspannung	Bodyscan	15 min
Job der Woche	Pflegetagebuch, erproben von Zeitmanagementstrategien im Alltag (Kaluza, 2018b, S. 190)	05 min
Evaluation	Feedbackrunde	05 min
Abschluss	Gegenseitiger Austausch	15 min
		Σ 90

Tabelle 32: Modulablauf Modul 5: Kommunikation und Konfliktlösetraining Einheit 2 – Vertiefung.

Modul 5		Ziel: Förderung der Kommunikations-, Konfliktlöse- und Problemlösekompetenzen
Ablauf	Inhalt	Zeit
Einstieg	Rückblick auf Einheit 1: Wiederholung von wichtigen Aspekten der Kommunikation	05 min
Job der Woche	Besprechung	05 min
Theoretische Grundlagen	Kurzvortrag: Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall Rosenberg (2016)	20 min
Praktische Übungen	Anwendung der Kommunikationstechniken in Dreier-Gruppen für den Pflegealltag, z.B. Kommunikation mit der pflegebedürftigen Person	20 min
Entspannung	Phantasiereise	10 min
Gegenseitiger Austausch	Bedürfnisorientiert	15 min
Abschlussevaluation	Vier-Felder-Evaluation und Abschlussrunde	15 min
		Σ 90

Persönliche Erklärung

„Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und andere als in der Dissertation angegebene Hilfsmittel nicht benutzt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen, dem Internet und mündlicher Kommunikation) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos unter genauer Quellenangabe als solche kenntlich gemacht. Zentrale Inhalte der Dissertation sind nicht schon zuvor für eine andere Qualifikationsarbeit verwendet worden. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe sogenannter Promotionsberaterinnen bzw. Promotionsberater in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar Geld oder geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt. Auf die Bedeutung einer eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer, auch fahrlässigen, falschen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung und die Bestimmungen der §§ 156, 161 StGB bin ich hingewiesen worden.“

Ort, Datum

Unterschrift