

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Aus dem Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

**Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im
hausärztlichen Setting - Eine explorative Befragung von
HausärztInnen in Rheinland-Pfalz, Hessen und Nordrhein-Westfalen**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der
Humanmedizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von

Kim Lara Reiling
aus Rheda-Wiedenbrück

Mainz, 2024

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Wissenschaftlicher Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Hansjörg Schild

Tag der Promotion: 15. Januar 2025

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Eidesstattliche Versicherung zur Dissertation

Ehrenwörtliche Erklärung zu meiner Dissertation mit dem Titel

**Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen
Setting- Eine explorative Befragung von HausärztInnen in Rheinland-Pfalz,
Hessen und Nordrhein-Westfalen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich, dass ich die beigefügte Dissertation selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel genutzt habe. Alle von mir genutzten Veröffentlichungen, ungedruckten Materialien, sonstige Hilfsmittel und jegliche Form von Unterstützung sind ordnungsgemäß angegeben, Alle wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen habe ich als solche gekennzeichnet. Es erfolgte keine kommerzielle Vermittlung der Möglichkeit zur Durchführung eines Promotionsvorhabens. Insbesondere habe ich keine Person oder Organisation beauftragt, die gegen Entgelt Betreuer für die Erstellung von Dissertationen sucht. Mir ist die „Satzung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ in ihrer geltenden Fassung bekannt und ich habe ihre Grundsätze in meiner Arbeit beachtet.

Ich versichere außerdem, dass ich die beigefügte Dissertation nur in diesem und keinem anderen Promotionsverfahren eingereicht habe und dass diesem Promotionsverfahren keine endgültig gescheiterten Promotionsverfahren vorausgegangen sind. Ich versichere, dass die oben genannten Punkte wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Rheda-Wiedenbrück, den 21.07.2024

Kim Reiling

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Für meinen geliebten Großvater, Horst Kundke

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	6
1. Einleitung	9
2. Hintergrund	12
2.1. Die Pflegesituation in Deutschland	12
2.2. Pflegende Angehörige in Deutschland	14
2.3. Wünsche und Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen	19
2.4. Bedeutung des hausärztlichen Umfelds im Umgang mit pflegenden Angehörigen	20
2.5. Aktueller Forschungsstand	24
2.6. Ziele der Studie	35
3. Material und Methoden	35
3.1. Erkenntnisinteresse und Studiendesign	35
3.2. Erstellung des Befragungsinstruments	38
3.3. Qualitative Inhaltsanalyse	39
3.4. Rekrutierung	42
3.5. Durchführung	43
3.6. Dauer	44
3.7. Transkription	45
3.8. Analyse	45
3.8.1. Richtung der Analyse	45
3.8.2. Festlegung der Analysetechnik	46
3.8.3. Ablauf der Analyse	46
3.9. Auswertung des Kurzfragebogens	50
4. Ergebnisse	50
4.1. Überblick des Samples	51

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting	
4.2. Ergebnisse des qualitativen Interviews	53
4.2.1. Überblick über die Oberkategorien	53
4.2.1: 1. Versorgung pflegender Angehöriger.....	54
4.2.1: 2. Chancen und Stabilisierung.....	59
4.2.1: 3. Bedürfnisse, Erwartungen, Wünsche von pflegenden Angehörigen	61
4.2.1: 4. Herausforderungen und Schwierigkeiten.....	62
4.2.1: 5. Unterstützung von pflegenden Angehörigen	67
4.2.1: 6. Rolle der Hausbesuche	71
4.2.1: 7. Kritische Versorgungssituationen und Überforderung.....	71
4.2.1: 8. Einbezug des Praxispersonals	76
4.2.1: 9. Leitlinien, Praxisempfehlungen und andere Hilfsmittel für HausärztInnen	78
4.2.1: 10. Verbesserungswünsche und Schulungsbedarf	80
4.3. Ergebnisse des Kurzfragebogens	85
4.3.1. Allgemeines Interesse an einer Schulung zum Thema Umgang mit pflegenden Angehörigen.....	85
4.3.2. Abfrage der Themengebiete	86
5. Diskussion.....	93
5.1. Zusammenfassung der Befunde und Beantwortung der Forschungsfragen...	93
5.2. Diskussion der Ergebnisse im Spiegel anderer Studien	97
5.3. Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisdiskussion	112
5.4. Abgeleitete Handlungsempfehlungen	114
5.5. Stärken und Schwächen	117
5.5.1. Quellenkritik.....	117
5.5.2. Festlegung des Materials.....	117
5.5.3. Rekrutierung und Profil der HausärztInnen	117
5.5.4. Analyse der Entstehungssituation	118
5.5.5. Analyse der Auswertungsmethode	119

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting	
5.5.6. Formale Charakteristika des Materials	119
5.5.7. Kurzfragebogen	120
6. Schlussfolgerung	120
7. Literaturverzeichnis	123
Anhang.....	127
Anhang 1: Leitfaden zur Befragungsstudie	127
Anhang 2: Kurzfragebogen	129
Anhang 3: Intervieweinwilligung	131
Anhang 4: Assessmentbaum AWMF	133
Anhang 5: Interviewtranskripte.....	133
Anhang 5.1. Interview A.....	134
Anhang 5.2. Interview B.....	146
Anhang 5.3. Interview C	154
Anhang 5.4. Interview D	163
Anhang 5.5. Interview E.....	170
Anhang 5.6. Interview F	177
Anhang 5.7. Interview G	186
Anhang 5.8. Interview H	193
Anhang 5.9. Interview I	202
Anhang 5.10. Interview J	210
Anhang 5.11. Interview K.....	218
Anhang 5.12. Interview L	226
Anhang 5.13. Interview M	233
Anhang 5.14. Interview N	241
Anhang 5.15. Interview O	251
Anhang 5.16. Interview P.....	262
Anhang 5.17. Interview Q	269
Anhang 5.18. Interview R	277

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Anhang 5.19. Interview S.....	285
Anhang 5.20. Interview T.....	294
Danksagung	301
Tabellarischer Lebenslauf	302

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Abkürzungsverzeichnis

AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften

DEAS Deutsches Alterssurvey

DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DZA Deutsches Zentrum für Altersfragen

EVA Entlastende Versorgungsassistenz

GEK Gmünder Ersatzkasse

HZV Hausarztzentrierte Versorgung

KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung

MFA MedizinischeR FachangestellteR

MVZ Medizinisches Versorgungszentrum

NäPA NichtärztlicheR PraxisassistentIn

OK Oberkategorie

UK Unterkategorie

VERAH VersorgungsassistentIn in der Hausarztpraxis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Profil der befragten HausärztInnen nach Geschlecht, Bundesland, Alter, Fachrichtung,	51
Tabelle 2: Profil der befragten HausärztInnen nach Weiterbildungsgebieten, Praxisform, Anzahl der in der Praxis tätigen ÄrztInnen, Berufsjahren	52
Tabelle 3:Übersicht über die Oberkategorien	53
Tabelle 4: Versorgung pflegender Angehöriger und Kontakt zu pflegenden Angehörigen: Ober- und Unterkategorien.....	54
Tabelle 5: Kontakt zu pflegenden Angehörigen innerhalb eines Pflegefalls: Ober- und Unterkategorien	55
Tabelle 6: Kontaktentwicklung in den letzten Jahren: Ober- und Unterkategorien	55
Tabelle 7: Oberkategorie Krankheitsbilder.....	57
Tabelle 8: Verhältnis von pflegenden Angehörigen zu den pflegebedürftigen Personen: Ober- und Unterkategorien	57
Tabelle 9: Kontaktsuche: Ober- und Unterkategorien.....	58
Tabelle 10: Geschlechterverteilung unter den pflegenden Angehörigen: Ober- und Unterkategorien	59
Tabelle 11: Oberkategorie Chancen und Stabilisierung	59
Tabelle 12: Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche von pflegenden Angehörigen: Ober- und Unterkategorien	61
Tabelle 13: Herausforderungen und Schwierigkeiten: Ober- und Unterkategorien ...	62
Tabelle 14: Finanzielle/ zeitliche Aspekte: Ober- und Unterkategorien	65
Tabelle 15: Organisatorische/ verwaltungstechnische Probleme: Ober- und Unterkategorien	66
Tabelle 16: Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch HausärztInnen: Ober- und Unterkategorien	67
Tabelle 17: Oberkategorie Hilfs- und Unterstützungsangebote.....	69
Tabelle 18: Oberkategorie Rolle der Hausbesuche	71
Tabelle 19: Kritische Versorgungssituationen und Überforderung: Ober- und Unterkategorien	72
Tabelle 20: Einbezug des Praxispersonals: Ober- und Unterkategorien	76
Tabelle 21: Leitlinien, Praxisempfehlungen und andere Hilfsmittel für HausärztInnen: Ober- und Unterkategorien	78

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting	
Tabelle 22: Verbesserungswünsche und Schulungsbedarf: Ober- und Unterkategorien	80
Tabelle 23: Oberkategorie COVID-19-Pandemie	81
Tabelle 24: Oberkategorie Unterschiede zwischen Stadt und Land	82
Tabelle 25: Oberkategorie Aufgaben von pflegenden Angehörigen	83
Abbildung 1: Berechnete Entwicklung der Pflegebedürftigen in den Jahren 2021-2070 in Deutschland (3)	9
Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl an Pflegebedürftigen in Deutschland von 2000-2020 in Millionen (2)	13
Abbildung 3: Anteile der Bevölkerung im Alter von 46 bis 65 Jahren (in Prozent), die in den Jahren 2017,2020 und 2020/21 gesundheitlich eingeschränkte Personen unterstützen oder pflegen, differenziert nach Gesamtzahl, Erwerbsstatus und Geschlecht (12)	15
Abbildung 4: Durchschnittliche Zeitverwendung in Wochenstunden für Hilfe, Unterstützung oder Pflege von erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Personen im Alter von 46 bis 65 Jahren, gesamt und nach Geschlecht, in den Jahren 2017 und 2020/21 (arithmetische Mittelwerte) (12)	16
Abbildung 5: Durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit für Pflegebedürftige der Jahre 2013, 2015, 2017 und 2019 in Jahren (27)	17
Abbildung 6: Allgemeines Ablaufmodell zur Inhaltsanalyse von Mayring (1) (S.62)	41
Abbildung 7: Einfaches inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell nach Lagerberg (1975) (1) (S.58)	45
Abbildung 8: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (1) (S.70)	47
Abbildung 9: Beispiel für die Bildung einer Oberkategorie mit Benennung, Definition, Ankerbeispiel und Kodierregel	48
Abbildung 10: Beispiel einer Textpassage des Originaltextes mit Überführung in Paraphrase, Generalisierung und Reduktion zu einem Subcode	49
Abbildung 11: Zusammenhang zwischen Interesse an einer externen Schulung zum Thema pflegende Angehörige in Hausarztpraxen und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen	85
Abbildung 12: Zusammenhang zwischen Interesse an einer Schulung zum Thema Praxisempfehlungen und Leitlinien und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen	87

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Abbildung 13: Zusammenhang zwischen Interesse an einer Schulung zum Thema Identifikation, Gesprächsführung und Umgang mit pflegenden Angehörigen und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen.....87

Abbildung 14: Zusammenhang zwischen Interesse an einer Schulung zum Thema Hausbesuche- Chancen und Schwierigkeiten im Umgang mit informellen Pflegepersonen und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen.....88

Abbildung 15: Zusammenhang zwischen Interesse an einer Schulung zum Thema regionale Versorgungsstrukturen, Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen: Beratungs- und Hilfsangebote für pflegende Angehörige (z.B. Pflegestützpunkte) und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen.....89

Abbildung 16: Zusammenhang zwischen Interesse an einer Schulung zum Thema Schulungsangebote für Praxispersonal, Identifikation, Unterstützung und Betreuung von Pflegepersonen und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen.....90

Abbildung 17: Zusammenhang zwischen Interesse an einer Schulung zum Thema rechtliche Aspekte, gesetzliche Regelungen der Versicherungsträger, Ansprüche der Versicherten, Leistungen und Kosten und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen..90

Abbildung 18: Prozentuale Verteilung der Antworten seitens der HausärztInnen in Bezug auf verschiedene Schulungsthemen.....92

1. Einleitung

Mit derzeit rund 5 Millionen pflegebedürftigen Personen steht das Gesundheitssystem in Deutschland vor einer enormen Herausforderung (2). Bedingt durch den demografischen Wandel wird die Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Über die unmittelbare Betreuung und Versorgung Pflegebedürftiger hinaus wird die große Zahl an hilfsbedürftigen Personen in Deutschland absehbar mit weitreichenden gesellschaftlichen und finanziellen Anstrengungen einhergehen. Das statistische Bundesamt prognostiziert im Jahr 2055 einen Anstieg der Pflegebedürftigen um 37%, während gleichzeitig die Anzahl an verfügbaren Arbeitskräften in der Pflege abnehmen wird (3). Ein Großteil der Pflegebedürftigen wird schon jetzt im häuslichen Umfeld von nahestehenden Angehörigen versorgt (4-6). Jenseits der offiziellen Zahlen ist mit einer großen Dunkelziffer an hilfsbedürftigen Menschen zu rechnen, die noch keinen Pflegegrad besitzen, aber dennoch regelmäßig auf Unterstützung durch Angehörige oder nahestehende Personen angewiesen sind (7).

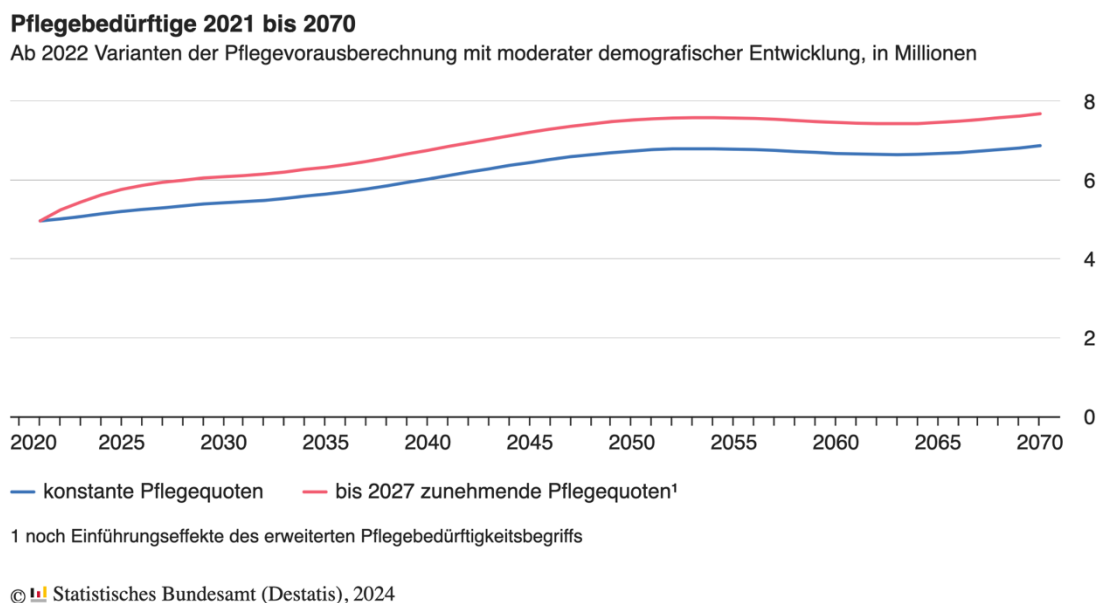


Abbildung 1: Berechnete Entwicklung der Pflegebedürftigen in den Jahren 2021-2070 in Deutschland (3)

Die Pflege von nahestehenden Angehörigen bedeutet für die Pflegepersonen eine beträchtliche Belastung. Der hohe zeitliche Aufwand, der bei der Pflege aufgebracht wird, kann dazu führen, dass das Privatleben der Angehörigen zum Erliegen kommt. Physische und psychische Belastungen, die im Rahmen der Pflege häufig entstehen,

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting können bei den Pflegepersonen vermehrt zu behandlungsbedürftigen Krankheitsbildern führen, die über die Krankheiten hinaus auch zu wirtschaftlichen Belastungen im Gesundheitssystem führen können (8-10). Die Vereinbarung von Pflege und Beruf gestaltet sich vielfach als schwierig, sodass informelle Pflegepersonen beispielsweise häufiger nicht erwerbstätig sind als Menschen, die keine Angehörigen pflegen (11, 12). Neben den psychisch-mentalenen Belastungen sind pflegende Angehörige auf umfassende Informationen und konkrete Unterstützung bei der Pflegeorganisation angewiesen.

Vor dem Hintergrund dieser Schwierigkeiten gestaltet sich die Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger durch HausärztInnen vielfach als anspruchsvoll und komplex, insbesondere mit Blick auf die im hausärztlichen Versorgungsalltag herrschende Zeit- und Ressourcenknappheit (7). Eine besondere Problematik ergibt sich bei denjenigen Angehörigen, die bisher nicht zum eigenen PatientInnenstamm gehören, sodass es sich als schwierig erweisen kann, einen Kontakt zu diesen herzustellen und regelmäßig Rücksprache zu halten (7, 13). Angesichts dieser anspruchsvollen Thematik scheint es von Bedeutung, dass ÄrztInnen und MitarbeiterInnen des Praxisteam im Umgang mit pflegenden Angehörigen geschult werden und verstehen, wie sie diese rechtzeitig auf ihre Situation ansprechen können (7, 9, 14). Darüber hinaus kann die Hausarztpraxis eine Vermittlerposition im Netzwerk der Pflegepersonen, der Pflegeinstitutionen und der Versicherungsträger einnehmen (4, 7, 15). Diese zentrale Rolle von HausärztInnen hinsichtlich der Koordination, Beratung und Betreuung in der Pflege kann unter Umständen eine fordernde Aufgabe sein. Insbesondere im Hinblick auf kritische Versorgungssituationen, die durch Überforderung von pflegenden Angehörigen zustande kommen können, sollten HausärztInnen in ihrem Alltag sensibilisiert sein (5, 6). Wünsche und Bedürfnisse von Pflegepersonen sollten daher frühzeitig erkannt werden, um die Versorgung der Angehörigen zu sichern und die Lebensqualität zu stabilisieren.

Insgesamt liegt nur eine geringe Anzahl von belastbaren wissenschaftlichen Studien vor, die die hausärztliche Unterstützung von Pflegepersonen thematisieren, Herausforderungen im Praxisalltag herausarbeiten und anwendbare Handlungsstrategien aufzeigen. Vor allem mangelt es an Arbeiten, die HausärztInnen selbst die Möglichkeit geben, ihre Positionen und Erfahrungen zum Thema darzulegen (5, 15, 16).

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Ziel dieser Dissertationsarbeit ist deshalb, die Einstellungen und Standpunkte von HausärztInnen mit Blick auf pflegende Angehörige zu untersuchen, die Unterstützungs- und Beratungsbereitschaft von HausärztInnen zu identifizieren und herauszustellen, welche Hürden und Schwierigkeiten sie im Umgang mit Pflegenden erleben. Ferner soll der Kenntnisstand über Hilfs- und Unterstützungsangebote seitens der HausärztInnen ermittelt werden und Maßnahmen sowie Handlungsempfehlungen für die Unterstützung und Stabilisierung von Pflegepersonen seitens der Hausarztpraxis entwickelt werden.

Um diesem Erkenntnisinteresse Rechnung zu tragen, wurden im Jahr 2021 insgesamt 20 HausärztInnen aus Rheinland-Pfalz, Hessen und Nordrhein-Westfalen mittels qualitativer, leitfadengestützter und halbstandardisierter Experteninterviews befragt.

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird zunächst der theoretische Hintergrund der Thematik beleuchtet, indem näher auf die Situation pflegender Angehöriger in Deutschland, deren Wünsche und Bedürfnisse sowie das hausärztliche Setting im Umgang mit pflegenden Angehörigen eingegangen wird. Es folgen eine Skizzierung des aktuellen Forschungsstands sowie die Darstellung der zugrundeliegenden Befragungsstudie und Methodik der Auswertung. Anschließend werden die Ergebnisse der empirischen Studie abgebildet und vor den Ergebnissen anderer Studien diskutiert und gegenübergestellt. Aus den Erkenntnissen der Arbeit werden Handlungsempfehlungen für den Umgang mit pflegenden Angehörigen entwickelt.

2. Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden die aktuelle Pflegesituation in Deutschland und deren Entwicklung in den letzten Jahren skizziert. Im Anschluss werden Zahlen und Fakten zu den pflegenden Angehörigen dargelegt und die Wünsche und Bedürfnisse der informellen Pflegepersonen beschrieben. Im weiteren Verlauf des Kapitels werden die zentrale Bedeutung des hausärztlichen Settings für pflegende Angehörige herausgearbeitet, der aktuelle Forschungsstand dargelegt und die Ziele der Dissertation niedergeschrieben.

2.1. Die Pflegesituation in Deutschland

Mit derzeit rund 5 Millionen pflegebedürftigen Personen steht das Gesundheitssystem in Deutschland vor einer großen Herausforderung (2). Bedingt durch den demografischen Wandel wird die Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Dieser Trend spiegelt sich auch in der Pflegestatistik wider: So lag die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2017 noch bei rund 3,4 Millionen Menschen in Deutschland, im Jahr 2019 stieg sie auf ca. 4,1 Millionen (17, 18). Häufig ist es der Wunsch von Pflegebedürftigen, so lange wie möglich im eigenen häuslichen Umfeld versorgt zu werden (19). Über die unmittelbare Betreuung und Versorgung hilfsbedürftiger Personen hinaus bedeutet die große Zahl an Pflegebedürftigen weitreichende gesellschaftliche und finanzielle Herausforderungen.

Insgesamt findet sich in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme von Pflegebedürftigen in Deutschland (2, 17, 18, 20). Insbesondere der demographische Wandel und der angepasste Pflegebedürftigkeitsbegriff seit dem 01.01.2017 tragen zu dieser Entwicklung bei (2). Mit rund 84% werden die meisten der pflegebedürftigen Personen in Deutschland im häuslichen Umfeld versorgt (2). Das bedeutet 2019 einen Zuwachs von 4% im Vergleich zum Jahr 2017 (17) und 2021 einen Zuwachs von 4% im Vergleich zum Jahr 2019 (2).

2,55 Millionen Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, werden allein von nahestehenden Angehörigen versorgt (2). Im Jahr 2017 waren es noch 1,76 Millionen Pflegebedürftige (4-6). Dies geht aus den Eckdaten der Pflegestatistik von 2017 und 2021 hervor. Der größte Anteil von Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, ist mit 79% älter als 65 Jahre, 33% der Bedürftigen sind mindestens 85 Jahre alt (2).

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
37% der Menschen, die auf Pflege durch Dritte angewiesen sind, leben nach den Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2014 alleine in einem Haushalt (21).

Rund ca. 1,1 Millionen Menschen werden noch mit 85-90 Jahren im häuslichen Umfeld gepflegt (22). Mit insgesamt knapp 455000 verzeichneten Fällen machen Pflegebedürftige im Alter von 15-60 Jahren im Jahr 2019 einen eher geringen Teil aus (18). In der Pflegestatistik 2021 findet sich mit rund 829000 auch in der Altersspanne von 15-60 Jahren ein deutlicher Zuwachs der Anzahl an Pflegebedürftigen (20). Mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl an Pflegebedürftigen und der Anteil von Pflegebedürftigen, die im häuslichen Umfeld umsorgt werden (17). Frauen sind im höheren Alter häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen, was wahrscheinlich auf die höhere Lebenserwartung zurückzuführen ist (2, 17). Außerdem leben Frauen im Alter gehäuft alleine (18).

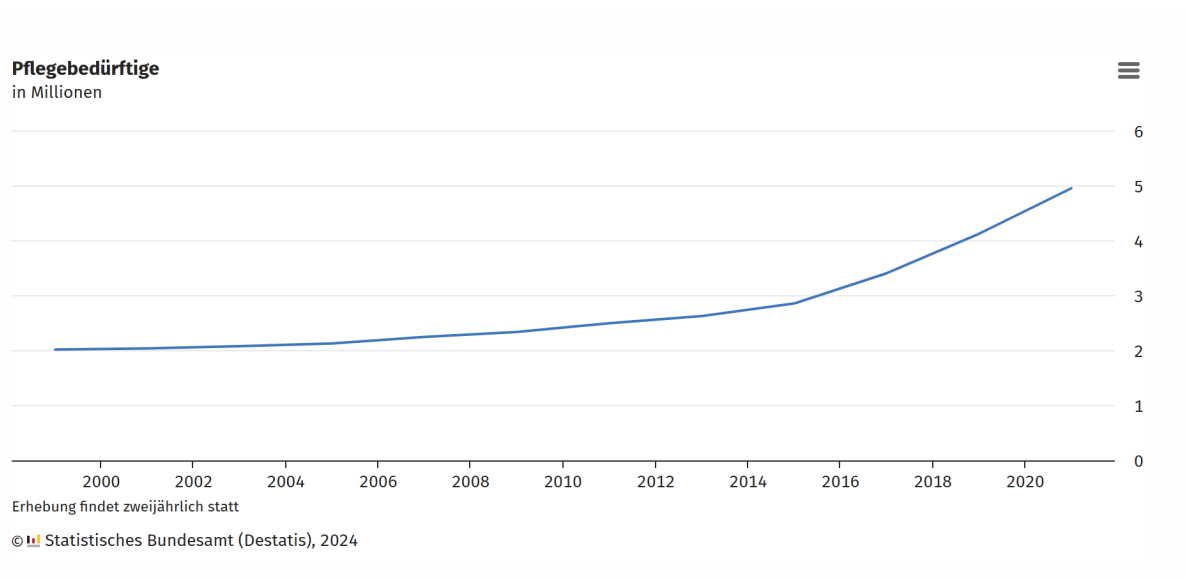


Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl an Pflegebedürftigen in Deutschland von 2000-2020 in Millionen (2)

Statistisch gesehen werden die Pflegebedürftigen dann als „durch Angehörige versorgt“ in die Statistik aufgenommen, wenn sie Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen nach § 37 Abs. 1 SGB XI erhalten. Dabei wird der Bezug von Kurzzeit- und Verhinderungspflege nicht berücksichtigt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI) (17, 18).

Jenseits der offiziellen Statistik ist hierzulande mit einer großen Dunkelziffer von hilfsbedürftigen Menschen zu rechnen, die noch kein Pflegegeld beantragt haben oder noch keinen Pflegegrad besitzen, aber dennoch regelmäßig auf Hilfe von Angehörigen oder nahestehenden Personen angewiesen sind (7). Zu bedenken ist außerdem, dass

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting die Unterstützung durch Angehörige bereits vor den Pflegetätigkeiten im engeren Sinn beginnt. So beinhaltet die Unterstützung beispielsweise Tätigkeiten im Haushalt, die Organisation des Tagesablaufs sowie Hilfe und Begleitung bei Arztbesuchen. All diese Punkte werden in der offiziellen Statistik nicht berücksichtigt.

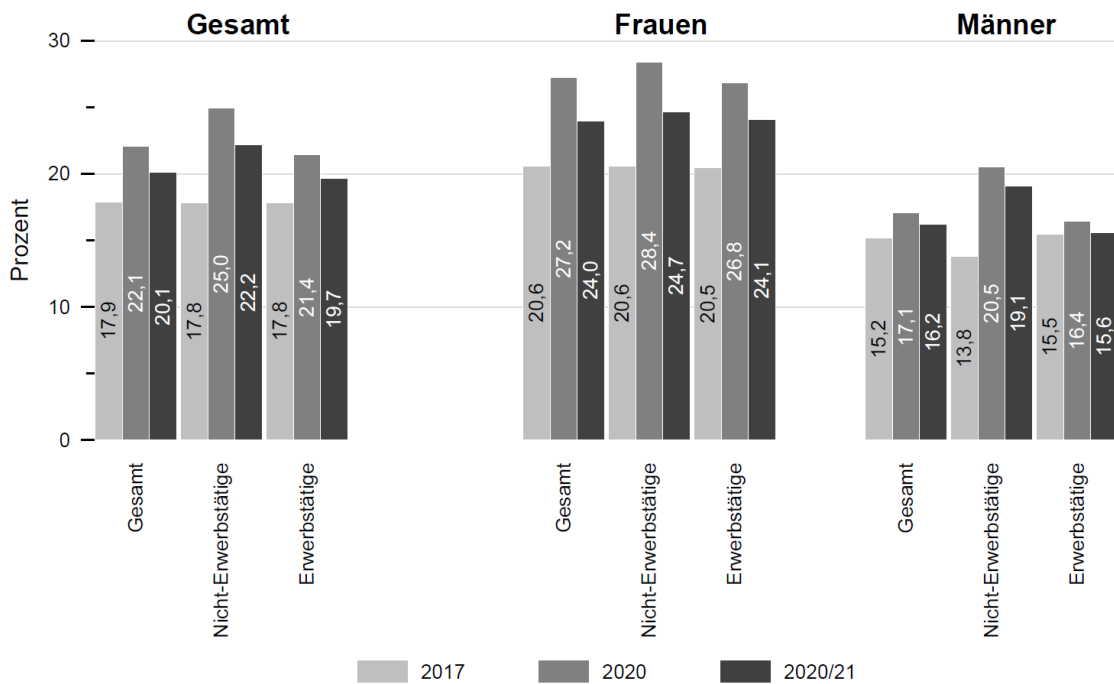
2.2. Pflegende Angehörige in Deutschland

JedeR sechste deutsche EinwohnerIn im Alter zwischen 40 und 85 Jahren unterstützt im Jahr 2014 einen Angehörigen mit Pflegetätigkeiten. Durch die zunehmend steigende Anzahl an Pflegebedürftigen ist davon auszugehen, dass mittlerweile mehr EinwohnerInnen in die Pflege eines Angehörigen eingebunden sind. Die meisten Pflegepersonen unterstützen nahestehende Angehörige. Die jüngeren Pflegenden helfen häufig den Eltern oder Schwiegereltern. Die Älteren pflegen häufig den Ehemann oder die Ehefrau (21, 23).

An der Pflege eines Angehörigen sind im Großteil der Fälle mehrere Personen beteiligt (21, 23). Die Ergebnisse aus dem DEAS 2014 zeigen, dass der Großteil der pflegenden Angehörigen im Alter zwischen 60 und 65 Jahren ist. Etwa ein Viertel der Frauen und ein Fünftel der Männer in dieser Altersspanne übernehmen Pflegetätigkeiten im häuslichen Umfeld. Im Alter von 80-85 Jahren unterstützen 14,2 % der Frauen und 12,7% der Männer eine nahestehende Person (21).

Den größten Anteil an pflegenden Angehörigen stellen insgesamt Frauen dar. Das geht sowohl aus den DEAS-Daten als auch aus einer Online- Umfrage im Jahr 2018 hervor (15, 21, 23-25). Auch während der Coronapandemie sind Frauen im Vergleich zu Männern häufiger an der häuslichen Pflege beteiligt (12). Vor allem in den Jahren vor Eintritt der Rente machen Frauen den größten Anteil an Pflegepersonen aus (21). Ein geringeres Maß an Erwerbstätigkeit und die Bereitschaft, sich im Beruf einzuschränken, um Pflegetätigkeiten nachgehen zu können, stellen Gründe dafür dar. Je älter die Pflegepersonen werden, desto höher wird der Anteil an männlichen Personen, da Frauen in höherem Alter häufig selbst pflegebedürftig werden oder aus körperlichen und gesundheitlichen Gründen keine pflegende Tätigkeiten mehr ausführen können (21). Frauen verbringen außerdem anteilig mehr Lebensjahre in Krankheit als Männer, was den wachsenden Anteil an männlichen informellen Pflegepersonen mit voranschreitendem Alter zusätzlich erklären könnte (23).

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting



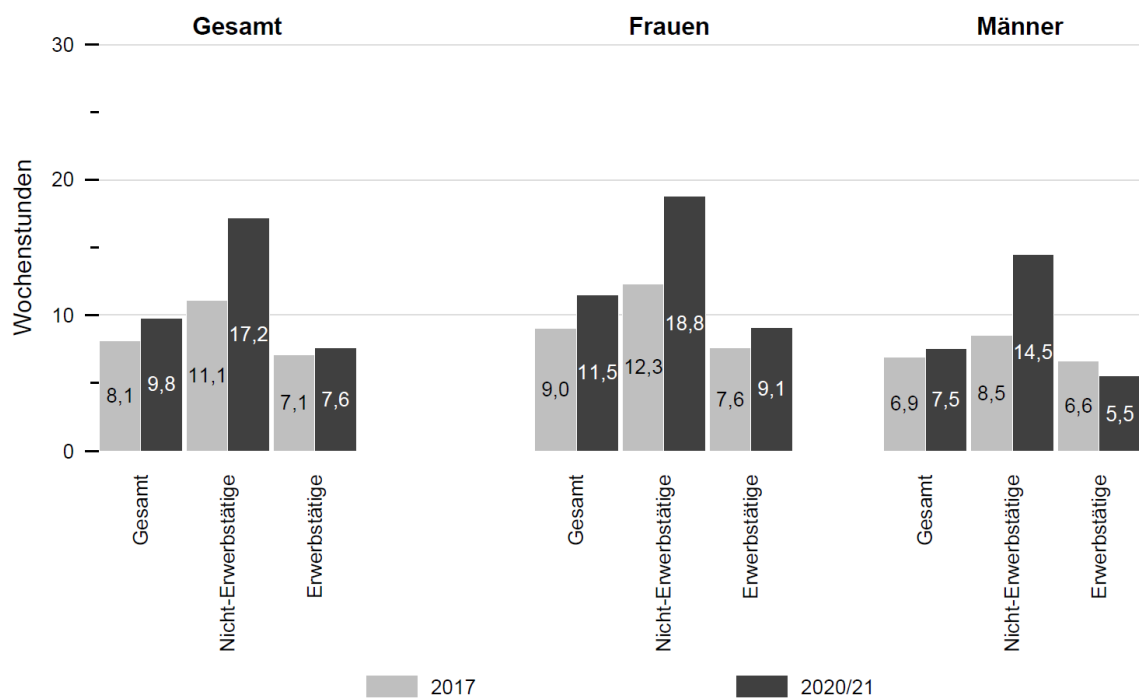
Quelle: DEAS 2017 (n=2.900), 2020 (n=1.649), 2020/21 (n=2.240) gewichtet, gerundete Angaben.
 Statistisch signifikant ($p < .05$): Gesamt: Anstieg zwischen 2017 und 2020 für Gesamt und Nicht-Erwerbstätige. Frauen: Anstieg zwischen 2017 und 2020 für Gesamt und Erwerbstätige. Unterschied zwischen Frauen/Gesamt und Männer/Gesamt 2017, 2020, 2020/21.

Abbildung 3: Anteile der Bevölkerung im Alter von 46 bis 65 Jahren (in Prozent), die in den Jahren 2017, 2020 und 2020/21 gesundheitlich eingeschränkte Personen unterstützen oder pflegen, differenziert nach Gesamtzahl, Erwerbsstatus und Geschlecht (12).

Mit dem Alter steigt auch der zeitliche Aufwand, der für die Pflege erbracht wird. Während 55-69-Jährige durchschnittlich 11,8 Stunden wöchentlich mit der Pflege beschäftigt sind, investieren 40-54-Jährige mit 8,1 Stunden weniger Zeit. Im Vergleich dazu sind es bei den 70-85-Jährigen 13,4 Stunden pro Woche (21).

Die folgende Abbildung zeigt die vom DEAS erhobene wöchentliche Zeitaufwendung in Stunden für häusliche Pflege, Hilfe und Unterstützung von erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Personen im Alter von 46 bis 65 Jahren, gesamt und nach Geschlecht, in den Jahren 2017 und 2020/21 (arithmetische Mittelwerte):

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting



Quelle: DEAS 2017 (n=550), 2020/21 (n=459) gewichtet, gerundete Angaben.

Statistisch signifikant ($p < .05$): Unterschied zwischen erwerbstätigen Frauen und Männern 2020/21; Unterschied zwischen nicht-erwerbstätigen Frauen und Männern 2017; Gesamt: Unterschiede zwischen Nicht-Erwerbstätigen und Erwerbstätigen 2017 und 2020/21; Frauen: Unterschiede zwischen Nicht-Erwerbstätigen und Erwerbstätigen 2017 und 2020/21.

Abbildung 4: Durchschnittliche Zeitverwendung in Wochenstunden für Hilfe, Unterstützung oder Pflege von erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Personen im Alter von 46 bis 65 Jahren, gesamt und nach Geschlecht, in den Jahren 2017 und 2020/21 (arithmetische Mittelwerte) (12)

Der Pflegereport der BARMER GEK 2019 zeigt, dass die Pflegedauer bei den Männern 3,6 Jahre und bei den Frauen 4,9 Jahre beträgt, sofern die Pflegebedürftigkeit nach dem 60. Lebensjahr eingetreten ist. Bei einem Beginn der Pflegebedürftigkeit vor dem 60. Lebensjahr ist die durchschnittliche Pflegedauer noch deutlich höher (26). Je länger die Pflegedauer, desto länger werden die Angehörigen in die Unterstützung involviert.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Tabelle 2.9: Zu erwartende durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit für inzidente Pflegebedürftige der Jahre 2013, 2015, 2017 und 2019 in Jahren

Hochrechnung auf die Pflegeeintritte in Deutschland	2013	2015	2017	2019
für alle Versicherte	5,27	5,33	6,55	6,01
für alle männlichen Versicherten	5,13	5,54	6,35	5,58
für alle weiblichen Versicherten	5,38	5,16	6,72	6,38
für Versicherte ab einem Pflegeeintrittsalter von 60 Jahren	3,83	3,81	4,21	4,31
für männliche Versicherte ab einem Pflegeeintrittsalter von 60 Jahren	3,12	3,13	3,53	3,57
für weibliche Versicherte ab einem Pflegeeintrittsalter von 60 Jahren	4,34	4,31	4,75	4,92

Anmerkung: Die Hochrechnungen beruhen auf der Bevölkerungsfortschreibung nach dem Zensus von 2011 und den Ergebnissen der Pflegestatistik der Jahre 2013 bis 2019. Die Bevölkerung abzüglich der Pflegebedürftigen ist die Ausgangspopulation, auf die die inzidenten Pflegeeintritte hochgerechnet wurden.

Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland

Abbildung 5: Durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit für Pflegebedürftige der Jahre 2013, 2015, 2017 und 2019 in Jahren (27)

Die Pflege von nahestehenden FamilienmitgliederInnen bedeutet für Angehörige eine große Belastung. Insgesamt sind informelle Pflegepersonen seltener erwerbstätig als Personen, die keiner Pflege Tätigkeit nachgehen (11, 12). Unter den Berufstätigen ist durch den hohen zeitlichen Aufwand häufig eine Veränderung im Berufsleben nötig. Aus einer Studie der Hochschule Coburg, in der 105 Pflegepersonen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege Tätigkeit befragt wurden, geht hervor, dass 41,7% eine Anpassung der Arbeitszeit vornehmen mussten (28).

Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist vor allem für die erwerbstätigen Männer oft nicht möglich, was insgesamt zu einer erhöhten Belastung der Frauen führt (23). Die Pflege wird häufig von nicht- erwerbstätigen Frauen übernommen (12). Eine tägliche Pflege von 1-2 Stunden ist mit einer Vollzeitbeschäftigung bei beiden Geschlechtern vereinbar. Mit steigender täglicher Pflegedauer (3 Stunden und mehr) steigt der Anteil derjenigen Pflegepersonen, die einer Teilzeit- oder einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen (23). Die geringe Vereinbarkeit von Beruf und Pflege spiegelt sich auch in der sozialen Lage von Pflegepersonen wider: Einem erhöhten Pflegeumfang werden überwiegend Frauen mit niedrigem Bildungsstand gerecht (11, 12, 23).

Die Daten des DEAS zeigen jedoch, dass die Verbindung von Berufstätigkeit und Pflege häufiger von Personen mit mittlerem oder hohem Bildungsniveau geschaffen wird. Personen mit niedriger Bildung gehen laut dieser Studie deutlich seltener Pflege Tätigkeiten nach, vor allem in Verbindung mit einer Erwerbstätigkeit (21).

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Laut Bundesministerium für Gesundheit stellt die Aufrechterhaltung der Berufsfähigkeit eine Möglichkeit für den pflegenden Angehörigen dar, besser mit den Belastungen zurecht zu kommen und soziale Beziehungen außerhalb der Familie zu pflegen (25).

Um den Beruf besser mit der Pflege von Angehörigen verbinden zu können, fordern die Pflegepersonen nach Datenlage des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) Maßnahmen, die flexibles Arbeiten möglich machen (28). So wünschen sich 88% der Befragten einer Forsa-Stichprobe im Jahr 2015 flexible Arbeitszeitmodelle, Homeoffice (75%) und individuelle Absprachen mit ihrem Arbeitgeber (69%) (21, 28).

Die Daten des DEAS aus dem Jahr 2022 zeigen jedoch, dass Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wie die kurzzeitige Arbeitsverhinderung oder Pflegezeit in nur 2% der Fälle in Anspruch genommen werden. Diese Diskrepanz lässt sich dadurch erklären, dass die Maßnahmen vielen Pflegepersonen nicht bekannt sind, finanzielle Gründe eine Rolle spielen oder Konsequenzen im Berufsalltag gefürchtet werden (12). Des Weiteren sind Anspruchsvoraussetzungen zu erfüllen, die die Umsetzung der entlastenden Maßnahmen möglich machen (12).

Oft leidet zudem das Privatleben von Pflegepersonen erheblich unter der Pflegesituation (6, 7, 16). So vermissen diese insbesondere Erholung, Ruhepausen und soziale Beziehungen (28). Einschränkungen in der Freizeit und soziale Isolation können ebenso Folge sein (7).

Neben der schlechten Vereinbarung von Pflege, Berufswelt und Privatleben leiden die Angehörigen häufig unter physischen und psychischen Problemen, die in Verbindung mit der Krankheitssituation innerhalb der Familie aufkommen und die oft hohe Belastungen bei der Betreuung und Unterstützung nach sich ziehen. Pflegende Angehörige sind insgesamt einem erhöhten Risiko ausgesetzt, gesundheitliche und seelische Probleme zu entwickeln (4, 6, 7, 14, 16). Pflegepersonen, die im Zusammenhang mit der häuslichen Pflegesituation eine hohe Belastung erleben, haben in der REGARDS Studie höhere Mortalitätsraten als pflegende Angehörige mit einer mittleren oder niedrigen Belastung (8).

Häufige Erkrankungen bei pflegenden Angehörigen sind laut Barmer GEK-Pflegereport 2015 vor allem Rückenschmerzen, Erkrankungen der Skelettmuskulatur und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine weitere Problematik stellen psychosomatische Störungen wie Kopfschmerzen, Nervosität, Schlafstörungen und depressive

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting Verstimmungen dar. Dabei sind Angehörige mit einem Betreuungsumfang von 2 Stunden oder mehr pro Tag deutlich häufiger betroffen und beschreiben ihren eigenen Gesundheitszustand als „nicht gut“ (19).

Die höhere Prävalenz der genannten Erkrankungen in dieser Gruppe ist zum einen auf die Arbeiten zurückzuführen, die in direktem Zusammenhang mit der Pflege stehen: Umlagern, Stress, hohe Verantwortung, emotionale Belastungen. Auf der anderen Seite haben die Angehörigen wenig Freizeit, sodass Ruhephasen ausbleiben und gesundheitsfördernden Aktivitäten wie Sport nicht nachgegangen werden kann. Ein weiterer Anhaltspunkt für gesundheitsförderndes Verhalten ist die Inanspruchnahme von zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Die Mundgesundheit kann als ein Kriterium für die Lebensqualität gesehen werden. Hier zeigt sich bei den Pflegepersonen eine geringere Zahl an Personen, die die Untersuchungen im Vergleich zu Nicht-Pflegenden in Anspruch nehmen (19, 25).

Frauen mit einer täglichen Pflegedauer von mehr als 2 Stunden rauchen häufiger als Nicht-Pflegende (25). Sowohl pflegende Frauen als auch Männer neigen jedoch seltener zu riskantem Alkoholkonsum (25). Die höhere Prävalenz von Erkrankungen in Verbindung mit weniger Gesundheitsverhalten führen zu hohen Kosten im Gesundheitssystem. Um diese Kosten senken zu können, sollten den Betroffenen Präventivmaßnahmen und Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt werden. Insgesamt ist die Lebensqualität bei Nicht-Pflegenden höher, in beiden Gruppen nimmt diese im Laufe des Alters jedoch weiter ab (19).

2.3. Wünsche und Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen

Trotz dieser erheblichen Belastungen durch die Pflege beschreiben die Angehörigen ihre Tätigkeiten als sinnhaft, da sie mit einer hohen Verantwortung einhergehen (15).

Im Coburg Survey geben die befragten Angehörigen die Zuneigung zum Pflegenden als größte Motivation für die Pflege an. 75% sehen die Übernahme der Pflege durch nahestehende Verwandte als selbstverständlich an (28). Auf die Frage nach Unterstützungsmaßnahmen, die seitens der Angehörigen gewünscht werden, äußerten die Befragten im Survey den Wunsch nach finanzieller Unterstützung, Informationen zur Pflege, eine Vertretung für ihre Angelegenheiten sowie psychologische Unterstützung (28). Auch Training und sonstige

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Unterstützungsmaßnahmen wurden seitens der Pflegenden als Wünsche geäußert (28).

Wünsche und Bedürfnisse von Pflegenden sind laut einer Studie, die sich mit den
Betreuungsbedürfnissen pflegender Angehöriger an AllgemeinmedizinerInnen
beschäftigt hat, mit 4 Skalen zu beschreiben: Eine Skala beschreibt die soziale
Situation sowie die emotionale Unterstützung, eine weitere die Kompetenz, die
ärztliche Aufklärung und Information, die dritte beschreibt Empathie und
Wertschätzung und die vierte Verfügbarkeit und Zuwendung durch HausärztInnen
(29).

Eine weitere Studie von Wangler et al. (2019), die die Betreuungsbedürfnisse
pflegender Angehöriger an HausärztInnen mittels Online-Befragung untersucht hat,
kommt zu dem Schluss, dass 72% der Befragten (n=204) mit den HausärztInnen über
die häusliche Pflegesituation sprechen (15). Dabei nehmen die Angehörigen die
Hinwendung zur Pflegeperson seitens der ÄrztInnen, die Kenntnis der ÄrztInnen über
die Pflegesituation und das Ansprechen von Problemen als besonders wichtig und
positiv wahr (15).

In dieser Arbeit werden Wünsche und Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen, die
seitens der HausärztInnen wahrgenommen werden, näher beschrieben und
untersucht.

2.4. Bedeutung des hausärztlichen Umfelds im Umgang mit pflegenden Angehörigen

Die hausärztliche Praxis spielt bei der Identifikation, Beratung und psychosozialen
Unterstützung von pflegenden Angehörigen eine entscheidende Rolle (7). Durch die
eingeführten Hausarztmodelle nimmt die Hausarztpraxis eine wichtige beratende und
steuernde Funktion im Gesundheitswesen ein (29). Häufig ist das Personal in der
hausärztlichen Praxis erste AnsprechpartnerIn bei der Bewältigung einer häuslichen
Pflegesituation (16). Das geschulte Praxispersonal kann delegierbare Aufgaben
übernehmen, wodurch das ärztliche Personal effektiv entlastet werden kann (9).
Verwandtschaftsgrad und Kenntnis der Familiensituation sind dem hausärztlichen
Team durch langjährige Betreuung der FamilienmitgliederInnen häufig schon bekannt,

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting bevor es zu einer häuslichen Pflegesituation kommt, da sich oft ganze Familien im PatientInnenstamm eines/r einzigen HausärztlIn befinden. So genießen HausärztInnen als natürliche Ansprechpartner im Gesundheitswesen ein besonderes Vertrauen der PatientInnen und ihren Angehörigen.

Zur Verbesserung des Umgangs mit pflegenden Angehörigen in der hausärztlichen Praxis hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) Leitlinien im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting ausgearbeitet (5, 6). Ziel der Leitlinie ist die frühzeitige Erkennung von pflegenden Angehörigen, ihrer Probleme und der potenziellen Gesundheitsgefährdungen (5, 6). Außerdem sollten sich HausärztInnen auf die Bedürfnisse und Wünsche pflegender Angehöriger einstellen und diese berücksichtigen. Dazu bedarf es einer eingehenden Beratung, ggf. auch in Abwesenheit des Pflegebedürftigen (24).

Insgesamt gestaltet sich die Unterstützung pflegender Angehöriger durch den/ die HausärztlIn vielfältig und anspruchsvoll, insbesondere mit Blick auf die im hausärztlichen Versorgungsalltag herrschende Zeit- und Ressourcenknappheit (7). Eine besondere Problematik ergibt sich ferner bei denjenigen Angehörigen, die bisher nicht zum praxisinternen PatientInnenstamm gehören, sodass es sich als schwierig erweisen kann, einen Kontakt zu diesen herzustellen und regelmäßige Rücksprache zu führen (7).

Vor dem Hintergrund dieser herausfordernden Thematik kommt es darauf an, dass sowohl ÄrztInnen als auch MitgliederInnen des Praxisteam im Umgang mit pflegenden Angehörigen geschult werden und lernen, diese rechtzeitig zu identifizieren und gezielt auf ihre Situation anzusprechen. Darüber hinaus kann die hausärztliche Praxis als Vermittlungsstelle zwischen den PatientInnen, der Pflegepersonen, des Versicherungsträgers und verschiedener Pflege- und Hilfsinstitutionen dienen (4, 7, 15).

Die Unterstützung und Stabilisierung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen kann sich durch die Vielschichtigkeit des Gesundheitssystems vielfach komplex darstellen. In diesem Zusammenhang spielen AllgemeinmedizinerInnen als zentrale MediatorInnen eine entscheidende Rolle (9, 14, 30). Durch die hausärztliche Tätigkeit wird eine Brücke zwischen den Bedürfnissen von Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und den Unterstützungsmöglichkeiten geschaffen. Ein zentraler Aspekt

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting ist die frühzeitige Identifikation potenzieller Risiken für Pflegebedürftigkeit. Hier kommt die Hausarztpraxis ins Spiel: Durch die hausärztliche Expertise können potenzielle Anzeichen für Pflegebedürftigkeit frühzeitig erkannt und entsprechende Unterstützungsmaßnahmen eingeleitet werden. Darüber hinaus gilt es, die Angehörigen der pflegebedürftigen Personen zu ermitteln, die für die häusliche Pflege geeignet scheinen. Der/ die HausärztIn kann im Gespräch mit dem Angehörigen emotionale Unterstützung leisten, zu einer Therapie vermitteln und auf Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangebote speziell für pflegende Angehörige aufmerksam machen (16).

Dabei können seitens der HausärztInnen neben den familiären Unterstützungsmöglichkeiten professionelle Pflegedienste eingeschaltet werden, die den Bedürfnissen von Pflegebedürftigen gerecht werden können. Auch ist denkbar, dass AllgemeinmedizinerInnen sich durch gezielte Hausbesuche ein Bild von der Pflegesituation vor Ort machen, um Unterstützungsbedarfe besser einschätzen zu können und gezielt Ratschläge zur Verbesserung geben zu können (9, 15). Darüber hinaus kann der/ die HausärztIn Hilfsmittel zur Erleichterung der häuslichen Pflege verschreiben und die Pflegebedürftigen und deren Angehörige individuell beraten, um die passenden Hilfsmittel für sie auszuwählen.

Um Entscheidungen hinsichtlich der Pflege auf einer soliden Grundlage treffen zu können, sind die Pflegebedürftigen und die pflegenden Angehörigen auf umfangreiche Informationen angewiesen. Idealerweise können HausärztInnen selbst Informationen über Pflegeleistungen, Pflegeeinrichtungen und andere Hilfsangebote anbieten oder auf Pflegestützpunkte verweisen, die die pflegenden Angehörigen entsprechend informieren können. Ein wichtiger Schritt ist die Beratung zu rechtlichen Dokumenten wie Patientenverfügungen. Die Hausarztpraxis kann die Pflegebedürftigen und die pflegenden Angehörigen dabei unterstützen, ihre Wünsche und Entscheidungen für den Fall der Pflegebedürftigkeit rechtlich zu dokumentieren. Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Unterstützung von Pflegepersonen ist die Herstellung des Kontakts zu Pflegeinstitutionen wie Pflegeheimen, Pflegediensten oder Tagespflegeeinrichtungen. Hierbei kann die Hausarztpraxis als Vermittler handeln, um den Übergang von häuslicher in die professionelle Pflege reibungslos zu gestalten.

Forschungsergebnisse zeigen, dass DemenzpatientInnen, die hospitalisiert werden, eine höhere Sterblichkeitsrate haben können (31). Neben der höheren

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Sterblichkeitsrate können stationäre Krankenhausaufenthalte im Vergleich zur ambulanten Behandlung erheblich höhere Kosten verursachen. Daher ist die Vermeidung einer Hospitalisierung von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus ist es entscheidend, eine langfristige ambulante Betreuung der PatientInnen sicherzustellen und die Angehörigen bei der häuslichen Pflege zu unterstützen.

Diese zentrale Rolle von Hausarztpraxen hinsichtlich einer Koordination, Beratung und Betreuung der Pflege kann unter Umständen eine große Herausforderung sein. Werden die Bedürfnisse der Angehörigen nicht frühzeitig erkannt, kann es im schlimmsten Fall zu Versorgungsdefiziten in der häuslichen Pflegesituation kommen, da die Angehörigen unter Umständen in eine Überlastungssituation hineingeraten können (5, 6). Deshalb gilt es, die Wünsche und Bedürfnisse von Pflegepersonen frühzeitig zu erkennen und damit die Versorgung und die Lebensqualität des Pflegebedürftigen sowie der Angehörigen zu unterstützen und zu stabilisieren.

Eine Online-Befragung von Pflegepersonen, die im Rahmen einer Untersuchung von hausärztlichen Betreuungsbedürfnissen pflegender Angehöriger zwischen Dezember 2018 und April 2019 in elf Internetforen geschaltet war, ergab, dass pflegende Angehörige sich im Zusammenhang mit der Identifikation und der emotionalen Unterstützung sowie der Vermittlung an Hilfsangebote durch HausärztInnen nicht immer optimal behandelt fühlen (15).

So fühlten sich nur 21% der Befragten durch HausärztInnen dazu ermutigt, eigene gesundheitliche Probleme im Gespräch anzusprechen. 84% vermissten außerdem eine proaktive Gesprächsführung der AllgemeinmedizinerInnen bei bestehenden Problemen in Verbindung mit der häuslichen Pflegesituation. Weitere Probleme liegen aus Sicht von Pflegenden in der emotionalen Unterstützung durch betreuende HausärztInnen und in der Vermittlung von Unterstützungs- und Betreuungsangeboten (15).

Angesichts dieser Datenlage eröffnen sich Möglichkeiten zur Optimierung der Unterstützung von pflegenden Angehörigen. Insgesamt ist die hausärztliche Rolle als zentrale Koordinationsstelle im Gesundheitssystem von entscheidender Bedeutung, um die PatientInnen und ihre Angehörigen umfassend zu unterstützen und eine optimale Versorgung sicherzustellen. Durch die hausärztliche Tätigkeit kann nicht nur

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting die Lebensqualität der Pflegebedürftigen verbessert, sondern auch die Belastung der Angehörigen verringert werden.

2.5. Aktueller Forschungsstand

Insgesamt liegt nur eine geringe Anzahl von belastbaren wissenschaftlichen Studien vor, die die hausärztliche Unterstützung von Pflegepersonen thematisieren, Herausforderungen im Praxisalltag herausarbeiten und anwendbare Handlungsstrategien aufzeigen. Vor allem mangelt es an Studien, die HausärztInnen selbst die Möglichkeit geben, ihre Positionen und Erfahrungen zum Thema darzulegen (5, 15, 16).

Neben den regelmäßig veröffentlichten Pflegereports- und Statistiken, die sowohl von Krankenkassen als auch vom statistischen Bundesamt herausgegeben werden, gibt es einige Studien zu pflegenden Angehörigen. Die meisten dieser Studien weisen eine kleine Zahl an StudienteilnehmerInnen auf, wodurch Rückschlüsse auf die Gesamtpopulation nicht möglich sind. Ferner beziehen einige Studien lediglich pflegende Angehörige von Demenzerkrankten ein, sodass andere Krankheitsbilder, die im Rahmen von Pflegebedürftigkeit eine Rolle spielen, unbeachtet bleiben. In diesem Kapitel werden exemplarisch Studien aufgeführt, auf die im Zuge dieser Arbeit eingegangen wird.

Im Rahmen eines Surveys der Hochschule Coburg wurden im Zeitraum von Oktober 2015- Mai 2016 158 pflegende Angehörige mittels Fragebögen zu ihren Bedürfnissen und Erfahrungen bei der häuslichen Versorgung von nahestehenden Personen befragt (28). Im Rahmen dieser Studie sind vor allem die soziodemographischen Daten der TeilnehmerInnen sowie die Unterschiede zwischen Stadt und Land von besonderem Interesse. Unterschiede bei der Unterstützung von pflegenden Angehörigen in ländlichen und urbanen Regionen Deutschlands zeigen sich auch in dieser Arbeit. Im Verlauf des Kapitels wird eine weitere Studie, die sich näher mit den Unterschieden befasst, genauer vorgestellt. Zunächst sollen die zentralen Ergebnisse von Kohls und Offenbacher, die die Projektleitung des Surveys aus Coburg übernahmen, zusammengefasst werden:

Es zeigt sich, dass 84,8% der Pflegenden weiblich sind. 12,7% sind in der Altenpflege tätig. Meistens pflegen die Angehörige ihre EhepartnerInnen (32,3%) oder ihre Kinder

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting (22,2%). 79,5% der pflegenden Angehörigen leben mit den Pflegebedürftigen zusammen. 62,2 % der Befragten pflegen seit 10 Jahren oder weniger, 22,4% pflegen seit mehr als 10 Jahren (28).

41,7% der TeilnehmerInnen nehmen eine Anpassung bei der Arbeitsstelle vor, um weiter erwerbsfähig zu bleiben, nur ein Viertel der Befragten kann die Arbeitszeit beibehalten. Der Großteil der Angehörigen möchte über die Pflegesituation sprechen. 23,1% erhalten keinen finanziellen Ausgleich, aber 48,7% der Betroffenen nehmen professionelle Hilfe durch einen Pflegedienst in Anspruch. Kooperationen und Informationen werden von den meisten gewünscht. Auffällig ist, dass 60,3% der Befragten angeben, zu Beginn der Pflegetätigkeit keine hilfreichen Informationen bekommen zu haben. Hilfe und Unterstützung werden von den meisten Angehörigen innerhalb der Familie gesucht. Seltener suchen sich die Betroffenen Hilfe bei Fachleuten oder Organisationen. In 5,1% der Fälle geben die Pflegepersonen an, dass ÄrztInnen bei der Pflege informiert und geholfen haben. 25% der Befragten wissen nicht, dass es Hilfsmaßnahmen gibt. Signifikante Unterschiede ($p = 0,037$) zwischen den Antworten von Pflegenden auf dem Land und in der Stadt gibt es in Bezug auf die Frage, ob professionelle Hilfe die häusliche Pflege ergänzen kann. Die Angehörigen auf dem Land sind seltener der Ansicht, dass professionelle Pflege die Pflege ergänzen kann. Außerdem geben die Pflegenden auf dem Land signifikant seltener an, dass es Anlaufstellen zur Information und Unterstützung bei der Pflege gibt ($p=0.02$) (28).

75% der Befragten geben an, dass die Übernahme der Pflege für sie selbstverständlich ist, dabei sei die Zuneigung die größte Motivation für die Übernahme der Pflege. Weitere positive Aspekte bei der häuslichen Pflege sind laut Befragung das Wissen um die Gewohnheiten von Pflegebedürftigen, der Zusammenhalt innerhalb der Familie oder bei Freundschaften sowie die Dankbarkeit der Pflegebedürftigen. Dabei spielt die Dankbarkeit auf dem Land eine signifikant größere Rolle als in der Stadt ($p= 0,017$) (28).

Mangelndes Bewusstsein für Hilfsangebote, Zeit- und Energiemangel sowie Mangel an professioneller Unterstützung werden am häufigsten als Hindernisse genannt, die eigenen Bedürfnisse der Angehörigen auszudrücken und Hilfe zu holen (28).

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Eine Arbeit von Sauerborn et al., die bereits im Jahr 2011 veröffentlicht wurde, untersucht den Zusammenhang zwischen Belastung und Gesundheit pflegender Angehöriger, die sich um neurologisch schwerkranke Personen kümmern. In die Auswertung wurden 44 Fragebögen von pflegenden Angehörigen einbezogen, die mithilfe des neurologischen Rehabilitationszentrums in Greifswald rekrutiert wurden. Im Rahmen dieser Studie konnten keine signifikanten Ergebnisse erzielt werden. Es lassen sich lediglich Tendenzen zeigen: Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass pflegende Angehörige von neurologisch schwerkranken PatientInnen eine niedrigere Lebensqualität bei gleichbleibend hoher psychischer Gesundheit aufweisen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Leitbeschwerden der Befragten seien vor allem Schmerzen und Körpergefühlsstörungen. Die Beeinträchtigung durch diese Beschwerden sei jedoch gering. Eine starke Wahrnehmung der eigenen Beschwerden steht laut Sauerborn mit einer geringeren subjektiven Lebensqualität der Pflegepersonen im Zusammenhang. Von besonderem Interesse für diese Arbeit sind folgende Ergebnisse: Insgesamt berichten die Befragten, weniger Kontakt zur Hausarztpraxis zu haben als die Normalbevölkerung. Das Maß an subjektiv wahrgenommener Unterstützung von pflegenden Angehörigen steigt mit der Anzahl der Kontakte mit den HausärztInnen. Folglich könnte das Unterstützungsempfinden der Angehörigen durch eine frühzeitige Kontaktaufnahme durch die Hausarztpraxis deutlich verbessert werden (32).

Eine weitere Studie, die die subjektiven Gesundheitsvorstellungen und das Gesundheitshandeln pflegender Angehöriger von demenzkranken Menschen untersucht, wurde im Jahr 2021 von Hampel et. al veröffentlicht (33). Es wurden 23 Angehörige mittels qualitativer Interviews befragt und gezeigt, dass pflegende Angehörige in der häuslichen Pflege von Demenzkranken eine wichtige Rolle spielen und damit eine hohe Verantwortung für ihre Angehörigen übernehmen. Herausforderungen, die im Rahmen der häuslichen Pflege entstehen, können sich negativ auf die physische und psychische Gesundheit von Pflegenden auswirken. Diese Studie untersucht die subjektiven Gesundheitsvorstellungen von Pflegenden und kommt zu dem Schluss, dass die Pflegepersonen individuelle Strategien zum Erhalt oder Wiedererlangen ihrer Gesundheit entwickeln. Auf Grundlage der Ergebnisse entwickelt der Autor Handlungsempfehlungen für die Unterstützung pflegender Angehöriger von Demenzkranken: Hampel empfiehlt, unter Berücksichtigung des subjektiven Gesundheitshandelns Präventionsmaßnahmen zur

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln. Dazu sollte die Vernetzung von Akteuren im Gesundheitssystem verbessert werden. Zuletzt fordert der Autor innovative Zugangswege für die Betreuung von Pflegenden (33). Die Handlungsempfehlungen scheinen für diese Dissertation teilweise von Bedeutung zu sein und werden daher an dieser Stelle aufgeführt.

Eine aktuellere Studie von Ehrlich et al., die 2022 vom Deutschen Zentrum für Altersfragen veröffentlicht wurde, beschäftigt sich ebenfalls mit der Situation und dem gesundheitlichen Wohlbefinden pflegender Angehöriger in Deutschland. Diese Arbeit konzentriert sich auf die Entwicklung der Pflegesituation während der COVID-19-Pandemie. Dabei handelt es sich um eine Quer- und Längsschnittbefragung von Personen der zweiten Lebenshälfte im Rahmen des Deutschen Alterssurveys. Die Befragungen wurden im Sommer 2020 und Winter 2020/2021 durchgeführt. Im Rahmen der Studie konnte ein zeitweiser Anstieg der Pflegequote (insbesondere unter den pflegenden Frauen) während der ersten Coronawelle gezeigt werden. Frauen litten während der ersten Welle häufiger unter depressiven Symptomen und dem Gefühl von Einsamkeit. Das subjektive Gesundheitsempfinden blieb jedoch auf einem stabilen Niveau. Es wurde außerdem gezeigt, dass die Unterstützung von Nachbarn zu Beginn der Pandemie gestiegen ist, während die Unterstützung von nahestehenden Familienangehörigen gleichbleibend war. Im Rahmen der zweiten Welle erreichten die Werte in etwa präpandemisches Niveau. Als Gründe dafür werden von den AutorInnen die Gewöhnung an die pandemische Lage sowie Unterstützungsmaßnahmen genannt, die im Verlauf der Pandemie wieder angeboten und seitens der Angehörigen genutzt werden konnten (34).

Eine weitere Arbeit von Ehrlich et al. aus dem Jahr 2022 untersucht die Pflegesituation und die Erwerbsarbeit von pflegenden Angehörigen im erwerbsfähigen Alter im Verlauf der Pandemie (12). Es zeigte sich auch hier, dass zu Beginn der Pandemie mehr Menschen in die häusliche Pflege eingebunden waren, insbesondere mehr Frauen. Frauen verbringen während der Pandemie wie auch zuvor mehr Zeit mit der Pflege von Angehörigen als Männer. Es fällt auf, dass Frauen, die nicht erwerbstätig sind, häufig die Pflege übernehmen. Das könnte laut der AutorInnen zum einen auf die schlechte Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zurückzuführen sein oder darauf, dass Frauen, die keiner Erwerbsarbeit nachgehen, mehr Zeit für die Pflege aufbringen können. Ursache und Wirkung lassen sich in diesem Zusammenhang nicht eindeutig zeigen und nachweisen. Je intensiver der Pflegeaufwand ist, desto geringer ist die

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting Erwerbsbeteiligung. Ein erhöhtes Belastungsempfinden von Pflegepersonen konnte in der Studie nicht gezeigt werden. Von besonderem Interesse für diese Arbeit ist das Ergebnis zu gesetzlichen Maßnahmen, die im Rahmen einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege auf den Weg gebracht wurden. Es zeigt sich, dass diese nur selten in Anspruch genommen werden (12).

Als Indikator für die Gesundheit von pflegenden Angehörigen kann die Mortalität herangezogen werden. Im Jahr 2012 untersuchten Perkins et. al in England im Rahmen der REGARDS Studie das Belastungserleben und die Gesamtmortalität von pflegenden Angehörigen (8). REGARDS steht für Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke. Die Daten wurden aus einer großen nationalen Stichprobe gewonnen, die Männer und Frauen im Alter über 45 Jahren einschloss. 12% (n=3710) der Kohorte gab an, an der Pflege von Angehörigen beteiligt zu sein. Es konnte kein Unterschied bei Rasse, Geschlecht, Alter oder Verhältnis zu den Pflegebedürftigen in Bezug auf den Endpunkt Schlaganfall gezeigt werden. Es zeigten sich jedoch bei hohem subjektiven Belastungsempfinden von Pflegenden signifikant höhere bereinigte Sterberaten (Hazard ratio 1,55, p= 0,02) (8). Es liegt daher nahe, dass aufgrund der höheren Mortalität von pflegenden Angehörigen Interventionen geschaffen werden sollten, um die Mortalität in Zukunft zu senken.

Die Untersuchung des Belastungserlebens und Coping- Strategien aus der Perspektive der Angehörigen könnte ein Ansatz sein, um die Überforderung, Folgeerkrankungen und die Mortalitätsrate zu senken. Brügger et. al veröffentlichten im Jahr 2015 eine Studie, die sich mit dem Belastungserleben und Coping- Strategien von Pflegenden beschäftigt (10). Es handelt sich bei dieser Arbeit um eine Studie aus der Schweiz, die den Fokus auf das Erleben der Pflege durch die Angehörigen legt. Es werden insbesondere Ressourcen in Bezug auf das Belastungserleben untersucht, die die Resilienz der Angehörigen fördern. Die AutorInnen befragten 25 pflegende Angehörige in den Kantonen Freiburg und Wallis mittels qualitativer Interviews zu ihren Erfahrungen, Bedürfnissen und Bewältigungsstrategien im Rahmen der häuslichen Pflege. Auf Grundlage der Ergebnisse entwickelten die AutorInnen 5 Kategorien, die für das Belastungserleben eine große Rolle spielen: Müdigkeit und Überlastung, sich alleingelassen und unverstanden fühlen, Trauer, Leid und Zukunftssorgen, Hilf- und Machtlosigkeit sowie „Fremdbestimmtheit“. Laut dieser Studie sei insbesondere die Unterstützung durch das soziale Umfeld für die pflegenden Angehörigen sehr wichtig, um die Belastung ertragen zu können (10).

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Überforderung und Belastung von pflegenden Angehörigen spielen bei der Betreuung und Unterstützung durch die Hausarztpraxis eine entscheidende Rolle. Daher werden an dieser Stelle weitere Studien beleuchtet, die sich mit der Belastung und Bewältigungsstrategien beschäftigen.

Anne Wölfel veröffentlichte im Jahr 2017 eine Arbeit, die sich mit pflegenden Angehörigen an der Belastungsgrenze beschäftigt (35). Um eine Selbsteinschätzung des Belastungsniveaus seitens der pflegenden Angehörigen zu ermöglichen und den individuellen Unterstützungsbedarf zu ermitteln, wurde im Rahmen dieser Studie ein Fragebogen konzipiert. Ziel ist laut der Autorin, eine Reflektion der eigenen Situation für die Pflegepersonen zu schaffen und gleichzeitig eine Möglichkeit für Fachkräfte zu schaffen, den Unterstützungsbedarf von pflegenden Angehörigen mittels einer Beratung zu erfassen und ein individuell angepasstes Konzept zur Entlastung zu erarbeiten (35). Der Einsatz eines ähnlichen Fragebogens, der auf die wichtigsten Punkte in der Angehörigenbetreuung eingeht, ist auch bei der hausärztlichen Betreuung von pflegenden Angehörigen denkbar.

Eine Studie von Kunzler et. al, die im Jahr 2018 vom Deutschen Resilienz- Zentrum veröffentlicht wurde, untersucht die Bedeutung von Resilienzfaktoren für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten (36). Im Rahmen der Forschung zu Resilienzfaktoren werden in dem Review die Selbstwirksamkeitserwartung, die Beziehungsqualität und die soziale Unterstützung von pflegenden Angehörigen analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung sowie die soziale Unterstützung als Resilienzfaktoren für Pflegepersonen von Demenzerkrankten eine wesentliche Rolle spielen und wissenschaftlich gut belegt sind. Es konnte außerdem gezeigt werden, dass eine gute Beziehung zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegenden vor allem zu Beginn der Demenzerkrankung einen Resilienzfaktor darstellen kann. Angesichts der bisher schwachen Evidenz empfehlen die AutorInnen eine weitere Exploration der positiven Beziehungsqualität zwischen den beiden genannten Parteien (36).

In der Einleitung wird auf die Problematik bei der Betreuung pflegender Angehöriger durch die Hausarztpraxis eingegangen, die nicht vor Ort sind. Die Arbeit „Pflegende Angehörige auf Distanz- Versorgungsstrukturen, Lücken, Bedarfe und Entwicklungsmöglichkeiten“ von Engler et. al aus dem Jahr 2020 untersucht die Versorgung von pflegenden Angehörigen, die auf Distanz pflegen (13). Dazu wurden

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
17 Angehörige qualitativ befragt und Auswirkungen der räumlichen Trennung auf die Pflege und Entscheidungsfindung untersucht. Insbesondere im Hinblick auf den demographischen Wandel und die schwindenden familiären Strukturen scheint diese Arbeit in Zukunft von Relevanz zu sein. Die AutorInnen konnten Schwierigkeiten bei der Koordination und Kommunikation mit pflegenden Angehörigen auf Distanz zeigen. Sie empfehlen, dass Angehörige, die nicht vor Ort sind, wertschätzend wahrgenommen und in Entscheidungen einbezogen werden sollten (13).

In ihrer Arbeit „Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenzerkrankung“, die 2016 veröffentlicht wurde, untersucht Wächtershauser die Unterstützungsangebote und deren Weiterentwicklung (16). Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass insbesondere zu Beginn des Krankheitsverlaufs seltener auf Unterstützungsangebote zurückgegriffen wird und führt diesen Umstand auf schwierige Zugangswege oder fehlende Motivation zurück. Des Weiteren wird postuliert, dass Entlastungsmaßnahmen vorwiegend durch pflegende Kinder in Anspruch genommen werden, weniger aber durch pflegende PartnerInnen. Daraus schließt sie, dass die Unterstützungsmaßnahmen in Zukunft deutlich häufiger in Anspruch genommen werden und daher ein Ausbaubedarf hinsichtlich der Hilfsangebote besteht (16).

Im Vergleich zu den Studien zu pflegenden Angehörigen ist die Datenmenge in Bezug auf Studien zur Rolle von Hausarztpraxen im Umgang mit pflegenden Angehörigen weniger ausgeprägt, jedoch nicht weniger relevant. Daher sollen im Folgenden einige Studien aufgenommen und erläutert werden, die einen Bezug zwischen Pflegepersonen und hausärztlicher Arbeit untersucht haben. Diese Arbeit basiert auf einem Teil dieser Studien, andere sind erst später veröffentlicht worden und dienen als Referenz für die anschließende Diskussion der Ergebnisse.

Lauchbach et. al zeigten im Jahr 2012 verschiedene Betreuungsbedürfnisse von pflegenden Angehörigen auf, die seitens der Hausarztpraxis bedient werden können und in verschiedene Skalen unterteilt werden (29). Skala 1 beinhaltet die „soziale Situation und die emotionale Unterstützung“. Die pflegenden Angehörigen erwarten, dass die HausärztInnen auf ihre sozialen oder finanziellen Probleme eingehen und sie emotional unterstützen. Skala 2 beschreibt die Kategorie „Kompetenz, Aufklärung und Information“ und beinhaltet die patientInnenorientierte Aufklärung, die partizipative Entscheidungsfindung sowie das professionelle Handeln des Arztes oder der Ärztin.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting „Empathie und Wertschätzung“ bilden als Betreuungsbedürfnisse von pflegenden Angehörigen die dritte Skala, die vierte Skala beschreibt die „Verfügbarkeit und Zuwendung bei chronischer Krankheit“ (29).

Die AutorInnen zeigen, dass die Betreuungsbedürfnisse der Skalen 1-3 bei Frauen eine wichtigere Rolle spielen als bei Männern. Bei der Analyse der Ergebnisse bezogen auf verschiedene Altersgruppen können signifikante Unterschiede in den Skalen 3 und 4 gezeigt werden. Ältere pflegende Angehörige legen mehr Wert auf Empathie und Wertschätzung sowie die Verfügbarkeit der hausärztlichen Betreuung bei chronischer Krankheit. Auf Grundlage der Ergebnisse wird diskutiert, dass die Betreuung pflegender Angehöriger in Hausarztpraxen aufgrund des demographischen Wandels der deutschen Gesellschaft in Zukunft an Bedeutung gewinnen wird. Daher postulieren die AutorInnen, dass ärztliche Kompetenzen, die die Betreuungsbedürfnisse pflegender Angehörige betreffen, schon im Studium der Humanmedizin gelehrt werden und in der Hausarztpraxis besser vergütet werden sollten (29).

In einer anderen Arbeit aus dem Jahr 2018 wurden 10 HausärztInnen in Sachsen-Anhalt mittels qualitativer Interviews zu ihren Erfahrungen mit pflegenden Angehörigen befragt (37). Schneemilch beschreibt HausärztInnen als zentrale VermittlerInnen im Umgang mit pflegenden Angehörigen und zeigt verschiedene Strategien auf, denen sich die ÄrztInnen bedienen, um dieser anspruchsvollen Rolle gerecht zu werden. Die Kommunikation nimmt laut der Autorin eine zentrale Rolle bei der Angehörigenbetreuung ein. Als Grundbedingung für eine gute Kommunikation sollten ausreichende Zeitslots für Angehörigengespräche eingeplant werden (37).

Eine klare Aufgabenabgrenzung, Nutzung von eigenen Ressourcen, um die Probleme von pflegenden Angehörigen emotional aushalten zu können, die Nutzung von lokalen Strukturen und Multiplikation sind laut Autorin die entscheidenden Strategien, die die HausärztInnen im Umgang mit Pflegepersonen entwickeln. Das Prinzip der Multiplikation beruht auf einer Auswahl von 1-2 AnsprechpartnerInnen in den Familien der Pflegebedürftigen, die die Kommunikation mit der hausärztlichen Praxis übernehmen (37). Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass HausärztInnen ihren Beratungsauftrag für die Organisation und Informationsvermittlung größtenteils wahrnehmen. Bei der medizinischen Betreuung von pflegenden Angehörigen sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene besteht Verbesserungsbedarf, sodass

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Präventionsmaßnahmen für Pflegepersonen seitens der HausärztInnen in Zukunft
mehr in den Fokus gerückt werden sollten (37).

Marx et. al arbeiten aktuell an einem Scoping Review, das sich mit der Identifikation und der Messung von psychischen und physischen Belastungen pflegender Angehöriger durch HausärztInnen in Deutschland beschäftigt (14). Die frühzeitige Erkennung von Überlastungssituationen und frühzeitige Bereitstellung von Unterstützungsangeboten spielen laut AutorInnen eine wesentliche Rolle in der Angehörigenbetreuung. Ziel der Übersichtsarbeit ist, einen Überblick über vorhandene Instrumente zur Identifikation von Pflegenden und zur Messung von Überforderung zu schaffen. Die Studie wird mittels PRISMA-ScR Leitfaden durchgeführt (14). Die Ergebnisse könnten Rückschlüsse auf die Betreuungssituation der Angehörigen zulassen und Standards sowie Verbesserungspotenziale für HausärztInnen im Umgang mit pflegenden Angehörigen schaffen.

Eine weitere Arbeit von Marx et. al aus dem Jahr 2021 untersucht Lösungsansätze und Sichtweisen für den Umgang mit pflegenden Angehörigen in der hausärztlichen Praxis (9). Die Studie geht der aktuellen Arbeit von Marx et. al voraus und soll Verbesserungsbedarfe sowie die Bedingungen für die Entwicklung eines Instruments zur besseren Identifikation von pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis aufzeigen. Dazu wurden 12 leitfadengestützte qualitative Interviews mit niedergelassenen HausärztInnen in Sachsen-Anhalt geführt. Die Ergebnisse zeigen, dass mangelnde Kommunikation und fehlende Zeit bei der Angehörigenbetreuung seitens der HausärztInnen als herausfordernd gesehen werden. Bei der Zusammenarbeit mit pflegerischen Institutionen und Hilfsangeboten sehen die Befragten deutlichen Verbesserungsbedarf. Um die Versorgung von pflegenden Angehörigen in Zukunft zu verbessern, fordern die AutorInnen die Implementierung eines Instruments für die hausärztliche Praxis zur frühzeitigen Identifikation und Messung der Belastung von Pflegenden (9).

Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung, dass Leitlinien in der Medizin eine immer größere Rolle spielen, ist es sinnvoll, die aktuelle S3- DEGAM Leitlinie „Pflegende Angehörige von Erwachsenen“ aus dem Jahr 2018 genauer zu untersuchen. Leitlinien sind systematische Handlungsempfehlungen für ÄrztInnen, die helfen sollen, den Umgang mit verschiedenen Krankheitsbildern und PatientInnengruppen zu standardisieren, zu verbessern und Entscheidungshilfen für

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting die behandelnden ÄrztInnen und den PatientInnen zu bieten. Die Leitlinie wird zurzeit aktualisiert. Wesentliche Bestandteile der Leitlinie sind Handlungsempfehlungen für die Identifikation pflegender Angehöriger, Ursachen für Überlastung der Angehörigen, Hinweise auf kritische Versorgungssituationen sowie die Themen Konfliktbewältigung, Informationsvermittlung und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. Die Leitlinie zeigt außerdem Möglichkeiten der Standardisierung im Umgang mit pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen auf.

Die Studie „Pflegerische Angehörige und ihre Belastungen in Hausarztpraxen identifizieren- Hindernisse und Empfehlungen“ aus dem Jahr 2015 von Höppner et. al ist von einem der Autoren der Leitlinie (T. Lichte) mitverfasst worden und hängt thematisch mit der Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“ zusammen (7). Die AutorInnen schreiben der Rolle der AllgemeinmedizinerInnen im Umgang mit Pflegepersonen eine große Bedeutung zu. Sie zeigen Hindernisse bei der Angehörigenbetreuung auf und geben Handlungsempfehlungen im Umgang mit informellen Pflegepersonen. Es wird empfohlen, die Angehörigen frühzeitig zu identifizieren und in dem Zusammenhang zurückhaltend mit dem Begriff der pflegenden Angehörigen umzugehen. Die Pflegebedürftigen könnten nach ihren Pflegepersonen gefragt oder Flyer im Wartebereich ausgelegt werden, um die Angehörigen direkt anzusprechen und zum „Outing“ gegenüber dem Praxisteam zu motivieren (7). Mehrsprachige Flyer könnten genutzt werden, um Sprachbarrieren zu durchbrechen, Hausbesuche könnten für die Kontaktaufnahme genutzt werden. HausärztInnen sollten laut der Studie empathisch mit pflegenden Angehörigen umgehen, ihre Anliegen ernst nehmen und frühzeitig die Kommunikation mit ihnen suchen. Gegebenenfalls sollten Konsultationen ohne die pflegebedürftige Person stattfinden, um Probleme in Ruhe thematisieren zu können (7).

Dieser Arbeit geht eine Studie von Wangler und Jansky aus dem Jahr 2019 voraus, die hausärztliche Betreuungsbedürfnisse von Pflegenden mittels Online-Befragung ermittelte und der tatsächlich erlebten Betreuung gegenüberstellt (15). Insgesamt wurden 204 TeilnehmerInnen explorativ befragt, die nahestehende Angehörige betreuen. Die Studie zeigte, dass 72% der Befragten mit ihrem/ ihrer HausärztIn über die häusliche Pflegesituation sprechen und eine offene Kommunikation darüber als positiv bewerten. Schwachpunkte in der Angehörigenbetreuung durch die Hausarztpraxis werden seitens der Angehörigen vor allem bei der partizipativen

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting Entscheidungsfindung gesehen (48%), bei der Identifikation (43%) sowie bei der Unterstützung (21%) und der Vermittlung zu Hilfsangeboten (6%) (15).

Im Zeitraum zwischen 2020 und 2021 wurden drei Teilstudien von Wangler und Jansky durchgeführt, die eine Online-Befragung von 612 pflegenden Angehörigen, qualitative Interviews mit 37 Pflegenden sowie eine Online-Umfrage unter 3556 HausärztInnen einschließen (38-40). Ziel der Studien ist die Erfassung von verschiedenen Sichtweisen von Angehörigen und von HausärztInnen. Insbesondere sollen Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen im Umgang mit pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen aufgezeigt werden (39).

Die Ergebnisse der Teilstudien zeigen, dass pflegende Angehörige die Hausarztpraxis als zentrale Anlaufstelle für das Thema Pflege sehen. Seitens der Angehörigen wird bemängelt, dass die Vermittlung an Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen und die frühzeitige Einbindung von Pflegepersonen verbesserungswürdig ist. Optimierungsbedarf seitens der Angehörigen gibt es außerdem bei der Betreuung in Bezug auf psychische und physische Belastungen (39, 40).

HausärztInnen sind sich ihrer Rolle als wichtige AnsprechpartnerInnen für die pflegenden Angehörigen überwiegend bewusst, sehen aber die frühzeitige Identifikation von pflegenden Angehörigen und die kurzfristige Organisation und Vermittlung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten als Herausforderung an (38, 39). Das Praxisteam sollte für die Identifikation von Pflegepersonen sensibilisiert werden und diese frühzeitig an Hilfsangebote vermitteln. Dabei ist es wichtig, die Bedürfnisse und Wünsche von Pflegenden im Blick zu behalten und Überlastung frühzeitig zu erkennen. Die Autoren empfehlen, Schulungen für HausärztInnen im Umgang mit pflegenden Angehörigen zu etablieren, um die Unterstützung der Angehörigen in Zukunft verbessern zu können (38, 39).

Diese Dissertationsarbeit reiht sich in die Studienreihe ein und soll durch den qualitativen Aufbau einen tieferen Einblick in die Meinung von HausärztInnen geben.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

2.6. Ziele der Studie

Angesichts der Forschungslücken, die das Thema nach wie vor aufweist, soll im Zuge dieser explorativen Dissertationsarbeit untersucht werden:

- a) welche Einstellungen und Standpunkte hausärztliche Primärversorger mit Blick auf pflegende Angehörige vertreten,
- b) wie ausgeprägt ihre Unterstützungs- und Beratungstätigkeit bzw. -bereitschaft im Praxisalltag ist,
- c) welche Erfahrungen sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen machen und welche Herausforderungen sie erleben,
- d) welche Kenntnisse sie in Bezug auf Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige haben und inwiefern sie – z.B. durch gezielte Verweise – davon Gebrauch machen,
- e) welche Maßnahmen zur Verbesserung der primärärztlichen Unterstützung pflegender Angehöriger ergriffen werden sollten.

Aus den Ergebnissen der Befragung sollen Rückschlüsse auf die derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation pflegender Angehöriger in hausärztlichen Praxen gezogen werden.

Insbesondere soll geprüft werden, inwieweit die DEGAM-Leitlinien jetzt schon Anwendung in der Praxis finden und ob es möglicherweise andere Ansätze zur künftigen Verbesserung des Umgangs mit pflegenden Angehörigen seitens der hausärztlichen Praxis gibt, damit in Zukunft möglichst wenige kritische Versorgungssituationen im häuslichen Pflegebereich auftreten.

3. Material und Methoden

3.1. Erkenntnisinteresse und Studiendesign

Die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis gehört zu den verbreiteten Aufgaben von AllgemeinmedizinerInnen. Mit Blick auf die Bedeutung der Thematik, die insbesondere durch die demographische Entwicklung in den nächsten Jahren zunehmen wird, und die bestehenden

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Forschungslücken, wird das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit deutlich. Auf Grundlage der vorausgegangenen Studien zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen von Wangler und Jansky durch das Institut für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz (15, 41) entwickelte die Verfasserin einen Ansatz, das Thema weiter zu untersuchen und HausärztInnen zu ihren Erfahrungen und Einstellungen in Bezug auf pflegende Angehörige zu befragen.

Um dem oben angesprochenen Erkenntnisinteresse Rechnung zu tragen, wurden zwischen Februar und August 2021 20 HausärztInnen in Rheinland-Pfalz, Hessen und Nordrhein-Westfalen zu ihren Einstellungen und Erwartungen im Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis befragt.

Im Kontext der Studienvorbereitung stellte sich die Frage, welches Studiendesign für die Erforschung der Thematik von Vorteil sein könnte. Das Studiendesign bildet das Fundament für die wissenschaftliche Untersuchung und kann die Güte und die Zuverlässigkeit maßgeblich beeinflussen.

Ein exploratives Studiendesign eignet sich, um die Thematik unvoreingenommen zu untersuchen, tiefgründiger aufzuarbeiten und neues Wissen auf dem Forschungsgebiet der hausärztlichen Versorgung gewinnen zu können. Die Konzeption der Arbeit stützt sich auf einen qualitativen Ansatz mittels halbstandardisierter, leitfadengestützter Experteninterviews. Das Experteninterview ermöglicht es, praxisnahe Erkenntnisse zu gewinnen, die über die Literatur und die Theorie hinausgehen (1, 42-44). Diese methodische Vorgehensweise eignet sich besonders, um bei vorgegebener Struktur durch einen Leitfaden, Fragen offen zu diskutieren und Raum für Anregungen und eigene Vorstellungen der Befragten zu schaffen (43). Halbstandardisierte Interviews erlauben es, den Gesprächsverlauf flexibel anzupassen und individuell auf die Antworten der InterviewteilnehmerInnen einzugehen (42, 43). Die Dynamik des qualitativen Interviews kann dazu führen, neue Ansichten und Perspektiven für weitere Forschungsvorhaben zu gewinnen (1, 44).

Folglich eignet sich die Methodik, um die Einstellungen und Standpunkte von HausärztInnen mit Blick auf pflegende Angehörige zu untersuchen, Erfahrungen und erlebte Herausforderungen im Umgang mit Pflegepersonen zu erfragen, sowie Kenntnisse von HausärztInnen in Bezug auf Hilfs- und Unterstützungsangebote zu gewinnen und Optimierungspotenziale bzw. -ansätze zu generieren.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Im Anschluss an die Überlegungen zum Studiendesign wurden die zuvor genannten Forschungsfragen entwickelt, die die Grundlage für den Interviewleitfaden bildeten.

Im Rahmen einer Einzelfallanalyse wurde ein Untersuchungsplan aufgestellt, um die Komplexität der hausärztlichen Erfahrungen im Umgang mit pflegenden Angehörigen herauszuarbeiten. Ein differenziertes Sample von HausärztInnen, das im Rahmen des Kapitels „Rekrutierung“ genauer beschrieben wird, bildet die Grundlage für diese Arbeit. Dabei sollten zunächst aufgrund der geographischen Nähe HausärztInnen in Rheinland-Pfalz befragt werden. Im Rahmen der Coronapandemie gestaltete sich die Rekrutierung aufwendiger als angenommen, sodass die Befragungen auf AllgemeinmedizinerInnen in Hessen und Nordrhein-Westfalen ausgeweitet werden mussten. Um die soziodemographischen Daten der InterviewteilnehmerInnen systematisch zu erheben, wurde ein Kurzfragebogen entwickelt. Dieser wurde den Befragten im Anschluss an das Interview zum Ausfüllen ausgehändigt. Folgende Daten wurden auf dem Kurzfragebogen erhoben: Name, Alter, Praxisform, Weiterbildungsgebiete, Zeitraum als praktizierendeR HausärztInnen. Ein weiterer Bestandteil des Kurzfragebogens waren Fragen zur Schulungsbereitschaft und zu potenziellen Schulungsthemen im Umgang mit pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen.

Die Befragungen wurden zunächst elektronisch aufgezeichnet und im Anschluss daran transkribiert. Nach sorgfältiger Abwägung von Vor- und Nachteilen verschiedener Analyseverfahren wurde für die Auswertung des Interviews die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring genutzt. Diese ist ein in der Sozialforschung etabliertes Verfahren zur Analyse von qualitativen Inhalten in größeren Datenmengen und wird im Kapitel 3.3. weiter erläutert. Vorteile der Inhaltsanalyse nach Mayring liegen in der Möglichkeit, das Material strukturiert und regelgeleitet zu analysieren (42-44). Auf der anderen Seite bietet die Methode eine Flexibilität, die sich durch induktive und deduktive Vorgehensweisen ergibt. Diese Flexibilität sorgt dafür, dass Kategorien sowohl vor Durchführung der Befragungen gebildet als auch aus dem Material heraus erstellt werden können (1, 42).

Der Kurzfragebogen wurde quantitativ ausgewertet und analysiert.

3.2. Erstellung des Befragungsinstruments

Der Leitfaden als zentraler Bestandteil der Befragung wurde im Rahmen eines mehrstufigen Prozesses entwickelt. Auf Grundlage der zentralen Forschungsfragen wurden Themengebiete ausgearbeitet und offene Fragen gebildet. Die Konzeption des Fragebogens orientierte sich an den Ergebnissen aus vorangegangenen Studien, die im Kapitel 2.5. teilweise beschrieben wurden, insbesondere an den Resultaten der Online-Befragung von pflegenden Angehörigen, die durch Wangler und Jansky im Jahr 2019 durchgeführt wurde (15).

Von besonderem inhaltlichem Interesse waren die Erfahrungen und Erwartungen im Umgang mit pflegenden Angehörigen und die Einschätzung der Wünsche und Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen seitens der HausärztInnen. Einen zentralen Aspekt der Befragung sollten Herausforderungen- und Schwierigkeiten im Umgang mit den pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis bilden. Außerdem sollten Kenntnisse von HausärztInnen in Bezug auf Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige abgefragt und mögliche Verbesserungsvorschläge- und Wünsche für die Zukunft thematisiert werden. Dabei sollte beleuchtet werden, inwieweit HausärztInnen eine Vermittlungsposition zwischen informellen Pflegepersonen und externen Hilfsangeboten einnehmen. Insbesondere der Einbezug des Personals, die Rolle von Hausbesuchen, die Nutzung von Leitlinien- und anderen Hilfsmitteln sowie mögliche Schulungsangebote für HausärztInnen sollten weitere Schwerpunkte der Befragung bilden.

Der Leitfaden wurde anhand von drei Probeinterviews getestet, um die Validität und Aussagekraft zu überprüfen. Potenzielle Schwächen der Fragestellungen konnten auf diese Weise vor Beginn der Studie erkannt werden. Es folgte eine Überarbeitung des Befragungsinstruments nach dem SPSS-Schema nach Helferrich (2016) (45). SPSS steht für „Sammeln“, „Prüfen“, „Summieren“, „Subsummieren“ und eignet sich für die Erstellung und Überprüfung von Befragungsinstrumenten. Dazu erfolgt zunächst die Sammlung von offenen Fragen, die im nächsten Schritt im Hinblick auf ihre Eignung geprüft werden. Die übrigen Fragen werden sortiert und im letzten Schritt anderen Fragen untergeordnet (45).

Anschließend wurde ein standardisierter Kurzfragebogen entworfen, der inhaltlich an das Interview anknüpft. Neben dem Datenprofil der InterviewpartnerInnen wurde im

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Anschluss an das Interview die Bereitschaft für Fortbildungen im Bereich der
Betreuung pflegender Angehöriger erfragt.

3.3. Qualitative Inhaltsanalyse

Zur Auswertung von textbasiertem Material bieten sich verschiedene Möglichkeiten. Nach sorgfältiger Abwägung wurde zur Analyse der vorliegenden Daten die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring gewählt. Diese ist ein in der empirischen Sozialforschung etabliertes Verfahren zur Analyse von qualitativen Inhalten in größeren Datenmengen (1, 42-44). Sie eignet sich, um ein strukturiertes, regelgeleitetes Vorgehen einzuhalten und neue Erkenntnisse im Bereich der hausärztlichen Versorgung von pflegenden Angehörigen zu erlangen. Auf der anderen Seite bietet die Methode eine Flexibilität, die sich durch induktive und deduktive Vorgehensweisen ergibt (42-44). Ein Teil der Kategorien kann bereits im Vorfeld der Interviewdurchführung gebildet werden, indem deduktiv anhand der Forschungsfragen und anhand von Schlüsselbegriffen theoriegeleitet Kategorien gebildet werden. Bei der induktiven Kategorienbildung werden die Kategorien, insbesondere die Unterkategorien aus dem vorliegenden Datenmaterial gebildet (1).

Die zentralen Ziele der qualitativen Inhaltsanalyse werden von Mayring wie folgt beschrieben (1) (S.13):

- Kommunikation analysieren
- Fixierte Kommunikation analysieren
- Systematisches Vorgehen
- Regelgeleitetes Vorgehen
- Theoriegeleitetes Vorgehen
- Rückschlüsse auf wichtige Aspekte der Kommunikation ziehen

Mayring empfiehlt bei der Auswertung des Datenmaterials folgendes Vorgehen:

1. Festlegung des Materials: Das vorliegende Material, das für die Analyse genutzt werden soll, muss klar definiert werden. Der Stichprobenumfang muss anhand von Überlegungen zur Repräsentativität und Ökonomie bestimmt werden.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

2. Analyse der Entstehungssituation: Es ist wichtig, den Kontext, in dem das Datenmaterial entsteht, zu verstehen, um potenzielle Beeinflussung der InterviewpartnerInnen zu erkennen und zu minimieren.

Es soll überprüft werden, wer VerfasserIn der Interviews ist und welchen emotionalen, kognitiven und Handlungshintergrund der Verfasser oder die Verfasserin hat.

Die Zielgruppe, die durch das Datenmaterial erfasst wird und ihr soziokultureller Hintergrund spielt eine besondere Rolle.

Von besonderer Relevanz ist die konkrete Entstehungssituation des textbasierten Materials.

3. Formale Charakteristika des Materials: Untersuchung der formalen Aspekte des transkribierten Datenmaterials. Dabei erfolgt die Transkription nach zuvor festgelegten Protokollierungsregeln, um deutlich zu machen inwieweit der Text getreu übernommen oder verändert wurde.

Nach der Sammlung des Materials erfolgt die Materialsichtung. Dabei werden relevante Textstellen in einem ersten Durchgang markiert. Zunächst wird die Richtung der Analyse bestimmt. Dafür kann die Lasswell'sche Formel hinzugezogen werden: „Wer sagt was, zu wem, mit welchen Mitteln und mit welcher Wirkung? Ein allgemeines Modell zur Festlegung der Analyserichtung bietet das Kommunikationsmodell nach Lagerberg (1975) (vgl. Kapitel 3.8.1.). Nachdem die Richtung der Analyse festgelegt wurde, wird das Material anhand eines allgemeinen inhaltlichen Ablaufmodells von Mayring bearbeitet und analysiert. Dafür werden Regeln für die Analysetechnik festgelegt, um die Präzision der Auswertung zu erhöhen:

Kodiereinheit	Kontexteinheit	Auswertungseinheit
Die Kodiereinheit legt die kleinste Texteinheit fest, die in die Analyse miteinbezogen werden darf.	Die Kontexteinheit legt die größte Texteinheit fest, die unter eine Kategorie fallen kann.	Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textbestandteile nacheinander ausgewertet werden sollen.

Die Analysetechniken werden im Kapitel 3.8. genauer erläutert.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

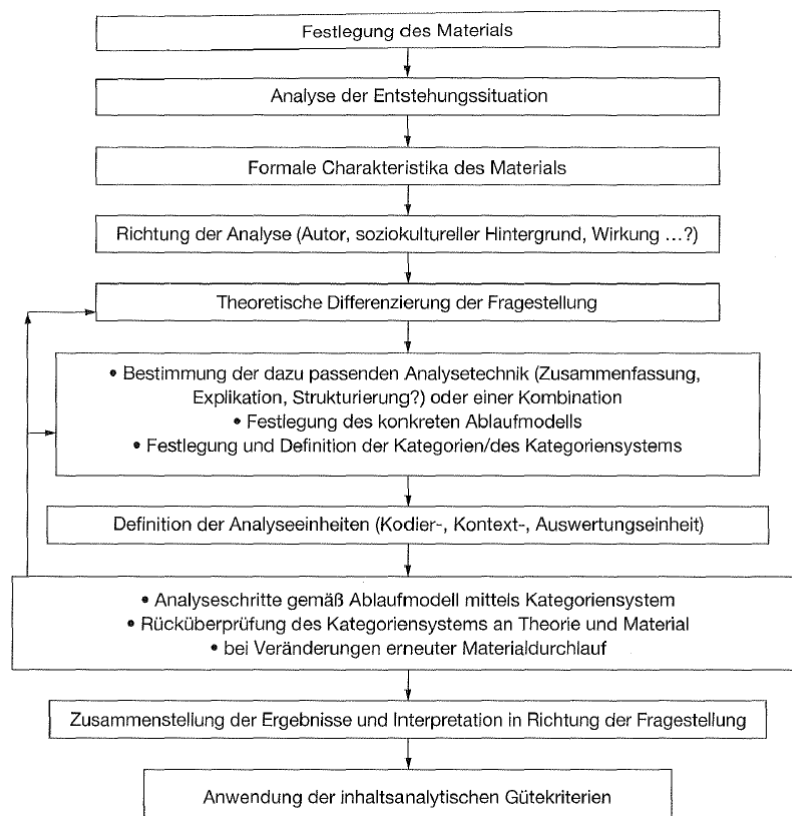


Abb. 8: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell

Abbildung 6: Allgemeines Ablaufmodell zur Inhaltsanalyse von Mayring (1) (S.62)

Das Ablaufmodell zur Inhaltsanalyse kann zirkulär angewandt werden und beginnt mit der theoretischen Differenzierung der Fragestellung. Es folgt die Bestimmung einer passenden Analysetechnik und die Festlegung eines Ablaufmodells sowie eines Systems zur Kategorienbildung, in dem die Analyseeinheiten definiert werden. Die Textstellen werden anhand des Ablaufmodells analysiert und den Kategorien zugeordnet. Die ständige Rücküberprüfung des Kategoriensystems ermöglicht eine nachträgliche Anpassung der Kategorien. Jeder Schritt kann jederzeit von vorne begonnen werden. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring zeichnet sich also durch ein hohes Maß an Flexibilität aus (1).

Die Kategorienbildung erfolgt nach Mayring in mehreren Schritten, die bei Bedarf wiederholt und angepasst werden können. Das Modell zur Kategorienbildung wird im Kapitel 3.8.3. genauer beschrieben.

Anschließend werden die Ergebnisse zusammenfasst und interpretiert und Gütekriterien hinzugezogen.

3.4. Rekrutierung

Die Rekrutierung der InterviewpartnerInnen erfolgte anhand verschiedener soziodemographischer Daten, die die Breite der Hausärzteschaft abbilden sollte. Es wurden HausärztInnen aus Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Hessen eingeschlossen. Zunächst wurde ein differenziertes Sample aufgestellt: 3-4 der befragten HausärztInnen sollten einem Pool von Lehrbeauftragten des Zentrums für Allgemeinmedizin und Geriatrie entstammen. Diese wurden anhand des Praxisstandortes, des Geschlechts und der Weiterbildungsgebiete ausgewählt und kontaktiert. Die anderen HausärztInnen sollten keinen Kontakt zur universitären Lehre haben, um die reale Situation in der Landschaft der AllgemeinmedizinerInnen besser abbilden zu können. Weitere HausärztInnen wurden durch das Arztregister der KBV in die Befragung integriert. Die Rekrutierung erfolgte ebenfalls anhand des Praxisstandorts, des Geschlechts, der Praxisform und der Weiterbildungsgebiete.

Es wurden insgesamt 50 HausärztInnen angeschrieben, von denen sich 20 zurückmeldeten und Interesse an der Teilnahme der Befragung zeigten. Die Teilnahmebereitschaft lag somit bei 40%.

Neben einer gleichmäßigen Aufteilung der Geschlechter (9 Frauen, 11 Männer) wurde darauf geachtet, sowohl ländlich gelegene (10-12 Praxen) als auch innerstädtische Hausarztpraxen (8 Praxen) in das Portfolio einzuschließen. Ein weiterer Aspekt, der bei der Rekrutierung der InterviewpartnerInnen Beachtung fand, ist die Praxisform: Insgesamt wurden 9 Einzelpraxen, 9 Gemeinschaftspraxen sowie jeweils ein MVZ und eine Berufsausübungsgemeinschaft in die Befragung eingeschlossen. Dabei reichte die Anzahl der (angestellten) ÄrztInnen von 1 bis 6 pro Praxis. Im Hinblick auf die Weiterbildungsgebiete der teilnehmenden HausärztInnen wurde auf ein heterogenes Bild geachtet.

Der erste Kontakt wurde telefonisch über die Anmeldung der jeweiligen Praxis hergestellt. Im Anschluss daran kam es nach Absprache mit den MFA in einigen Fällen zu einer weiteren Kontaktaufnahme mittels E-Mail. HausärztInnen, die nicht in der Lage waren, an der Befragung teilzunehmen, wurden aus der Rekrutierungsdatei gelöscht. Stattdessen wurden anhand ähnlicher Kriterien neue potenzielle InterviewpartnerInnen aus dem Arztregister herausgefiltert und in die Datei übernommen. Der Ausschluss von ÄrztInnen von der Befragung erfolgte vor allem aufgrund von zeitlichen und organisatorischen Engpässen, die sich durch die

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting Belastung in der Corona-Krise ergaben. Andere Praxen waren nicht erreichbar oder meldeten sich nach wiederholter Kontaktaufnahme nicht zurück.

Im Rahmen der Studie wurden insgesamt 20 HausärztInnen aus Rheinland-Pfalz, Hessen und Nordrhein-Westfalen mittels eines qualitativen, leitfadengestützten Experteninterviews befragt.

3.5. Durchführung

Die Befragung wurde leitfadengestützt durchgeführt. Alle TeilnehmerInnen wurden vorher mittels Handouts inhaltlich auf die Thematik vorbereitet. Über die datenschutzrechtlichen Hintergründe wurden die Befragten im Voraus informiert und aufgeklärt. Eine schriftliche Einwilligung lag in jedem Fall vor. Wegen der bestehenden Kontaktbeschränkungen im Rahmen der Coronapandemie wurden nicht alle Gespräche persönlich durchgeführt. Eine telefonische Befragung wurde ebenso angeboten. 5 Interviews wurden in den Praxen der Befragten durchgeführt, 15 Befragungen wurden telefonisch geführt. 3 TeilnehmerInnen gaben an, sich während der Befragung in ihrer häuslichen Umgebung befunden zu haben, die übrigen Interviews wurden im Praxissetting geführt. In allen Fällen wurde auf eine ruhige Interviewatmosphäre geachtet, um den Redefluss möglichst wenig zu stören. Bereits zuvor beantwortete Fragen wurden aufgrund des besseren Redeflusses gestrichen oder übersprungen.

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen Februar 2021 und August 2021 mit HausärztInnen aus Rheinland-Pfalz, Hessen und Nordrhein-Westfalen durchgeführt.

Alle Interviews wurden mittels Smartphone Diktierfunktion als Audiodatei im m4a Format aufgenommen. Aus technischen Gründen wurden die Interviews B und F in zwei Teilen aufgenommen und im Anschluss als B1/B2 und F1/F2 benannt.

Im Anschluss an das Interview wurden die Befragten darum gebeten, den Kurzfragebogen mit persönlichen Eckdaten zu den ÄrztInnen, deren Weiterbildungsgebieten und ihren Praxen auszufüllen sowie eine Frage zu möglichen Schulungsthemen auf Basis einer Likert-Skala im Umgang mit pflegenden Angehörigen zu beantworten. Der Rücklauf der Kurzfragebögen betrug somit 100%.

3.6. Dauer

Die Dauer der Interviews hing im Wesentlichen von den Weiterbildungsgebieten der Befragten sowie dem Kenntnisstand, der Erfahrung, der Antwortmotivation und den zeitlichen Ressourcen der HausärztInnen ab. HausärztInnen, die aufgrund fachlicher Spezialisierungen seltener mit pflegenden Angehörigen Kontakt hatten, konnten weniger ausführliche Antworten geben als AllgemeinmedizinerInnen, die die Fachweiterbildung Geriatrie hatten. Eine langjährige Berufserfahrung kann dazu führen, dass Fragen zum Kenntnisstand und Erfahrungen im Umgang mit pflegenden Angehörigen fundierter betrachtet werden können als bei ÄrztInnen, die noch nicht lange in der Praxis tätig sind. Die Gesprächsdauer lag im Durchschnitt bei 26 Minuten und 42 Sekunden. Das kürzeste Interview dauerte 15 Minuten und 32 Sekunden, das längste lag bei 46 Minuten und 13 Sekunden.

Interviewnummer	Interviewbenennung	Dauer
1	A	29:16
2	B	17:39
3	C	32:12
4	D	25:52
5	E	17:52
6	F	34:01
7	G	28:25
8	H	29:28
9	I	27:05
10	J	23:13
11	K	21:16
12	L	19:40
13	M	24:17
14	N	46:13
15	O	45:03
16	P	24:41
17	Q	22:45
18	R	21:40
19	S	27:44
20	T	15:32

Tabelle 1: Dauer der Interviews A-T in Minuten und Sekunden

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

3.7. Transkription

Das gesamte Interview wurde zunächst elektronisch aufgezeichnet und pseudonymisiert (Interview A, B, C, ...-T) transkribiert. Die Transkription erfolgte naiv und wörtlich. Auf die lautsprachliche Transkription von Füllwörtern oder Dialektworten wurde verzichtet, stattdessen wurden diese eingedeutscht. Es erfolgte eine sinngemäße Interpunktion. Pausen sowie nonverbale Aussagen wurden nicht transkribiert, weil nonverbale Aussagen am Telefon nicht bewertet werden können. Unverständliche Passagen wurden im Fließtext kenntlich gemacht und nachträglich gestrichen. Passagen der Interviewautorin wurden mit dem Buchstaben I, Passagen mit Antworten der befragten TeilnehmerInnen mit dem Buchstaben B gekennzeichnet.

Aussagen, die einen Rückschluss auf die befragte Person zulassen könnten, wurden aus Gründen des Datenschutzes gestrichen. Eine Einwilligungserklärung mit datenschutzrechtlichen Hinweisen wurde den TeilnehmerInnen vor dem Gespräch ausgehändigt. Eine schriftliche Einwilligung lag in jedem Fall vor. Die Transkription und die Auswertung erfolgten mithilfe des Programms MAXQDA Analytics Pro 2020 (infolge MAXQDA).

3.8. Analyse

3.8.1. Richtung der Analyse

Es erfolgte eine explorative Befragung der HausärztInnen. Wie im Kapitel 3.3. beschrieben, kann zur Festlegung der Richtung der Analyse das Kommunikationsmodell nach Lagerberg hinzugezogen werden. Mayring empfiehlt, vor der Analyse festzulegen, ob beispielsweise etwas über den Gegenstand der Befragung herausgefunden werden, ob Informationen über den Kommunikator gesammelt werden oder ob die Reaktionen einer Zielgruppe untersucht werden sollen.

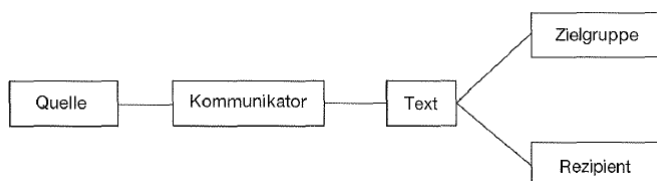


Abbildung 7: Einfaches inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell nach Lagerberg (1975) (1) (S.58)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Im Rahmen dieser Arbeit sollten die Einstellungen, Erfahrungen und Sichtweisen der befragten HausärztInnen in Bezug auf die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen in der hausärztlichen Praxis untersucht werden.

3.8.2. Festlegung der Analysetechnik

Für die Auswertung wurde die inhaltliche Zusammenfassung im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt, die im Kapitel 3.3. ausführlicher beschrieben wird. Ziel der inhaltlichen Zusammenfassung ist, das Textmaterial auf ein wesentliches zu reduzieren, sodass der Inhalt übersichtlich dargestellt werden kann. Dadurch kann ein Vergleich verschiedener Aussagen möglich gemacht werden. Die Inhalte werden zusammengefasst und strukturiert auf eine höhere Abstraktionsebene gestellt. Dadurch können die zentralen Aussagen des Textes übersichtlich dargestellt werden.

3.8.3. Ablauf der Analyse

Die qualitative Inhaltsanalyse eignet sich für eine strukturierte und systematische Textbearbeitung- und Auswertung im Rahmen einer wissenschaftlichen Fragestellung. Die Methode nach Mayring wird vor allem in der Sozialforschung eingesetzt (1).

Dazu wird das erhobene Datenmaterial systematisch und strukturiert vidiert und mithilfe eines Kategoriensystems schrittweise ausgewertet.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
 Als Vorbereitung wurden die transkribierten Gespräche zusammengefasst und auf die wesentlichen Inhalte reduziert, um das Grundmaterial überblicken zu können. Dafür wurde das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring genutzt, wobei die Schritte 2-5 zusammengefasst werden können.

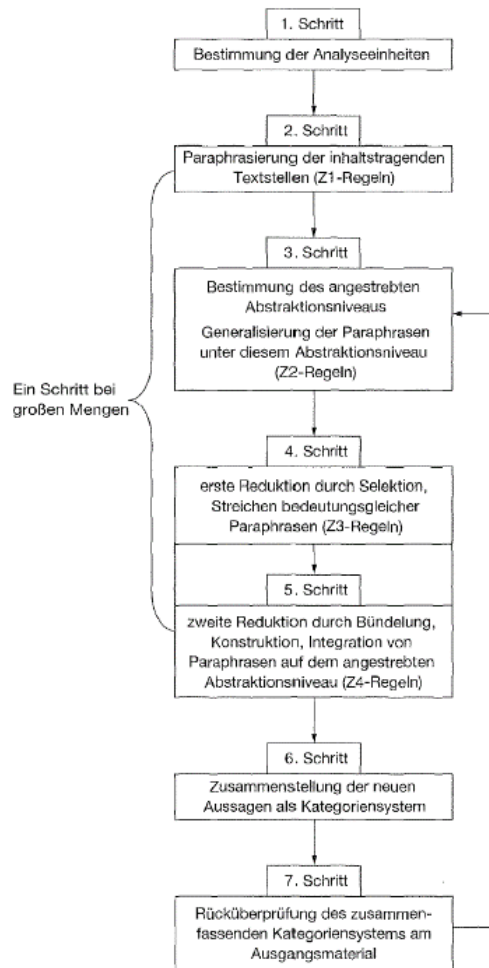


Abbildung 8: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (1) (S.70)

1. Bestimmung der Analyseeinheiten

(Vgl. Kapitel 3.3.) Festlegung der Kodiereinheit, der Kontexteinheit und der Auswertungseinheit

Anhand von Ankerbeispielen wurden in einer Exceltabelle Kodierregeln im Umgang mit den transkribierten Interviews festgelegt. Auf diese Weise wird die Kategorie definiert. Im Folgenden wird exemplarisch eine Oberkategorie (OK) mit Benennung, Definition, entsprechendem Ankerbeispiel und Kodierregel gezeigt. Eine angelegte Exceldatei gibt eine Übersicht über vorhandene Ober- und Unterkategorien mit entsprechenden Textpassagen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Nummerierung	Kategoriename	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
OK 7	Kritische Versorgungssituationen und Überforderung	Belastung und Überforderung der pflegenden Angehörigen, die zu einer kritischen Versorgungssituation der/des Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld führen können.	"Dass sie sich da einfach alleine fühlen und keine Unterstützung, zum Teil erst lange warten bis sie sich Unterstützung holen, so nach dem Motto: Das machen wir hier unter uns. Und dann ist manchmal schon das Kind in den Brunnen gefallen. Aber manchmal gibt es auch keine Unterstützung. Also ich habe auch schon Situationen gehabt, da war kein Pflegedienst zu finden und ich bin nach Hause gefahren und habe selbst die Palliativpatienten gelagert und gepflegt, weil es keinen Pflegedienst gab. Es ist wirklich ein Mangel." (Interview C, Z.68)	Mindestens ein Sinnabschnitt, der die Überlastung der pflegenden Angehörigen im Umgang mit dem Pflegebedürftigen oder eine kritische Versorgungssituation im häuslichen Umfeld beschreibt.

Abbildung 9: Beispiel für die Bildung einer Oberkategorie mit Benennung, Definition, Ankerbeispiel und Kodierregel

2. Paraphrasierung

Die Kodiereinheiten werden auf die wesentlichen Inhalte reduziert und paraphrasiert. Für den Inhalt unwichtige Passagen werden gekürzt. Bsp.: „Im Moment kann ich auch das nicht, weil mir fehlt echt die Zeit muss ich sagen.“ (Interview C, Z..39) wird zu „Zeitmangel“ im Rahmen organisatorischer und verwaltungstechnischer Herausforderungen.

3. Bestimmung des Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Paraphrasen

Paraphrasen werden gekürzt und zusammengefasst. Bsp.: „Also wie gesagt diese Pflegeassistenz ist mir jetzt neu untergekommen, ansonsten Pflegedienste, Tagesbetreuung für PatientInnen, wo die Angehörigen dann entlastet werden.“ (Interview C, Z.49) wird zu Paraphrasen „Sozialdienst/ Pflegedienst“ und „Tagespflege/- Betreuung“ wird zu „Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen“ für pflegende Angehörige.

4. Reduktion durch Selektion und Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen

Inhaltlich gleiche Paraphrasen können gestrichen werden.

5. Zweite Reduktion, Bündelung, Konstruktion und Integration der Paraphrasen

Weitere Bündelung der Paraphrasen und zweite Reduktion.

6. Zusammenstellung der Aussagen in einem Kategoriensystem (induktives Vorgehen)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
 Bildung eines Kategoriensystems anhand der Codes und Subcodes. Alle Paraphrasen des ersten Durchgangs müssen im Kategoriensystem vorhanden sein.

Die transkribierten Texte wurden in eine weitere Exceltabelle überführt, dort paraphrasiert und generalisiert. Anschließend wurden Paraphrasen mit gleicher Bedeutung zusammengefasst und die Paraphrasenzahl damit in mehreren Schritten reduziert. Die generalisierten Aussagen bilden eine Unterkategorie (UK), die als Subcode einem Code in MAXQDA untergeordnet und damit einer zuvor festgelegten Oberkategorie (siehe Beispiel) zugeordnet werden (1) (S.70ff).

7. Überprüfung des Kategoriensystems anhand des Ausgangsmaterials

Die Rücküberprüfung des Kategoriensystems erfolgt anhand des vorliegenden Ausgangsmaterials. Damit ist der erste Durchlauf abgeschlossen. Das Verfahren kann jederzeit von vorne begonnen werden.

Interview	Zeile	Originaltext	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion/Code
G	30	Ja, also das Entscheidende ist im Prinzip, dass man wirklich Fragen, die aufkommen, zeitnah aufnimmt, dass man sich damit beschäftigen kann, das ist eine ganz wichtige Geschichte, weil eines ist auch klar: Die pflegenden Angehörigen sind meistens eben nicht in der Hauptfunktion pflegende Angehörige sondern das ist ein Nebenjob, den die machen, in dem die unterstützen und machen und diesbezüglich auch von den zeitlichen Kapazitäten eingeschränkt sind und da ist es schon relativ wichtig, dass man denen auch einen Rahmen schafft, einen Zeitrahmen schafft, wo die ihre Probleme mit "den Experten" erörtern können und denen weitergeholfen werden kann.	Es ist wichtig, die aufkommenden Fragen zeitnah aufzunehmen. Es ist klar, dass die Angehörigen die Pflege als Nebenjob übernehmen und da ist es wichtig, einen zeitlichen Rahmen zu schaffen, um die Probleme mit einem Experten erörtern und lösen zu können.	Kommunikation als Grundbasis	OK 5: Unterstützung der pflegenden Angehörigen, UK 3: Kommunikation als Grundbasis

Abbildung 10: Beispiel einer Textpassage des Originaltextes mit Überführung in Paraphrase, Generalisierung und Reduktion zu einem Subcode

3.8.3.1. Kategoriensystem

Das Kategoriensystem wurde deduktiv anhand der Schwerpunkte des Leitfadens entwickelt und im Zuge der Auswertung angepasst und modifiziert. Im Mittelpunkt stand dabei, die Einstellungen und Erfahrungen im Umgang mit pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen logisch zu kategorisieren.

Die Unterkategorien wurden anhand einer systematischen inhaltlichen Zusammenfassung gebildet. Diese Art der Kategorienbildung wird von Mayring als induktive Kategorienbildung bezeichnet (1). Kapitel 4.2.1. zeigt einen Überblick über das Kategoriensystem, das im Zuge dieser Arbeit entstanden ist.

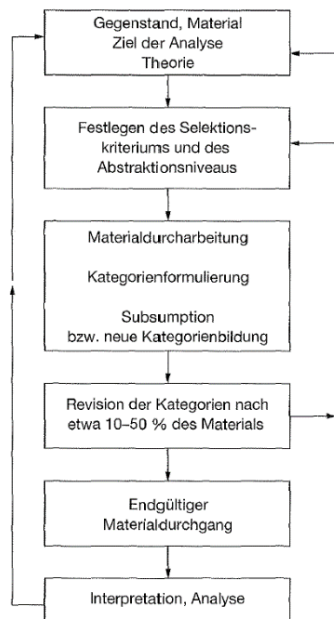


Abbildung 5: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (1) (S.86)

3.9. Auswertung des Kurzfragebogens

Zunächst wurde der obere Teil des standardisierten Kurzfragebogens, der sich mit den persönlichen Daten der TeilnehmerInnen beschäftigt, ausgewertet. Dazu wurden die Ergebnisse in Form von Diagrammen einer Tabelle zusammengestellt (siehe Tabelle Überblick des Samples, Kapitel 4.1.). Die Auswertung in Bezug auf die Schulungsbereitschaft und mögliche Schulungsthemen erfolgte mithilfe von Diagrammen, die die wesentlichen Merkmale zusammenfassen. Die Ergebnisse wurden mittels deskriptiver Statistik erhoben und in Bezug auf mögliche Schulungsthemen für die Zukunft untersucht. Die Auswertung erfolgte quantitativ. Die Ergebnisse werden im Kapitel 4.3. dargestellt.

4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel wird zunächst ein Überblick über das Sample der befragten HausärztInnen gegeben. Anschließend werden die Ergebnisse aus den geführten Experteninterviews und des Kurzfragebogens wiedergegeben. Die Interviewergebnisse werden in Anlehnung an das Kategoriensystem wiedergegeben. Die in den Interviewziten genannte männliche Form bezieht sich zugleich auf weibliche, männliche und diverse Personen. Zugunsten eines besseren Redeflusses wurde auf eine Mehrfachnennung verzichtet.

4.1. Überblick des Samples

Dieses Kapitel gibt eine Übersicht über die soziodemographischen Daten der InterviewteilnehmerInnen. Diese wurden anhand der abgefragten Merkmale kategorisiert und in den folgenden Tabellen zusammengefasst.

Merkmal	Antwort	Anzahl der Antworten
Geschlecht	- Männlich	12
	- Weiblich	8
Bundesland	- Rheinland-Pfalz	11
	- Nordrhein-Westfalen	6
	- Hessen	3
Alter	- ≤ 45 Jahre	6
	- 46-54 Jahre	7
	- ≥ 55 Jahre	7
Fachrichtung	- Allgemeinmedizin: 13	13
	- Innere und Allgemeinmedizin	5
	- Innere Medizin	2

Tabelle 1: Profil der befragten HausärztInnen nach Geschlecht, Bundesland, Alter, Fachrichtung,

Es folgt eine Tabelle zu den Merkmalen Weiterbildungsgebiete, Praxisform, Anzahl der ÄrztInnen, die in der Praxis tätig sind und zu den durchschnittlichen Berufsjahren der Befragten.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Merkmal	Antwort	Anzahl der Antworten
Weiterbildungsgebiete	<ul style="list-style-type: none"> - Geriatrie - Notfallmedizin - Tropenmedizin - Manuelle Medizin/ Chirotherapie - Diabetologie - Sportmedizin - Akupunktur - Betriebsmedizin - Homöopathie - Naturheilverfahren - Schmerztherapie - Allergologie - Ernährungsmedizin - Psychotherapie - Psychosomatische Grundversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> 9 6 5 3 2 2 2 2 1 1 1 1 1 1 1
Praxisform	<ul style="list-style-type: none"> - Gemeinschaftspraxis - Einzelpraxis - MVZ - Berufsausübungsgemeinschaft 	<ul style="list-style-type: none"> 9 9 1 1
Anzahl der ÄrztInnen in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> - 2 ÄrztInnen - 1 ÄrztIn - 3 ÄrztInnen - 4 ÄrztInnen - fehlende Angabe 	<ul style="list-style-type: none"> 8 6 1 4 1
Berufsjahre	<ul style="list-style-type: none"> - Arithmetisches Mittel: 15, 2 Jahre - Median: 15,5 Jahre 	20

Tabelle 2: Profil der befragten HausärztInnen nach Weiterbildungsgebieten, Praxisform, Anzahl der in der Praxis tätigen ÄrztInnen, Berufsjahren

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

4.2. Ergebnisse des qualitativen Interviews

Um die Ergebnisse übersichtlich darzustellen, wurde eine tabellarische Übersicht über die Oberkategorien angefertigt, die sich aus der Auswertung der Interviews ergeben.

4.2.1. Überblick über die Oberkategorien

Oberkategorien
1. Versorgung pflegender Angehöriger
1.1. Kontakt zu pflegenden Angehörigen
1.2. Kontakt zu pflegenden Angehörigen innerhalb eines Pflegefalls
1.3. Kontaktfrequenz im Verlauf der letzten Jahre
1.4. Krankheitsbilder
1.5. Verhältnis
1.6. Kontaktsuche zwischen Angehörigen und HausärztInnen
1.7. Geschlechterverteilung unter den pflegenden Angehörigen
2. Chancen und Stabilisierung
3. Bedürfnisse, Erwartungen, Wünsche von pflegenden Angehörigen
4. Herausforderungen und Schwierigkeiten
4.1. Finanzielle/ zeitliche Aspekte
4.2. Organisatorische/verwaltungstechnische Probleme
5. Unterstützung von pflegenden Angehörigen
5.1. Hilfs- und Unterstützungsangebote
6. Rolle der Hausbesuche
7. Kritische Versorgungssituationen und Überforderung
8. Einbezug des Praxispersonals
9. Leitlinien, Praxisempfehlungen und andere Hilfsmittel für HausärztInnen
10. Verbesserungswünsche und Schulungsbedarf
11. COVID-19-Pandemie
12. Unterschiede zwischen Stadt und Land
13. Aufgaben von pflegenden Angehörigen

Tabelle 3: Übersicht über die Oberkategorien

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt narrativ und wird anhand des Kategoriensystems mit Ankerbeispielen aus den geführten Interviews belegt. Einfügungen und Auslassungen werden durch eckige Klammern kenntlich gemacht.

4.2.1: 1. Versorgung pflegender Angehöriger

Oberkategorie	Unterkategorie
1. Versorgung pflegender Angehöriger	
1.1. Kontakt zu pflegenden Angehörigen	1. selten
	2. täglich
	3. regelmäßig

Tabelle 4: Versorgung pflegender Angehöriger und Kontakt zu pflegenden Angehörigen: Ober- und Unterkategorien

1.1. Kontakt zu pflegenden Angehörigen

Der Großteil der interviewten HausärztInnen gab an, täglich Kontakt zu pflegenden Angehörigen zu haben. (OK 1.1. UK 2)

„Also ich würde sagen täglich. Täglich bis also mindestens drei Mal wöchentlich.“ (Interview H, Z.2)

Andere bezeichneten den Kontakt als häufig oder regelmäßig. (OK 1.1. UK 3)

„Einfach so, also ich denke das ist häufig. Also das ist keine Seltenheit.“ (Interview A, Z.12)

„Ich sage mal regelmäßig. Ja, genau, also regelmäßig. Wir sind altersmäßig eine sehr gut durchmischte Praxis, aber haben natürlich da auch einige pflegende Angehörige, wenn ich das jetzt so eingrenzen würde, würde ich sagen, also ordnungsmäßig vielleicht so 20 Personen aktuell. Dazu muss ich sagen, dass es uns jetzt gerade 1 Jahr gibt, also wir da noch im Aufbau sind und deswegen wahrscheinlich quantitativ einfach noch nicht so viele haben.“ (Interview F, Z.2)

Lediglich einE InterviewpartnerIn gab an, selten Kontakt zu pflegenden Angehörigen zu haben. (OK 1.1. UK 1)

„Ja, ich bin ja jetzt aus zwei größeren Praxen raus und das ist das erste Mal, dass ich jetzt seit 2 Jahren eine neue Praxis aufbaue als Einzelkämpfer, ja. Und da mache ich natürlich [...] keine Hausbesuche mehr und das hat sich natürlich stark reduziert[...]" (Interview S, Z.6)

1.2. Kontakt zu pflegenden Angehörigen innerhalb eines Pflegefalls

Oberkategorie	Unterkategorie
1.1. Kontakt zu pflegenden Angehörigen innerhalb eines Pflegefalls	1. unregelmäßig
	2. regelmäßig
	3. unterschiedlich häufig

Tabelle 5: Kontakt zu pflegenden Angehörigen innerhalb eines Pflegefalls: Ober- und Unterkategorien

Im Rahmen eines Pflegefalls auftretende Kontakte zu pflegenden Angehörigen wurden überwiegend als regelmäßige Konsultationen beschrieben. (OK 1.2. UK 2)

*„Genau, also eigentlich sind die auch immer dabei beim Hausbesuch.“
(Interview B, Z.10)*

Andere HausärztInnen beschrieben den Kontakt im Rahmen eines Pflegefalls als unterschiedlich häufig. (OK 1.2. UK 3)

„Das ist ein bisschen unterschiedlich. Also es gibt Patienten und deren Angehörige, die sehr regelmäßig und sehr häufig Kontakt suchen und es gibt die, wo Kontakt eher selten ist.“ (Interview C, Z.6)

Die Befragten berichteten nur selten über einen unregelmäßigen Kontakt zu den Angehörigen im Rahmen eines Pflegefalls. (OK 1.2. UK 1)

„Eigentlich eher unregelmäßig würde ich sagen.“ (Interview L, Z.6)

1.3. Kontaktentwicklung in den letzten Jahren

Oberkategorie	Unterkategorie
1.1. Kontaktfrequenz im Verlauf der letzten Jahre	1. gleichbleibend/ weniger + Gründe
	2. gleichbleibend + Gründe
	3. nicht abschätzbar
	4. zunehmend + Gründe

Tabelle 6: Kontaktentwicklung in den letzten Jahren: Ober- und Unterkategorien

Die Kontaktfrequenz zu pflegenden Angehörigen im Verlauf der letzten Jahre wurde von den HausärztInnen sowohl als gleichbleibend oder abnehmend beschrieben als auch als zunehmend. (OK 1.3.)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

*"Das sehe ich eher gleichbleibend. Ne das war auch schon, es ist eher, also ich überblicke mittlerweile 30 Jahre, es ist eher leicht rückläufig aus meiner Sicht."
(Interview G, Z.4)*

Ein Grund für die abnehmende Zahl an Kontakten könnte laut Interview die Fluktuation sein. (OK 1.3. UK 1)

*"Das ist wahrscheinlich auch der Fluktuation geschuldet, die da auch zu beiträgt und dementsprechend haben wir immer weniger pflegende Angehörige."
(Interview G, Z.4)*

Am häufigsten wurden zunehmende Kontakte zu pflegenden Angehörigen beschrieben. (OK 1.3. UK 4)

*"Also offizielle Zahlen kenne ich jetzt nicht, aber so gefühlt ist es zunehmend."
(Interview K, Z.4)*

Als Gründe dafür wurde der demographische Wandel der Gesellschaft und der Wunsch nach einem langen eigenständigen Leben im gewohnten Umfeld genannt. (OK 1.3. UK 4)

*„Also unsere Bevölkerung wird immer älter und älter und also ich würde sagen die meisten wollen ihre Angehörigen so lange wie möglich zu Hause betreuen.“
(Interview H, Z.4)*

„Und die zu Pflegenden haben, was ich verstehe, einen großen Widerwillen gegen alles, was Unterbringung betrifft. Die wollen zu Hause bleiben und zu Hause sein und zu Hause gepflegt werden.“ (Interview C, Z.29)

Nur eine befragte Person konnte die Entwicklung aus eigener Sicht aufgrund fehlender Erfahrung nicht einschätzen.

"Mein Ausschnitt und mein Zeitfenster ist ja überschaubar, ich bin ja erst 2016 in die Praxis gekommen, aber der demographische Wandel war da schon voll im Gange. Ob das jetzt in den letzten 4 oder 5 Jahren zugenommen hat, von der Tendenz, könnte ich jetzt so noch nicht mal sagen." (Interview A, Z.16)

1.4. Krankheitsbilder

Oberkategorie	Unterkategorie
1.4. Krankheitsbilder	

Tabelle 7: Oberkategorie Krankheitsbilder

Bezogen auf die Krankheitsbilder, bei denen ein Kontakt zu pflegenden Angehörigen entsteht, wurden heterogene Antworten gegeben. Am häufigsten nannten die Befragten Krankheitsbilder des höheren Alters, wie z.B. Demenz, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Immobilität, Tumorerkrankungen und chronische Wunden. Seltener wurden andere neurologische Erkrankungen wie MS oder Parkinson sowie Diabetes, Kachexie und hohes Alter genannt. (OK 1.4.)

„Das ist, die große Masse ist denke ich die Demenz mit allem, was dazu gehört oder einfach das Altsein und dann die zweite große Gruppe sind Krebserkrankungen.“ (Interview C, Z.10)

1.5. Verhältnis

Oberkategorie	Unterkategorie
1.5. Verhältnis	1. freundschaftlich
	2. familiär
	3. nachbarschaftlich

Tabelle 8: Verhältnis von pflegenden Angehörigen zu den pflegebedürftigen Personen: Ober- und Unterkategorien

Die pflegenden Angehörigen stehen mit den Pflegebedürftigen laut Aussage der befragten HausärztInnen größtenteils in einem familiären Verhältnis, seltener übernehmen Freunde oder Nachbarn die Pflege. (OK 1.5.)

„Ja, das ist in der Regel ein familiäres Verhältnis.“ (Interview L, Z.12)

„Das hatten wir auch mal bei einem alleinstehenden Mann, aber wenn die alleinstehend sind muss ich sagen, dann wird es schwierig. Dann gibt es keinen pflegenden Angehörigen bzw. dann gibt es immer mal eine Freundin oder irgendwie eine Nachbarin, die sich ein bisschen kümmert, aber das geht dann immer nur bis zu einem gewissen Grad.“ (Interview H, Z.12)

1.6. Kontaktsuche zwischen Angehörigen und HausärztInnen

Oberkategorie	Unterkategorie
1.6. Kontaktsuche zwischen Angehörigen und HausärztInnen	1. ÄrztIn/ Angehörige
	2. Angehörige
	3. Gründe für Kontaktaufnahme
	4. ÄrztIn

Tabelle 9: Kontaktsuche: Ober- und Unterkategorien

Zum Thema Kontaktsuche gaben die Befragten heterogene Antworten. Die Befragten gaben an, dass die Kontaktsuche entweder seitens der Angehörigen oder sowohl durch die ÄrztInnen als auch durch die pflegenden Angehörigen selbst erfolgt. (OK 1.6.)

„Die kommen auf mich zu.“ (Interview E, Z.10)

„Es ist unterschiedlich. Es kommt auch ein bisschen darauf an wie eingespielt die Kommunikation ist. Wenn ich das Gefühl habe, dass irgendetwas verbessert werden muss pflegerisch oder sich etwas an dem Gesundheitszustand des Patienten geändert hat, dann suche ich aktiv den Kontakt mit den Angehörigen und ansonsten warte ich eher bis die Angehörigen auf mich zukommen, entweder im Rahmen der Sprechstunde oder telefonisch oder sich eben mal im Rahmen eines Hausbesuches zeigen.“ (Interview I, Z.12)

Gründe für die Konsultation der Hausarztpraxis seien vor allem Beratungen, Verordnungen von Hilfsmitteln, Überlastung, frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus und zunehmende Pflegebedürftigkeit bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

„Es ist ja auch die häufige Situation, dass jemand z.B. auch aus dem Krankenhaus entlassen wird und dann eben die Pflegebedürftigkeit da ist und da sind wir natürlich von Anfang an dabei, wenn es eben darum geht, nach der Krankenhausentlassung die häusliche Versorgung zu gewährleisten und Kontakt zu Pflegediensten aufzunehmen und so weiter.“ (Interview P, Z.27)

Weitere Kontakte zu pflegenden Angehörigen entstehen laut InterviewpartnerInnen im Rahmen einer Hausbesuchstätigkeit. (OK 1.6. UK 3)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

„Ja der entsteht ja meistens bei der Hausbesuchstätigkeit, dass man ja da nicht nur den Patienten selbst aufsucht, sondern eben auch die Angehörigen dann häufig mit dabei sind und dass natürlich dann im Rahmen der Visite eben dann auch das Gespräch eher mit den Angehörigen geführt wird und da natürlich das ein oder andere Problem erörtert wird.“ (Interview P, Z.11)

1.7. Geschlechterverteilung unter den pflegenden Angehörigen

Oberkategorie	Unterkategorie
1.7. Geschlechterverteilung unter den pflegenden Angehörigen	1. Gleichbleibend/ offen
	2. Frauen

Tabelle 10: Geschlechterverteilung unter den pflegenden Angehörigen: Ober- und Unterkategorien

Nach Aussage der HausärztInnen seien die pflegenden Angehörigen überwiegend weiblich, selten gaben die Befragten an, dass die Geschlechterverteilung bei den Pflegenden gleichmäßig oder offen ist. (OK 1.7.)

„Ja meistens sind es ja doch Frauen, die die Pflege ausführen.“ (Interview L, Z.18)

„Das ist komplett offen, das ist nicht geschlechtsspezifisch. Also würde ich sagen.“ (Interview G, Z.16)

4.2.1: 2. Chancen und Stabilisierung

Oberkategorie	Unterkategorie
2. Chancen und Stabilisierung	

Tabelle 11: Oberkategorie Chancen und Stabilisierung

Der Großteil der Befragten sieht die frühzeitige Identifikation von pflegenden Angehörigen als Chance an. So könnten die Angehörigen laut Befragten vor Folgeerkrankungen und Überforderung bewahrt, frühzeitig Hilfsangebote vermittelt und die PatientInnen optimal versorgt werden. Lediglich eine befragte Person gab an, sich bisher keine Gedanken über die frühzeitige Identifikation von pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis und deren Chancen gemacht zu haben. (OK 2)

„Gut, ein wichtiger Punkt, um eben gerade dieses Überforderungsphänomen zu verhindern, denn häufig ist es so, dass diejenigen, die die Pflege übernehmen,

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

ja große Energie an den Tag legen müssen, weil ja noch andere Verpflichtungen da sind [...].“ (Interview P, Z.23)

Es wurde betont, dass ein frühzeitiges Gespräch mit informellen Pflegepersonen dazu dienen kann, zu entscheiden, ob externe Pflegeleistungen eingeleitet werden sollen. Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, beispielsweise die Einschätzung der Gesamtsituation und die Einschätzung, ob die Angehörigen der Aufgabe gewachsen sind.

„Ja ganz klar. Also, es ist ganz unterschiedlich. Man sieht manchmal die Konstellation, da ist das so wie jetzt gerade beschrieben und bei anderen ist es so, dass man eher den Hinweis gibt, externe Pflege in die Wege zu leiten, weil man das Gefühl hat, das ist vom Gesamtumfang zu groß oder die Leute könnten dem im Einzelfall auch einfach nicht gewachsen sein. Hängt so ein bisschen vom Gesamtpaket ab.“ (Interview I, Z.24)

Eine andere Aussage bezieht sich auf die langfristige Pflegebelastung, die zu Erschöpfungszuständen wie Burnout oder Depression führen kann. Daher ist es laut GesprächspartnerIn wichtig, die Risiken offen anzusprechen und den Angehörigen eine Pause zu verschaffen.

„Das führt dazu, dass die da Kräfte mobilisieren, wenn das über Jahre besteht, dann kann das Richtung Burnout gehen oder Erschöpfungsdepression. Also das ist so eines, das muss man dann auch offen ansprechen mit den Angehörigen, damit es eben nicht dazu kommt. Wenn die wissen, dass sowas drohen kann, können die selbst schneller auch mal eine Pause einlegen.“ (Interview A, Z.52)

Die Chance, das häusliche Umfeld durch frühzeitigen Kontakt mit der Hausarztpraxis anzupassen und zu sichern, ermöglicht es der pflegebedürftigen Person, länger in der vertrauten Umgebung zu bleiben. Dies kann das traumatische Ereignis einer Heimunterbringung verhindern und das Wohlbefinden der PatientInnen fördern.

„Das ist natürlich ein riesiger Vorteil, weil man dann noch rechtzeitig sag ich mal, mit dieser Pflegeperson zusammen das häusliche Umfeld so gestalten und auch sichern kann, dass der Patient auch dann mehr oder weniger in seiner gewohnten Umgebung noch eine Zeit lang verbleiben kann bevor das dann im

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Endeffekt gar nicht mehr geht und er in eine Heimeinrichtung muss und das ja für die meisten ein traumatisches Erlebnis ist und wo [...] diese Patienten aus meiner Erfahrung heraus nach wenigen Wochen und Monaten versterben.“
(Interview R, Z.26)

In einem Fall wurde die außergewöhnliche Belastung der pflegenden Angehörigen in der Vergangenheit weniger beachtet.

„Ich meine das läuft ja, eigentlich war es bisher immer selbstverständlich. Da habe ich mir bisher keine großen Gedanken darüber gemacht, dass die pflegenden Angehörigen ja auch einer besonderen Belastung unterlegen sind.“
(Interview L, Z. 24)

4.2.1: 3. Bedürfnisse, Erwartungen, Wünsche von pflegenden Angehörigen

Oberkategorie	Unterkategorie
3. Bedürfnisse, Erwartungen, Wünsche von pflegenden Angehörigen	1. Organisatorische/verwaltungstechnische Unterstützung
	2. Wunsch nach Hilfs- und Unterstützungsangeboten
	3. Verordnung von Hilfsmitteln
	4. Über Sorgen sprechen
	5. Gute medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen

Tabelle 12: Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche von pflegenden Angehörigen: Ober- und Unterkategorien

Auf die Frage nach den Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen von pflegenden Angehörigen an die Hausarztpraxis wurden der Wunsch nach organisatorischer/verwaltungstechnischer Unterstützung, nach Hilfs- und Unterstützungsangeboten und der Verordnung von Hilfsmitteln genannt. Außerdem möchten die Pflegenden nach Aussage der Interviewten ihre Angehörigen medizinisch gut versorgt wissen und mit den ÄrztInnen über ihre Sorgen sprechen. (OK 3)

„[...] Und wie geht das, wenn ich jetzt den Pflegedienst besorgen will und wo gibt es die Adressen für den Pflegedienst und solche Sachen. Und da geht es um diese organisatorischen Sachen eigentlich.“ (Interview H, Z.28)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
 Pflegende Angehörige sehnen sich laut einer befragten Person nach Entlastung, da sie selten eine Pause oder frei haben.

„Bedürfnisse sind ganz häufig, dass sie auch mal eine Entlastung bekommen. Pflegende Angehörige haben in der Regel keinen Samstag und keinen Sonntag oder Feierabend.“ (Interview M, Z.25)

Neben den alltäglichen Bedürfnissen benötigen Pflegebedürftige und deren Angehörige laut Interview Hilfsmittel, wie zum Beispiel die Bereitstellung eines Pflegebetts und anderer Pflegeutensilien.

„Also natürlich geht es [...] um profane Sachen wie Bett und also die ganzen Pflegeutensilien [...]“ (Interview Q, Z.26)

Ein weiteres Bedürfnis sei der Wunsch, dass die gesundheitliche Genesung der pflegebedürftigen Person vorangetrieben wird.

„Natürlich der Wunsch, dass es der Mutter oder dem Vater besser geht.“ (Interview H, Z.28)

Zudem sei es wichtig, dass pflegende Angehörige die Möglichkeit haben, ihre eigenen Grenzen anzuerkennen und offen darüber zu sprechen, wenn sie erschöpft sind und nicht mehr können.

„Dann aber auch einfach dieses auch sich mal aussprechen können, dass man einfach nicht mehr kann.“ (Interview C, Z.26)

4.2.1: 4. Herausforderungen und Schwierigkeiten

Oberkategorie	Unterkategorie
4. Herausforderungen und Schwierigkeiten	1. Sonstiges
	2. Hohe Erwartungshaltung an HausärztInnen
	3. Zu viele AnsprechpartnerInnen
	4. Familiäre Konflikte
	5. Keine Probleme

Tabelle 13: Herausforderungen und Schwierigkeiten: Ober- und Unterkategorien

Am häufigsten wurden die hohen Erwartungshaltungen an die ÄrztInnen und familiäre Konflikte von den AllgemeinmedizinerInnen als herausfordernd und schwierig

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting beschrieben. Ein weiteres Problem im Umgang mit pflegenden Angehörigen sei die Vielzahl an AnsprechpartnerInnen innerhalb einer Familie. (OK 4)

Die folgenden Zitate illustrieren verschiedene Herausforderungen im Zusammenhang mit der Pflegesituation von Angehörigen. Eine Schwierigkeit liege darin, dass HausärztInnen die Erwartungen von pflegenden Angehörigen oft nicht erfüllen können.

"Was halt manchmal ein Problem ist, dass man die Erwartungshaltung nicht erfüllen kann. Das ist schon ein Problem, dass die Leute natürlich möglichst viel wollen und viele Automatismen auch wollen, die man aber selbst gar nicht beeinflussen kann." (Interview I, Z.44)

Familienkonflikte und -dynamiken können die Pflegesituation weiter erschweren, wenn es um Themen wie Erbschaft und zwischenmenschliche Beziehungen geht.

"Dann gibt es immer wieder das große Problem mit Familienverbindungen, wie das [...] so ist. Der spricht nicht mit dem und der nicht mit dem. Dann geht es um Erbe und ich weiß nicht was. Aber da nehme ich mich zunehmend zurück, weil ich [keine] Familienprobleme lösen [kann]." (Interview C, Z. 39)

In einigen Familien gibt es mehrere Personen, die in die Pflege involviert sind. Häufig findet laut der Befragten kein effektiver Austausch zwischen ihnen statt, was zu einem Qualitätsverlust bei der häuslichen Versorgung führen kann.

"Vielfach ist es so, in einigen Familien gibt es natürlich mehrere, die sich da kümmern, der eine ein bisschen und der andere ein bisschen und viele tauschen sich nicht so aus. Das gibt dann eher einen Qualitätsverlust." (Interview A, Z. 72)

Außerdem wurden von den Befragten eine Vielzahl von sonstigen heterogenen Schwierigkeiten genannt, wie z.B. der Wunsch nach einer „rund-um-die-Uhr-Betreuung“, falsche Vorstellungen von der Pflege, unterschiedliche Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen und der Angehörigen, Verdrängung bei einer Zustandsverschlechterung der pflegebedürftigen Person und Überforderung mit der Pflegesituation. (OK 4 UK 1)

„Herausforderung: Eben ein realistisches Setting zu vermitteln, [...] es gibt Angehörige, die gehen davon aus, ich muss jetzt nur noch einen Pflegedienst

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

beauftragt und muss mich um gar nichts mehr kümmern und da muss man natürlich dann die Leute abholen und sagen, [...] dass Sie die und die Unterstützung erfahren können, aber eben nicht, dass rund um die Uhr Betreuung damit möglich wäre.“(Interview P, Z.36)

Diskrepanzen zwischen den Vorstellungen der pflegebedürftigen Person und ihrer Familie können für die befragten HausärztInnen herausfordernd sein. Einzelgespräche können in festgefahrenen Situationen hilfreich sein.

„Meistens ist ja das, was der pflegende Angehörige will, nicht das, was der Patient auch will. Das sind natürlich [...] schwierige Dinge, weil ich ja in erster Linie die Interessen meines Patienten zu wahren habe. Das ist dann manchmal [...] sehr herausfordernd, dass man die nicht übersieht und überhört in seinen Bedürfnissen, die sie sich auch nicht immer trauen, frei zu äußern, wenn der pflegende Angehörige dabei ist. Da muss man auch immer mal wieder schauen, dass man Eins zu Eins Situationen schafft, aber für beide.“ (Interview F2, Z.2)

Für einige BürgerInnen sei es laut der Befragung belastend, sich mit Behörden auseinanderzusetzen und Anträge auszufüllen.

„Für viele Menschen ist das schwierig, einen Antrag für die Einstufung der Behinderung [zu stellen]. [...] Das ist einfach schwierig, sich mit den Behörden auseinanderzusetzen. Wenn sie ein Blatt kriegen, was die ausfüllen sollen, dann kriegen die zum Teil schon einen Knall. Manche kommen damit klar, das ist überhaupt kein Thema.“ (Interview C, Z.40)

Eine weitere Schwierigkeit bringe die Zustandsverschlechterung der PatientInnen mit sich, was eine erhöhte Pflegebedürftigkeit bedeuten kann. Gleichzeitig sei es für die Angehörigen häufig schwierig, angemessene Unterstützung zu bekommen.

„Eine Herausforderung ist natürlich immer, wenn der Zustand des zu Pflegenden sich verschlechtert, wenn die Notwendigkeit der Pflege mehr wird. Auf der anderen Seite ist es aber auch meist recht schwierig für die Angehörigen, die adäquate Hilfe zu suchen.“ (Interview J, Z.34)

Nur wenige Personen gaben an, keine Probleme im Umgang mit den pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis zu haben. (OK 4 UK 5)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

„Also mit den Pflegenden gibt es keine Schwierigkeiten normalerweise. Wenn es Schwierigkeiten gibt, dann gibt es die mit dem Pflegedienst, dass der Pflegedienst irgendwelche Vorstellungen hat, die wir nicht teilen. Aber mit den Pflegenden gibt es keine Probleme. Meistens sind das langjährige Patienten, die man kennt, die mich kennen, die ich kenne und da gibt es keine Probleme.“
(Interview E, Z.39)

4.1. Finanzielle/ zeitliche Aspekte

Oberkategorie	Unterkategorie
4.1. Finanzielle/ zeitliche Aspekte	1. Finanzielle Abschätzung nicht möglich
	2. Keine finanzielle Abbildung
	3. Geringer Verdienst
	4. Hoher zeitlicher Aufwand
	5. Aufwand gleicht sich aus

Tabelle 14: Finanzielle/ zeitliche Aspekte: Ober- und Unterkategorien

Bezogen auf die zeitlichen und finanziellen Aspekte gaben die Befragten zum Großteil an, dass die finanzielle Abbildung der Betreuung von pflegenden Angehörigen nicht möglich sei. Einige Personen gaben an, dass sie den finanziellen Aufwand nicht einschätzen können. Darüber hinaus wurde seitens der Befragten überwiegend der hohe zeitliche Aufwand der Angehörigenbetreuung erwähnt. (OK 4.1.)

"Der Aufwand ist schon zum Teil sehr groß und wird finanziell überhaupt nicht abgebildet." (Interview P, Z. 38)

„Finanziell kann ich das gar nicht einschätzen, ich bin ja relativ frisch noch niedergelassen, da kann ich das nicht einschätzen.“ (Interview D, Z.39)

Weniger als die Hälfte der InterviewteilnehmerInnen war der Meinung, dass sich zeitlicher und finanzieller Aufwand im heterogenen PatientInnenkollektiv der Praxis ausgleichen. (OK 4.1. UK 5)

"Der Aufwand allgemein: Also gut, es kommt immer darauf an wie viel ein solcher Patient hat. In der Summe ist es überschaubar." (Interview K, Z.42)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
OK 4.2. Organisatorische/verwaltungstechnische Probleme

Oberkategorie	Unterkategorie
4.2. Organisatorische/ verwaltungstechnische Probleme	1. Bürokratie
	2. Probleme mit den Krankenkassen
	3. Finanzielle Gründe für Pflege im häuslichen Umfeld
	4. Zeitmangel
	5. Andere organisatorische/ verwaltungstechnische Probleme

Tabelle 15: Organisatorische/ verwaltungstechnische Probleme: Ober- und Unterkategorien

Als organisatorische und verwaltungstechnische Probleme im Umgang mit pflegenden Angehörigen nannten die MedizinerInnen den hohen bürokratischen Aufwand und Probleme mit den Krankenkassen. (OK 4.2.)

*„Klar mit den ganzen Heilmittelverordnungen mit den Krankenkassen ist das sehr kompliziert, sehr zeitaufwendig und manchmal auch frustrierend.“
(Interview D, Z.43)*

Außerdem sahen die befragten Personen es zum Teil als problematisch an, dass bei den Angehörigen manchmal finanzielle Gründe für die Pflege im häuslichen Umfeld eine Rolle spielen würden.

„[...] und die Pflegekosten so hoch sind, dass sich doch einige die Betreuung nicht leisten können, jetzt in einem Heim oder so.“ (Interview F1, Z.4)

Weiterhin wurde der Zeitmangel als großes Problem bei der Angehörigenbetreuung genannt.

*„Im Moment kann ich auch das nicht, weil mir fehlt echt die Zeit muss ich sagen.“
(Interview C, Z.40)*

Sonstige Probleme im Umgang mit den Pflegenden seien z.B. der Wunsch nach späten Sprechstundenterminen und nach kurzfristigen Hausbesuchen sowie die Komplexität des Gesundheitssystems mit häufigen gesundheitspolitischen Änderungen. (OK 4.2. UK 5)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

„Die Angehörigen sind häufig berufstätig und können Termine erst abends gegen 20-21 Uhr wahrnehmen.“ (Interview C, Z.45)

Eine Herausforderung liegt laut Befragung darin, dass die Angehörigen aufgrund von Überlastung dringliche telefonische Anfragen für einen Hausbesuch stellen, was organisatorisch häufig nicht zu leisten ist.

„Eines der Probleme ist, dass die pflegenden Angehörigen mit ihrer Überforderung natürlich ein bisschen überfordert reagieren und dann anrufen und sofort einen Hausbesuch wollen, am besten in dem Moment, in dem sie anrufen und das ist organisatorisch nicht zu leisten. Eine echte Lösung diesbezüglich sehe ich nicht, aber das ist eine große Herausforderung.“ (Interview M, Z.41)

Durch Berichterstattung der Presse über politische Neuerungen kann es laut InterviewteilnehmerInnen außerdem passieren, dass HausärztInnen in Rückstand geraten.

„Wenn Sie anfangen, sich damit zu beschäftigen, sehen Sie das Fass ohne Boden. Wenn die Presse etwas über politische Neuerungen schreibt, rufen die Patienten am nächsten Tag in der Praxis an, um sich zu erkundigen. Als Hausarzt hängt man hinterher und versucht, eine Ordnung in das System zu bringen. In der Pflege ist es genauso. Das ist komplex.“ (Interview O, Z.34)

4.2.1: 5. Unterstützung von pflegenden Angehörigen

Oberkategorie	Unterkategorie
5. Unterstützung von pflegenden Angehörigen	1. Beratung
	2. An Hilfsangebote verweisen
	3. Kommunikation als Grundbasis
	4. Hausbesuche
	5. Hilfsmittel beschaffen
	6. Den Pflegenden eine Auszeit verschaffen
	7. Emotionale Unterstützung
	8. Sonstiges

Tabelle 16: Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch HausärztInnen: Ober- und Unterkategorien

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Die HausärztInnen gaben überwiegend an, die pflegenden Angehörigen zu unterstützen, indem sie diese beraten und an Hilfsangebote verweisen würden. Dabei sah der Großteil der Interviewten die Kommunikation als Grundbasis an. (OK 5 UK 3)

„Kommt natürlich ein bisschen auf die Situation an, aber im Prinzip Beratung größtenteils, klar bei konkreten gesundheitlichen Sachen eben auch Hausbesuche, ja.“ (Interview D, Z. 31)

„Es geht darum, einfach zu zeigen wo kann ich mir Hilfe holen. Sozialstationen, wo kann ich Entlastung finden, Palliativstation oder auch Sozialstation.“ (Interview M, Z.29)

Für die Befragten sei es wichtig, als ÄrztIn eine unterstützende Rolle einzunehmen und in Gesprächen mit den Angehörigen als neutraleR AnsprechpartnerIn zu handeln.

„Dass ich als Arzt dann auch da bin und helfe, wenn auch medizinisch Dinge zu behandeln, entlasten sind. Ich führe auch immer viele Gespräche und möchte denen halt auch Möglichkeiten aufzeigen und auch mal der neutrale Ansprechpartner zu sein, der auch wichtig ist, um denen mal Wege aus dem Chaos aufzuzeigen, das würde ich meinen.“ (Interview J, Z.30)

Weitere Hilfe und Unterstützung für pflegende Angehörige kann im Rahmen von Hausbesuchen oder durch Beschaffen von Hilfsmitteln erbracht werden. Außerdem spielen die emotionale Unterstützung der Angehörigen für viele HausärztInnen eine entscheidende Rolle. Einige HausärztInnen gaben an, den Angehörigen eine Auszeit verschaffen zu wollen. (UK 5)

„Also enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Und je nachdem hin und wieder auch Hausbesuche machen, abhängig von der medizinischen Notwendigkeit natürlich, aber auch, um sich auch mal ein Bild zu schaffen wie sieht die Pflege aus, ob sie entsprechend auch durchgeführt wird.“ (Interview K, Z.34)

Die Befragten gaben an, dass Hilfsmittel und Heilmittelverordnungen von besonderer Bedeutung im Umgang mit Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen seien. Diese können die Pflegepersonen erheblich entlasten.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

*„Es geht ja auch immer um die anderen Sachen wie Ergotherapie, KG und sowas, da muss ich gucken, ob das überhaupt da möglich ist. Und gerade so Sachen wie Bett, Toilettenstuhl und sowas, das sind ja wichtige Dinge, auf sowas kommt man ja auch nicht immer gleich als Angehöriger, was man eben auch als Erleichterung haben kann und das sprechen wir immer alles durch.“
(Interview Q, Z.56)*

Besonders wichtig sei es für die Befragten, einen ganzheitlichen Ansatz bei der Betreuung pflegender Angehöriger zu verfolgen, der auch die psychischen Belastungen berücksichtigt.

„Ja muss ja, man muss ja das ganze Paket führen, ja, man muss sich ja auch mit den persönlichen psychischen Problemen der Pflegenden auseinandersetzen.“ (Interview S, Z.12)

Es sei wichtig, ein Gespür zu entwickeln, wann Belastungsgrenzen erreicht sind und entsprechende Alternativen, wie z.B. Kurzzeitpflege anzubieten. Die Hausarztpraxis könne bei der Organisation helfen, um die Pflegenden zu entlasten.

„Das heißt wir müssen ein Gefühl entwickeln, wann Belastungsgrenzen erreicht sind. Und dann muss man auch Alternativen geben. Das kann zum Beispiel sein: „Beim besten Willen, jetzt sind mal 14 Tage Urlaub angesagt und der Angehörige geht jetzt mal in die Kurzzeitpflege.“ Da helfen wir mit, zu organisieren, das heißt die kriegen von uns Adressen von Einrichtungen, die das machen und die können dort dann jemanden auch mal 14 Tage parken, um runterzukommen, die Anspannung abwälzen.“ (Interview G, Z.44)

5.1. Hilfs- und Unterstützungsangebote

Oberkategorie	Unterkategorie
5.1. Hilfs- und Unterstützungsangebote	

Tabelle 17: Oberkategorie Hilfs- und Unterstützungsangebote

Die meisten Befragten gaben an, eine Vielzahl an Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu kennen und die pflegenden Angehörigen an diese zu vermitteln. (OK 5.1.)

Dabei wurden Hilfs- und Unterstützungsangebote wie beispielsweise Pflegedienste, Pflegestützpunkte, die Pflegeversicherung, Hospizdienste, Kurzzeitpflege,

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Verhinderungspflege, 24-Stunden-Hilfskräfte, stundenweise Betreuung,
Pflegeschulungen, Hausnotruf, Sozialstationen, Palliativstationen, Selbsthilfegruppen
und Haushaltshilfen genannt. (OK 5.1.)

*„Okay also als erstes natürlich die Pflegeversicherung, die machen auch
entsprechend Angebote, da wenden die sich als erstes hin und dann gibt es
zum Beispiel noch die Demenzgesellschaft, da kann man sich als Angehöriger
beispielsweise melden. Ich möchte vielleicht mal in die Stadt gehen und
brauche jemanden, der zu Hause ist, aber nur für eine Stunde oder zwei. Da
kann man sich z.B. an die Demenzgesellschaft wenden. Das ist jetzt so das,
was mir spontan einfällt.“ (Interview K, Z.54)*

Eine Person gab an, mit einer selbstständigen Person zusammenzuarbeiten, die sich
auf die Organisation der Pflegesituation spezialisiert habe. Die Abrechnung erfolge
privat. (OK 5.1.)

*„Das ist eine Freundin von mir, die sich damit selbstständig gemacht hat [...].
Also sie hat dann eben die Befreiung der Schweigepflichten und dann kann sie
mit Ärzten reden. Sie macht die ganzen Sachen mit zum Beispiel Pflege, [...]
aber [kümmert sich auch um den] Pflegegrad [...]. [...] Das ist unheimlich viel,
diese Verwaltungssachen, die dann alle laufen müssen und das nimmt sie
denen [...] ab. Genauso wie auch dann von mir die ganzen Sachen anzufordern
für bestimmte Sachen [...].“ (Interview Q, Z.36)*

Dabei gab der überwiegende Teil der HausärztInnen an, die Vermittlung von
Angehörigen an Hilfs- und Unterstützungsangebote als ihre Aufgabe zu sehen. Nur
eine Person war anderer Meinung. (OK 5.1.)

*„Ja, also vermitteln, also ja durchaus. Also an Pflegestützpunkte durchaus, ich
habe dann auch immer ein paar Flyer, die drücke ich denen dann in die Hand.
Oder so Angehörigengruppen, soweit ich das weiß, ist das Angebot da leider
nicht so groß, aber wie gesagt da haben wir schon Anlaufadressen, an die wir
die Leute dann verweisen.“ (Interview F2, Z.10)*

*„Wir vermitteln nicht. Wir sagen welche Aufgaben der Pflegedienst übernehmen
soll und der Pflegende muss das selbst organisieren.“ (Interview E, Z.49)*

4.2.1: 6. Rolle der Hausbesuche

Oberkategorie	Unterkategorie
6. Rolle der Hausbesuche	

Tabelle 18: Oberkategorie Rolle der Hausbesuche

Hausbesuche spielten für die meisten ÄrztInnen eine zentrale Rolle im Umgang mit pflegenden Angehörigen. So nutzten die Befragten die Besuche von Pflegebedürftigen, um sich gezielt ein Bild vom häuslichen Umfeld und der Versorgungssituation zu machen, potenzielle Stolperfallen und Gefahren frühzeitig aus dem Weg zu räumen und Kontakt mit den pflegenden Angehörigen aufzunehmen. (OK 6)

„Also wenn der Patient nicht mehr mobil ist und nicht mehr in meine Praxis kommen kann, dann kann man auch sehen, dass man zu ihm nach Hause fährt. Das ist ein wichtiges Tool, um dem Patienten zu begegnen und ihn entsprechend dann zu besuchen, ja also enorm wichtig.“ (Interview K, Z.64)

Hausbesuche können als Chance für eine frühzeitige Interventionsmöglichkeit durch HausärztInnen gesehen werden, wenn die Versorgung im häuslichen Umfeld gefährdet ist.

„Auf alle Fälle. Das gehört [...] zur Wahrnehmung dazu, man sieht wie ist die Hygiene, wie ist der Haushalt geführt, da hat man einen Eindruck von der Ordnung und der Struktur der Angehörigen. Wenn der um 12 Uhr noch ungewaschen im Bett liegt, dann sollte man einfach auch die Kommunikation suchen.“ (Interview I, Z.64)

4.2.1: 7. Kritische Versorgungssituationen und Überforderung

Oberkategorie	Unterkategorie
7. Kritische Versorgungssituationen und Überforderung	1. Kritische Versorgungssituationen
	2. Überforderung
	2.1. Gründe für die Überforderung von pflegenden Angehörigen
	2.1.1. Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	2.1.2. Mehrfachbelastung durch Pflege/ Familie/ Beruf
	2.1.3. Fehlende Lastverteilung innerhalb der Familie
	2.1.4. Emotionales Verhältnis/ verändertes Eltern-Kind-Verhältnis
	2.1.5. Hohe Ansprüche der Pflegenden an sich selbst
	2.1.6. Falsche Einschätzung des Pflegeaufwandes
	2.1.7. Schlafmangel
	2.1.8. Sonstige Gründe für Überforderung

Tabelle 19: Kritische Versorgungssituationen und Überforderung: Ober- und Unterkategorien

Der Großteil der befragten HausärztInnen gab an, bereits kritische Versorgungssituationen von Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld erlebt zu haben. (OK 7 UK 1)

„Ja, also auf der einen Seite ist eben ein Problem der schmale Grat, dass sie selbst überlastet sind, überfordert, was natürlich schwierig ist. Ich mache bei [...] einigen Patienten Hausbesuche und oft kriegt man das in der Praxis nicht unbedingt so mit. Manche weisen darauf hin ja, aber da muss sich jeder ein bisschen an den eigenen Schutz denken. [...] Dann liest man ja auch immer Artikel über häusliche Gewalt, auch Missbrauchsfälle von [...] Demenzkranken [...], an sowas muss man auch immer mal denken. Wenn da jetzt jemand dauernd blaue Flecken hat, die nicht plausibel erklärbar sind, dann muss man hellhörig werden. Es gibt ganz häufig mal Überforderungssituationen und die Leute wissen dann oft selber nicht, wenn man sie darauf anspricht, was da mit ihnen passiert. Die verlieren dann die Geduld, die schütteln dann jemanden oder schlagen jemanden, wenn jemand 50-mal am Tag über Wochen das Gleiche sagt, die sind einfach nicht professionell, sondern die gehen demjenigen nah und die versuchen das zu korrigieren und kämpfen dann dagegen. Jemand externes wäre da entspannter und würde da neutraler oder objektiver darauf zugehen.“ (Interview A, Z.80)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Manche gaben an, häufig kritische Versorgungssituationen zu erleben, andere bezeichneten die kritischen Versorgungssituationen als eher selten.

„Also so selten. Bisher habe ich das noch nicht so erlebt, aber ich bin ja auch noch nicht lange hier. Im Großen und Ganzen funktioniert das ganz gut, aber manchmal vielleicht, dass man merkt die Angehörigen sind dann gestresst, überfordert vielleicht, dass es dann vielleicht auch die ersten Anzeichen dafür gibt, dass es schwierig ist oder dass sie überlastet sind, das hat man vielleicht mal, aber dass sich das in der Pflege niederschlagen würde oder so, das eigentlich nicht.“ (Interview D, Z.61)

Überforderung von pflegenden Angehörigen wurde hingegen als häufiges Phänomen beschrieben. (OK 7 UK 2) Dabei nannten die Befragten eine Vielzahl von potenziellen Auslösern und Gründen für die Überlastung von Pflegepersonen. (OK 7 UK 2.1.) Einige werden im Folgenden aufgezählt und anhand von Beispielen verdeutlicht: Verschlechterung des Gesundheitszustandes der pflegebedürftigen Person, Mehrfachbelastung durch Pflege/Beruf/Familie, emotionales/ verändertes Eltern-Kind-Verhältnis, fehlende Lastverteilung innerhalb der Familie, hohe Ansprüche der Pflegenden an sich selbst, falsche Einschätzung des Pflegeaufwands, Schlafmangel und sonstige Gründe.

„Also das sehe ich auch bei Allen, dass die irgendwann auch an ihre Grenzen kommen, emotional und körperlich.“ (Interview D, Z. 65)

Emotionales/ verändertes Eltern-Kind-Verhältnis, falsche Einschätzung des Pflegeaufwands (OK 7 UK 2.1.):

Durch die Pflege der eigenen Eltern vollzieht sich eine Veränderung in der familiären Struktur, die eine Umkehr traditioneller Rollenmuster mit sich bringt, da die Eltern in jüngeren Jahren die Kinder pflegen. Die häusliche Pflegesituation kann zu einer Neugestaltung der Familienstruktur und zu einer Veränderung des emotionalen Verhältnisses zwischen den beteiligten FamilienmitgliederInnen führen, wenn die Eltern bedingt durch die Pflegebedürftigkeit auf die Hilfe ihrer Kinder angewiesen sind.

„Und so muss man die waschen, da das sind alles Sachen, man wäscht jemanden, der einen selbst gewaschen hat, das sind ganz komische Dinge.“ (Interview Q, Z. 86)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Aufgrund der kontinuierlichen Anforderungen, die mit der Pflege verbunden sind, sind Angehörige häufig täglich emotional belastet. Eine fehlerhafte Einschätzung des Pflegeaufwandes kann ebenfalls zu Überforderung führen.

„Das fehlende Leben, das wir Samstag und Sonntag haben. Die fühlen sich immer verantwortlich, weil es der Vater oder die Mutter ist oder auch mal Onkel oder Opa und damit sind sie emotional noch eingebunden jeden Tag, das ist natürlich schwer. Das Gefühl, dass sie nie frei haben, weil immer die Mutter oder die Oma oder sonst wer eine Anforderung hat, das führt auch zur Überlastung und auch die falsche Einschätzung durch die Arbeit, die eine Pflegeperson hat.“ (Interview M, Z.64)

Bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen kann ein vermehrter Unterstützungsbedarf seitens der pflegenden Angehörigen bestehen. HausärztInnen sollten auf solche Situationen sensibilisiert sein und frühzeitig intervenieren, um Hilfen anbieten zu können.

Verschlechterung des Gesundheitszustandes: „Ja, weil halt die Angehörigen fehlen oder weil der Gesundheitszustand des Patienten halt zu schlecht ist für eine Laienversorgung durch die Angehörigen zu Hause, da muss dann was Professionelleres her.“ (Interview R, Z.70)

Mehrfachbelastung durch Pflege/Beruf/Familie (OK 7 UK 2.1.2):

Viele Pflegepersonen stehen im Berufsleben und haben eigene Kinder, die sie neben der Pflege versorgen. Dadurch kann es zu einer vermehrten Belastung der Pflegenden kommen, die Überforderungssituationen hervorrufen kann.

„Gut, das ist meistens die Doppelt- oder Dreifach-Belastung, die die Pflegenden [...] haben, dass sie entweder noch einer beruflichen Tätigkeit gleichzeitig nachgehen oder dass eben noch andere Familienangehörige mit versorgt sind wie z.B. Kinder oder ein Ehemann, der vielleicht selbst auch noch erkrankt ist. Und wie gesagt ich gehe meistens davon aus, weil es der Realität entspricht, dass eben weibliche Angehörige die Versorgung, die Pflege übernehmen de facto und wie gesagt, dass einfach auch aus dieser, dieser Mehrfachbelastung irgendwann die Überlastung wird, die wird eben nicht so wahrgenommen nach dem Motto "Ich muss ja arbeiten gehen und ich muss die Kinder versorgen und

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
die Oma muss auch versorgt werden. Ich habe ja keine andere Wahl". (Interview P, Z.54)

Fehlende Lastverteilung innerhalb der Familie (OK 7 UK 2.1.3.):

Häufig wird die Pflege innerhalb einer Familie von einer Person übernommen, sodass die Gefahr einer Überforderungssituation für diese Person steigt.

„Und dann ist es natürlich auch häufig so, dass dann in der Verwandtschaft dann irgendeiner rausgesucht wird, dem man das aufbürden kann, vor dem Hintergrund, dass derjenige z.B. nicht mehr zur Arbeit geht oder nur eine Halbtagsstelle hat, dass da eben immer auch sehr aktiv geguckt wird wer kann die Versorgung übernehmen.“ (Interview P, Z.19)

Hohe Ansprüche der Pflegenden an sich selbst (OK 7 UK 2.1.5.):

Laut der Befragten sei die Erwartungshaltung der Pflegenden an sich selbst häufig besonders hoch und stelle damit ein Risiko für Überforderung dar.

„Häufig habe ich den Eindruck, dass die Ansprüche von den Pflegenden an sich selbst sehr hoch sind, dass das eher das Problem ist, dass die an ihren zu hohen Ansprüchen scheitern. Dass die sich zu viel aufbürden.“ (Interview D, Z. 63)

Schlafmangel (OK 7 UK 2.1.7.):

Neben der Pfllegetätigkeiten stelle der Schlafmangel für die pflegenden Angehörigen ein großes Problem dar, der durch die Tag-Nacht-Umkehr der Pflegebedürftigen hervorgerufen werden kann.

„Das sind dann oftmals Dinge, die dann eher so belastend sind, wenn die Leute dann in der Nacht unruhig sind und so und Dinge tun, die den anderen den Nachtschlaf rauben. Das ist dann halt schon eine besondere Belastung, die man dann auch schwer in den Griff kriegt.“ (Interview L, Z.28)

4.2.1: 8. Einbezug des Praxispersonals

Oberkategorie	Unterkategorie
8. Einbezug des Praxispersonals	1. Praxispersonal als HauptansprechpartnerInnen
	2. Geschultes Praxispersonal
	2.1. Kein geschultes Praxispersonal vorhanden
	2.1.1. Wunsch nach geschultem Praxispersonal
	2.2. Geschultes Praxispersonal vorhanden
	2.2.1. EVA
	2.2.2. VERAH
	2.2.3. NäPA

Tabelle 20: Einbezug des Praxispersonals: Ober- und Unterkategorien

Die Hälfte der Befragten gab an, dass das Praxispersonal als HauptansprechpartnerInnen für die pflegenden Angehörigen agiert, die andere Hälfte gab an, dass das Praxispersonal im Umgang mit pflegenden Angehörigen eingebunden wird. (OK 8 UK 1)

„Das ist ganz wichtig. Auch das Praxispersonal hat einen Eindruck von den Leuten. Und in den Fällen, wo es eben neue Pflegefälle im weiteren Sinne gibt oder neue Pflegesituationen, beziehe ich auch mein Personal mit ein. Dann redet man darüber, automatisch wie sich die Situationen zu Hause dann verändern und wie man das einschätzt. Da haben die natürlich auch noch einmal einen ganz anderen Eindruck als ich, weil beim Arzt erzählt man immer eine andere Geschichte als bei der Mitarbeiterin. Also es hat keinen festen Rahmen, was schön wäre, aber dafür gibt es keine Zeit. Aber das ist mir dann schon auch wichtig, die Eindrücke meines Personals zu haben. Wie kommunizieren die gegenüber meinem Personal, was haben die für einen Eindruck wie es emotional aussieht, das spielt schon eine Rolle.“ (Interview I, Z.82)

Geschultes Praxispersonal im Sinne einer Nichtärztlichen Praxisassistenz (NäPA), VersorgungsassistentIn in Hausarztpraxen (VERAH) oder EntlastendeR

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
VersorgungsassistentIn (EVA) sei in vielen Praxen bereits vorhanden und werde von
den ÄrztInnen geschätzt. (OK 8 UK 2.2.)

*„Wobei man auch eines sagen muss, das halte ich auch für einen sehr wichtigen
Aspekt: Die hausärztliche Medizin hat das erkannt und hat eine Fortbildung
unserer MFA initiiert, die sich heute als VERAH oder NÄPA/EVA weiterbilden
können, das heißt das sind Mitarbeiterinnen, ausgebildete Fachkräfte, die noch
mal eine Zusatzausbildung speziell für diesen Bereich erlangen können und
damit wirklich deutlich besser unterstützen können, gerade dann, wenn es um
sozialmedizinische Dinge geht. Was kann ich bei der Krankenkasse
beantragen, was ja in unserem Tagesgeschäft nicht mehr so viel zu tun hat, da
ist diese Mitarbeit und die Unterstützung ein wesentlicher Bestandteil in diesem
Setting. Und das führt letztendlich auch dazu, dass wir die Betreuung
intensivieren können, das heißt gerade auch, wenn es um Hausbesuche der
Betroffenen geht und Unterstützung der Angehörigen, sind wir heute da aus
meiner Sicht deutlich besser aufgestellt als in der Zeit, bevor es diesen Rahmen
gab.“ (Interview G, Z.26)*

Andere AllgemeinmedizinerInnen gaben an, dass sie sich geschultes Praxispersonal
wünschen würden oder die Schulung des Personals bereits in Planung ist.

*„Ja. Also es gibt [...] diese NÄPA oder VERAH in dem Fall, das haben wir auch
mal mit meiner Hauptkraft versucht, da reichen die Voraussetzungen leider nicht
aus, aber selbstverständlich würde ich mir das auf jeden Fall wünschen.“
(Interview I, Z.68)*

Eine Schulung scheitere in manchen Fällen an den Zugangsvoraussetzungen, an dem
hohen Alter der MitarbeiterInnen, der Coronapandemie oder dem vermeintlich
fehlenden wirtschaftlichen Nutzen. (OK 8 UK 2.1.1.)

*„Joa. Also wünschen würde ich mir das natürlich, aber es ist die Frage, ob sich
das wirtschaftlich lohnt. Also so viele Hausbesuche mache ich nicht. Das mache
ich [...] nur bei den Patienten, die sehr schwer die Möglichkeit haben, in die
Praxis zu kommen. Also ja, ich fände es gut, aber ich kann nicht sagen, ob sich
das wirtschaftlich rentieren würde. Das weiß ich nicht.“ (Interview D, Z. 59)*

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

„Wir hatten das eigentlich vorgehabt, dann kam aber Corona dazwischen und da konnte man keine Menschen dazu ausbilden. Wir haben aktuell keine VERAH oder NäPA.“ (Interview K, Z.68)

„[...] Das hat sich nicht gelohnt in der Version, weil unser Personal zu alt ist.“ (Interview O, Z.44)

Andere InterviewteilnehmerInnen waren allerdings der Meinung, dass es kein Erfordernis für geschultes Praxispersonal gebe. (OK 8 UK 2.1.)

„Nein, da gibt es auch für uns kein Erfordernis.“ (Interview E, Z.63)

4.2.1: 9. Leitlinien, Praxisempfehlungen und andere Hilfsmittel für HausärztInnen

Oberkategorie	Unterkategorie
9. Leitlinien, Praxisempfehlungen und andere Hilfsmittel für HausärztInnen	1. S3- Leitlinie „pflegende Angehörige von Erwachsenen“ bekannt
	2. S3- Leitlinie „pflegende Angehörige von Erwachsenen“ unbekannt
	3. Zukünftige Information über unbekannte Leitlinie
	4. Nutzung von anderen Leitlinien
	4.1. Wunsch nach anderen Leitlinien/Hilfsmitteln vorhanden
	4.2. Wunsch nach anderen Leitlinien/Hilfsmitteln nicht vorhanden
	4.3. In Bezug auf Wunsch nach anderen Leitlinien/Hilfsmitteln unschlüssig

Tabelle 21: Leitlinien, Praxisempfehlungen und andere Hilfsmittel für HausärztInnen: Ober- und Unterkategorien

Der Großteil der InterviewpartnerInnen gab an, die S3-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“ nicht zu kennen, ein Teil gab an, mal etwas von der Leitlinie gehört oder gelesen zu haben, andere äußerten, sich die Leitlinie nach dem Interview durchlesen zu wollen. (OK 9)

„Ich muss ehrlich antworten ich kenne sie nicht, nein.“ (Interview M, Z.76)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

*„Ich kenne die [S3-Leitlinie], ja, aber ich würde sie jetzt nicht auswendig wissen.“
(Interview Q, Z.72)*

*„Das ist gut, dass Sie mir das gesagt haben, da werde ich definitiv mal reinschauen, was es da so gibt. Auch interessant, wusste ich noch nicht.“
(Interview K, Z.90)*

Andere Leitlinien werden nach Angabe der Befragten nicht genutzt. Neue Leitlinien oder Hilfsmittel werden überwiegend nicht gewünscht. Einige HausärztInnen gaben jedoch an, in Zukunft offen für Leitlinien und Hilfsmittel im Umgang mit pflegenden Angehörigen zu sein. (OK 9 UK 4)

„Leitlinien für pflegende Angehörige [benutze ich] eigentlich nicht. Man muss auch sagen es ist eher ein Randthema. Im Fokus steht immer der Patient. Wir fangen das hier so auf nach bestem Wissen und Gewissen, aber dass das jetzt so sehr in den Fokus rückt, ist jedenfalls hier bei mir in der Sprechstunde nicht so.“ (Interview A, Z.140)

Fehlende Zeit und fehlende wirtschaftliche Anreize stellen laut der Befragten Gründe dafür da, dass die Leitlinie aktuell nicht genutzt wird.

*„Ne, im Moment [habe ich] keine Zeit [für neue Leitlinien] und [es wird] wirtschaftlich nicht honoriert und deswegen stecke ich da keine Energie rein.“
(Interview T, Z.97)*

Im Rahmen der Befragung zeigten sich im Hinblick auf Unterschiede in der Sozialstruktur zwischen Stadt und Land Schwierigkeiten bei der Anwendung von Leitlinien im Umgang mit pflegenden Angehörigen von Erwachsenen.

"Ja, ganz klar wäre ich offen. Es geht bei der evidenzbasierten Medizin schon von Anfang an nicht nur um das, was man [...] experimentell herausfinden kann oder [...] pharmakologisch [...] sondern die Sozialmedizin spielt da eine große Rolle. Also das war uns in den Arbeitskreisen im Public Health Studium [...] schon recht bewusst, dass man in vielen sozialmedizinischen Fragen durchaus eine Evidenz erarbeiten kann, die belastbar ist. Und also das Problem gerade jetzt bei den pflegenden Angehörigen, wenn man da ein Leitlinienprotokoll machen würde, ist natürlich, dass die ja große Unterschiede in der

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Sozialstruktur haben, also sowas läuft sicherlich hier auf dem Land schon ganz anders als in der Stadt." (Interview N, Z.86)

4.2.1: 10. Verbesserungswünsche und Schulungsbedarf

Oberkategorie	Unterkategorie
10. Verbesserungswünsche und Schulungsbedarf	1. Verbesserungswünsche von HausärztInnen
	1.1. Abrechnungsmöglichkeiten
	1.2. Schaffung neuer Betreuungsmöglichkeiten
	1.3. Bessere Vernetzung
	1.4. Mehr öffentliche Aufmerksamkeit widmen
	1.5. Sonstige Verbesserungsvorschläge/-wünsche
	2. Schulungsbedarf
	2.1. Schulungswunsch/-bedarf vorhanden
	2.2. Kein Schulungswunsch/-bedarf vorhanden
	2.3. Potenzielle Schulungsthemen

Tabelle 22: Verbesserungswünsche und Schulungsbedarf: Ober- und Unterkategorien

Die Verbesserungswünsche von HausärztInnen betreffen vor allem die Abrechnungsmöglichkeiten und Schaffung neuer Betreuungsmöglichkeiten. (OK 10)

"Die würde ich mir definitiv wünschen. Also ich würde mir wünschen, dass es ganz klar eine Ziffer gibt für Angehörigengespräche." (Interview C, Z.43)

„Und wie gesagt auch dafür hätte ich gerne irgendwie jemanden, der, ja so wie eine Art Assistenz, die diese Leute begleitet auch für diese Behördengänge." (Interview C, Z.40)

Außerdem gaben einige Befragte an, dass sie es befürworten würden, den pflegenden Angehörigen mehr öffentliche Aufmerksamkeit zu widmen und eine bessere Vernetzung von Hilfsangeboten zu schaffen. (OK 10)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

„Also solche Sachen, das würde ich mir wünschen, dass halt da einfach mehr Information ist, dass es [...] okay ist, dass man jemanden holt, der putzt [...]. Das kann immer ich sagen, aber ich bin halt allein. Und dann kommen wieder ganz viele und sagen: „Wie konntest du das denn machen“. Und wenn sowas mal offiziell auch von vielen Leuten gesagt wird, ich glaube das würde denen unheimlich was bringen.“ (Interview Q, Z.36)

„Ja eben konkrete Angebote. Konkrete Angebote, regionale Angebote. Bessere Vernetzungen, eine Homepage, sowas wäre klasse, wo man Diagnosen eingibt oder wo sich vielleicht auch für Ärzte Kontaktadressen schnell finden lassen, ohne eine halbe Stunde Googlen zu müssen. Also auf diesem interaktiven Sektor auf jeden Fall einiges.“ (Interview I, Z.39)

Die Hälfte der HausärztInnen gab an, im Umgang mit pflegenden Angehörigen einen Schulungsbedarf/- oder Wunsch zu haben. Themen für Schulungen könnten beispielsweise Hilfsangebote, Beantragungswesen, gesetzliche Grundlagen, Psychosomatik und Abrechnung abbilden. (OK 10 UK 2)

11. COVID-19-Pandemie

Oberkategorie	Unterkategorie
11. COVID-19-Pandemie	

Tabelle 23: Oberkategorie COVID-19-Pandemie

In Teilen der geführten Interviews wurden seitens der InterviewpartnerInnen Aussagen über die COVID-19-Pandemie getroffen, die im Nachhinein in das Codesystem aufgenommen und ausgewertet wurden. Die Befragten äußerten überwiegend, dass die Versorgung der PatientInnen zu Hause und die Schulung der Angehörigen sowie des ärztlichen und des Praxispersonals durch die Coronapandemie erschwert wurden. (OK 11)

„Ich habe regelmäßig Hausbesuche gemacht, aber im Rahmen der Pandemie habe ich das stark zurückgefahren. Auch meine NäPA ist aktuell eher mit Impfen beschäftigt.“ (Interview L, Z.66)

„Wir wollten unser Praxispersonal schulen, dann kam aber Corona dazwischen.“ (Interview K, Z.68)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

*„Es gab vor Corona auch Pflegekurse für Angehörige von der Volkshochschule, aber seit einem Jahr werden die noch mehr alleingelassen als vorher.“
(Interview Q, Z.80)*

Als positive Aspekte der Pandemie wurden die neu geschaffene Abrechnungsziffer für Telefongespräche und die Schulungen für ÄrztInnen im Onlineformat genannt.

„Ja würde ich. Würde ich mir schon wünschen. Also konkret kann man natürlich auch sagen: Durch Corona ist ja die Ziffer 01434, also [...] die telefonische Beratung möglich geworden.“ (Interview N, Z.48)

„Das Onlineformat ist in meinen Augen besser als Präsenzveranstaltungen, weil man sich die Fahrt und Hotelübernachtungen sparen kann. Ich habe eigentlich keine Lust mehr, durch die Weltgeschichte zu fahren.“ (Interview R, Z.92)

12. Unterschiede zwischen Stadt und Land

Oberkategorie	Unterkategorie
12. Unterschiede zwischen Stadt und Land	

Tabelle 24: Oberkategorie Unterschiede zwischen Stadt und Land

Einige der befragten HausärztInnen betonten während des Interviews den Unterschied zwischen pflegenden Angehörigen in ländlichen gegenüber städtisch gelegenen Hausarztpraxen, sodass eine weitere Kategorie mit dem Namen „Unterschiede zwischen Stadt und Land“ gebildet wurde. Laut Aussagen der InterviewteilnehmerInnen sei die Betreuung von Pflegebedürftigen durch den intakten Familienverbund beispielsweise auf dem Land häufig eher gewährleistet als in der Stadt.

„[Kritische Versorgungssituationen sind] äußerst selten, ich sag mal so, ich würde sagen, die kann man an einer Hand im Jahr abzählen. Das ist bei uns auf dem Land [...] sehr gut organisiert und mit dem Familienverbund funktioniert das auf dem Land recht gut.“ (Interview R, Z.68)

Gleichzeitig sei der gesellschaftliche Druck auf die pflegenden Angehörigen innerhalb ländlich lebender Familien höher als in der Stadt, sodass die Pflege eines

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting nahestehenden Angehörigen in manchen Fällen trotz Überlastung nicht abgegeben werde. (OK 12)

„[...] Weil, wir haben ja hier auf dem Dorf noch eine Problematik, dass man das macht. Man gibt keinen weg. Dadurch gehen wirklich [...] Familien zugrunde. [...] Das ist wirklich ganz, ganz schwer. (Interview Q, Z. 26)

EinE TeilnehmerIn äußerte, dass die Kontakte zu pflegenden Angehörigen aufgrund der ländlichen Struktur, die im Umkreis der Praxis vorhanden sei, in den letzten Jahren häufiger geworden seien. (OK 12)

„Im Rahmen der Alterspyramide und wegen der ländlichen Struktur [haben die Kontakte zu pflegenden Angehörigen] deutlich zugenommen.“ (Interview T, Z.6)

Das PatientInnenkollektiv in der Stadt sei außerdem einer höheren Fluktuation ausgesetzt. (OK 12)

„Ja, das ist die Fluktuation wahrscheinlich auch einfach höher, das ist ja hier auf dem Land, sind die ja schon recht treu. Auf der einen Seite, weil sie es natürlich wollen, man ist aber natürlich dann auch der Einzige, wir sind ein relativ unterversorgter Bereich hier, also da ist schon eine Beständigkeit der Patienten da.“ (Interview J, Z.67)

Die unkomplizierte Kontaktaufnahme von pflegenden Angehörigen auf dem Land wurde von einer befragten Person als positiver Aspekt genannt.

„Dann ist das hier auf dem Dorf ein bisschen anders, weil man auch mal andere Wege gehen kann, [weil man sich kennt]. Ich rufe auch schon die Angehörigen an.“ (Interview C, Z.8)

13. Aufgaben von pflegenden Angehörigen

Oberkategorie	Unterkategorie
13. Aufgaben von pflegenden Angehörigen	

Tabelle 25: Oberkategorie Aufgaben von pflegenden Angehörigen

Zu Beginn wurde im Leitfaden des Interviews eine Frage zu den Aufgaben von pflegenden Angehörigen aufgenommen. In der Hälfte der Interviews fanden sich

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting auswertbare Textstellen zu dieser Frage. Aufgrund der geringen Zahl an auswertbaren Textstellen wurde die Kategorie „Aufgaben von pflegenden Angehörigen“ zuletzt gebildet und ausgewertet. Einige Antworten werden im Folgenden exemplarisch dargestellt. (OK 13)

Die Aufgaben seien laut InterviewpartnerInnen unterschiedlich und würden von Alltagsbewältigung und Körperpflege über organisatorische Aufgaben und medizinische Betreuung bis zur seelischen Unterstützung von Pflegebedürftigen reichen. (OK 13)

*„Das ist ganz unterschiedlich, also von ganz einfachen Betreuungsaufgaben, Einkaufen, Putzen, bis hin wirklich zur richtigen Pflege mit Waschen, Anziehen, das ist ganz unterschiedlich, aber eher so diese niederschweligen Betreuungen, also nur Einkaufen und Betreuen halt, Alltagsbetreuung.“
(Interview J, Z. 18)*

„Okay und das steigert sich dann gegebenenfalls einfach mit in den medizinischen Bereich.“ (Interview J, Z.19)

„Ne, die sind natürlich auch, um die Trauer und die Depression zu mindern, regelmäßig dabei.“ (Interview T, Z.26)

4.3. Ergebnisse des Kurzfragebogens

Im Rahmen des Kurzfragebogens wurde das Interesse an externen Schulungen zum Thema pflegende Angehörige in Hausarztpraxen seitens der HausärztInnen abgefragt. Anschließend wurde das Interesse an verschiedenen Schulungsthemen ermittelt. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse vorgestellt und anhand von Diagrammen anschaulich dargestellt. Die Ergebnisse des Kurzfragebogens werden quantitativ ausgewertet.

4.3.1. Allgemeines Interesse an einer Schulung zum Thema Umgang mit pflegenden Angehörigen

Insgesamt zeigt sich bei der befragten Ärzteschaft ein ausgeglichenes Bild in Bezug auf das allgemeine Interesse an einer externen Schulung zum Thema Umgang mit pflegenden Angehörigen. So bezogen 2 der Befragten eine neutrale Stellung, jeweils 9 ÄrztInnen betrachteten Schulungen im Umgang mit pflegenden Angehörigen als „weniger wichtig/unwichtig“ (weniger wichtig: 6, unwichtig: 3) bzw. „wichtig/ sehr wichtig“ (wichtig: 5, sehr wichtig: 4).

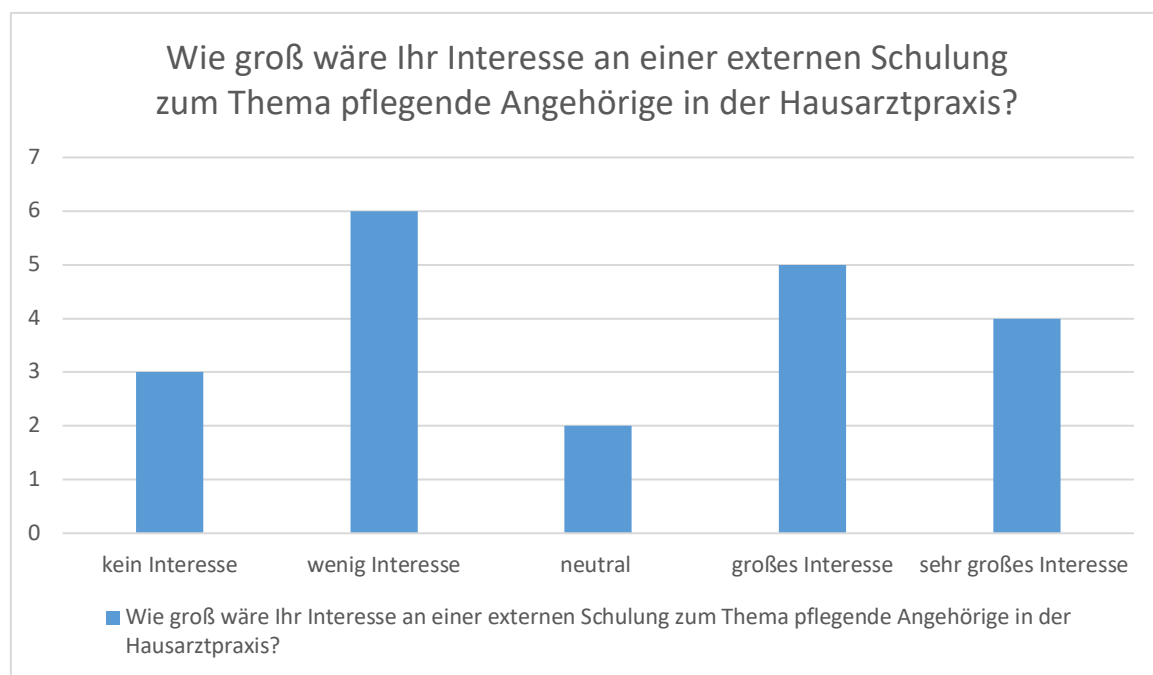


Abbildung 11: Zusammenhang zwischen Interesse an einer externen Schulung zum Thema pflegende Angehörige in Hausarztpraxen und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

4.3.2. Abfrage der Themengebiete

Die InterviewteilnehmerInnen wurden anschließend gefragt, welche Themen sie im Rahmen einer Fortbildung zum Thema pflegende Angehörige interessieren würden. In dem Zusammenhang standen folgende Themengebiete zur Wahl:

- Praxisempfehlungen und Leitlinien
- Identifikation, Gesprächsführung und Umgang mit pflegenden Angehörigen
- Hausbesuche- Chancen und Schwierigkeiten im Umgang mit informellen Pflegepersonen
- Regionale Versorgungsstrukturen, Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Einrichtungen: Beratungs- und Hilfsangebote für pflegende Angehörige (z.B. Pflegestützpunkte)
- Schulungsangebote für Praxispersonal, Identifikation, Unterstützung und Betreuung von Pflegepersonen
- Rechtliche Aspekte, gesetzliche Regelungen der Versicherungsträger, Ansprüche der Versicherten, Leistungen und Kosten

An dem Themenbereich Praxisempfehlungen und Leitlinien hatten 2 InterviewteilnehmerInnen kein Interesse, weitere 2 hatten wenig Interesse, 5 positionierten sich neutral, 9 HausärztInnen hatten großes und 2 sehr großes Interesse. Insgesamt zeigten sich also 55% der Befragten an einer Schulung zu Praxisempfehlungen und Leitlinien interessiert.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

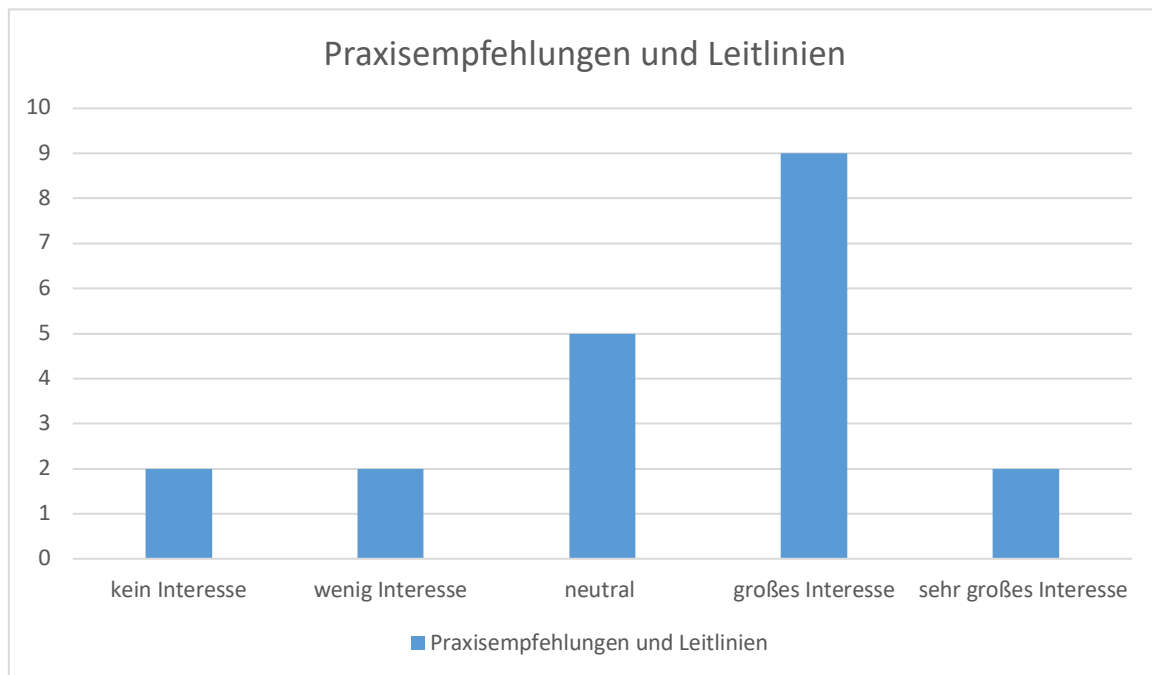


Abbildung 12: Zusammenhang zwischen Interesse an einer Schulung zum Thema Praxisempfehlungen und Leitlinien und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen

Ein ähnliches Bild zeigte sich im Themenbereich Identifikation, Gesprächsführung und Umgang mit pflegenden Angehörigen. 50% der HausärztInnen zeigten sich interessiert, wobei 6 Befragte angaben, ein sehr großes Interesse und 4 ein großes Interesse an einer Schulung zu dieser Thematik zu haben. 5 Befragte positionierten sich neutral, 2 hatten wenig Interesse und 3 gaben an, kein Interesse daran zu haben.

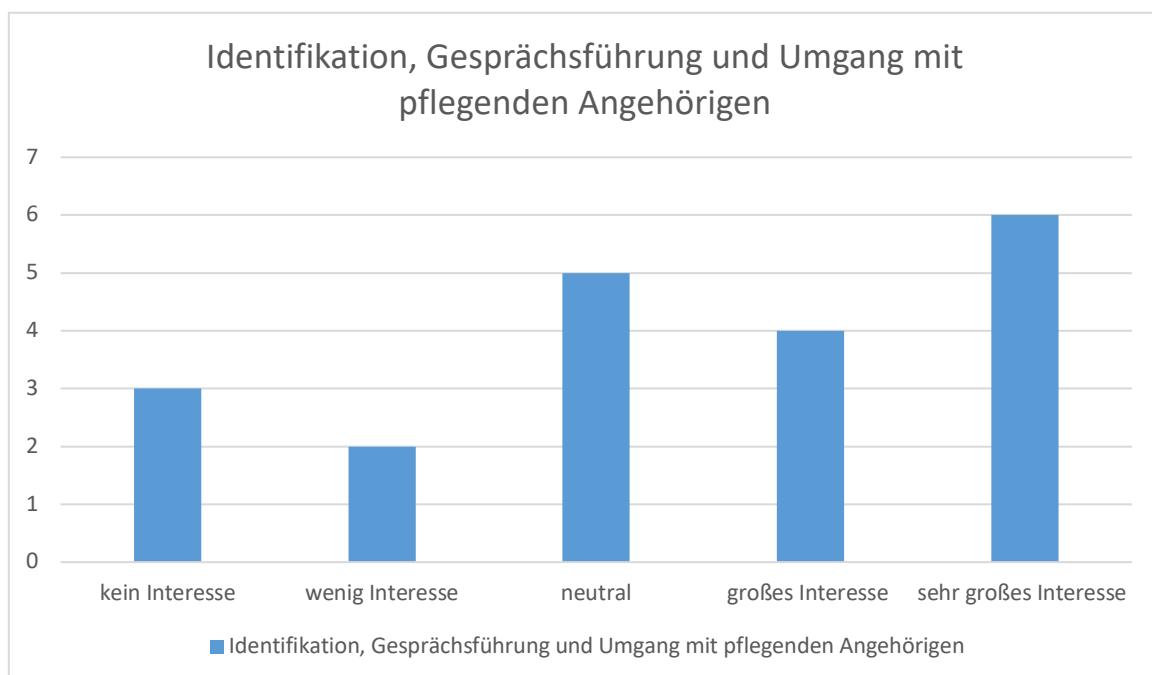


Abbildung 13: Zusammenhang zwischen Interesse an einer Schulung zum Thema Identifikation, Gesprächsführung und Umgang mit pflegenden Angehörigen und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Im Bereich der Hausbesuche- Chancen und Schwierigkeiten im Umgang mit informellen Pflegepersonen zeigten sich die Befragten mit ebenfalls 55% an einer Schulung interessiert. 6 der Befragten gaben an, großes Interesse zu haben, 5 der Befragten hatten ein sehr großes Interesse daran. Jeweils 3 der befragten HausärztInnen hatten kein oder nur wenig Interesse, weitere 3 bezogen eine neutrale Stellung.

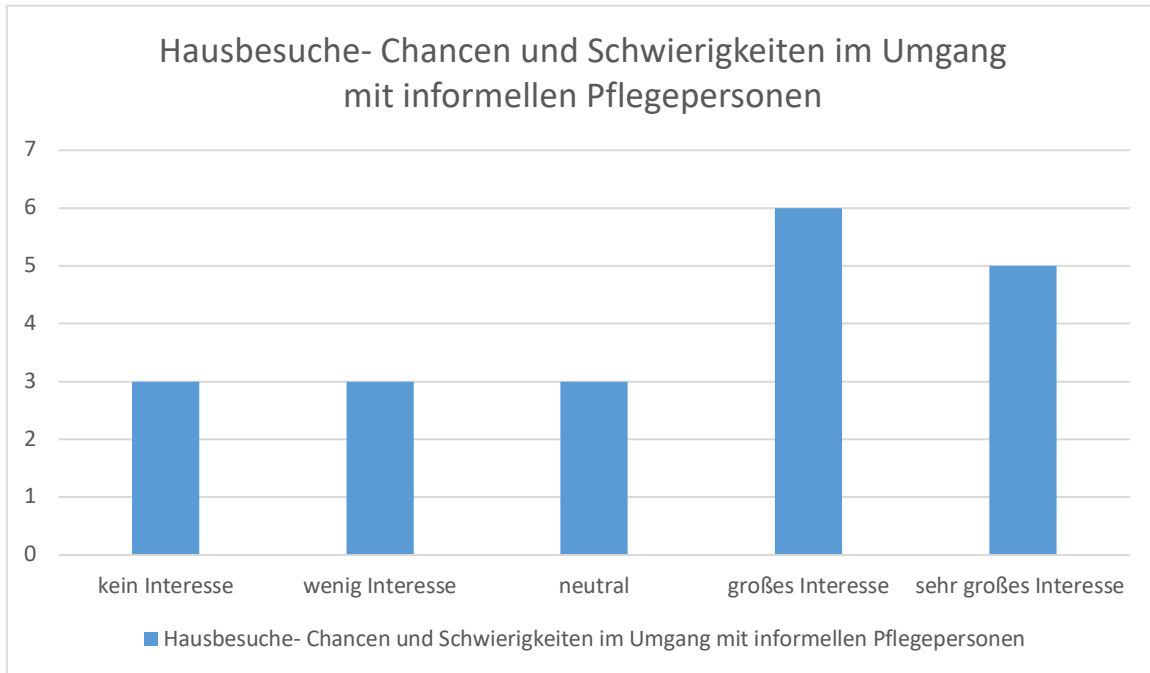


Abbildung 14: Zusammenhang zwischen Interesse an einer Schulung zum Thema Hausbesuche- Chancen und Schwierigkeiten im Umgang mit informellen Pflegepersonen und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen

Die Schulungsthematik regionale Versorgungsstrukturen, Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Einrichtungen: Beratungs- und Hilfsangebote für pflegende Angehörige (z.B. Pflegestützpunkte) war insgesamt von größtem Interesse. 80% der befragten ÄrztInnen zeigte sich an einer Schulung zu dieser Thematik interessiert, wobei 10 der Befragten angaben, ein sehr großes Interesse zu haben, 6 gaben an, großes Interesse zu haben. 2 TeilnehmerInnen bezogen eine neutrale Stellung, 2 gaben an, kein Interesse an einer Schulung zu dieser Thematik zu haben.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

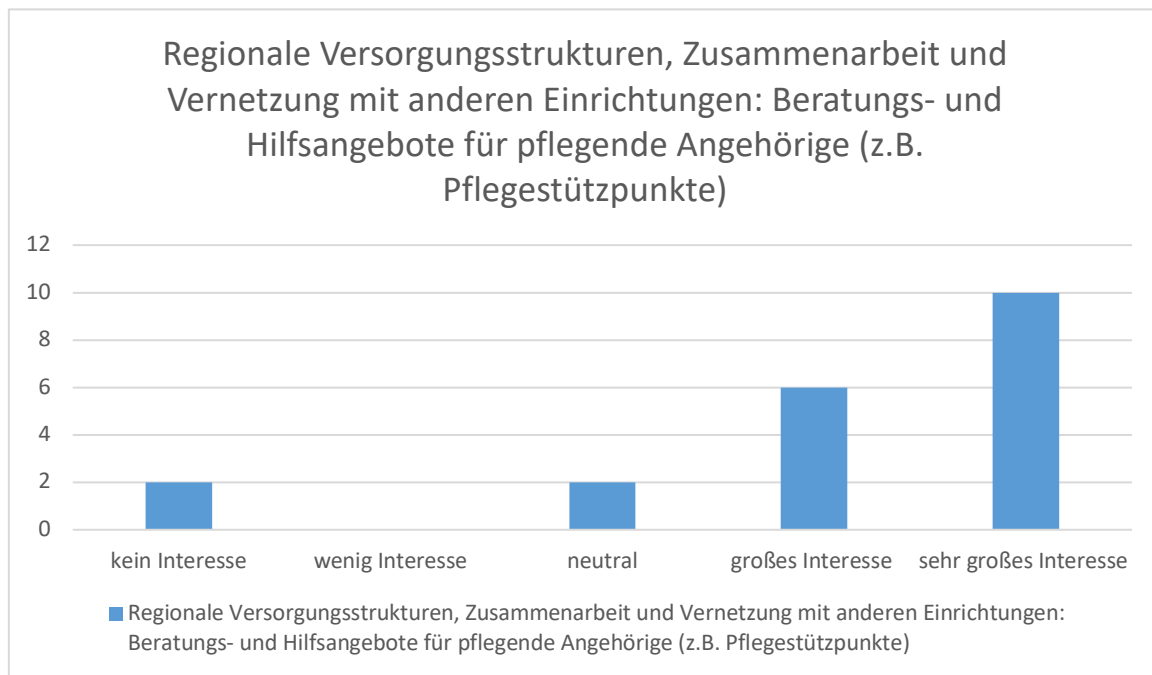


Abbildung 15: Zusammenhang zwischen Interesse an einer Schulung zum Thema regionale Versorgungsstrukturen, Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen: Beratungs- und Hilfsangebote für pflegende Angehörige (z.B. Pflegestützpunkte) und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen

In Bezug auf die Schulungsangebote für Praxispersonal, Identifikation, Unterstützung und Betreuung von Pflegepersonen zeigten sich 65% der Befragten interessiert (großes Interesse: 7, sehr großes Interesse: 6). 20% (4 TeilnehmerInnen) nahmen eine neutrale Stellung ein, 1 Person gab an, wenig Interesse zu haben und weitere 2 Personen gaben an, kein Interesse an einer solchen Schulung zu haben.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

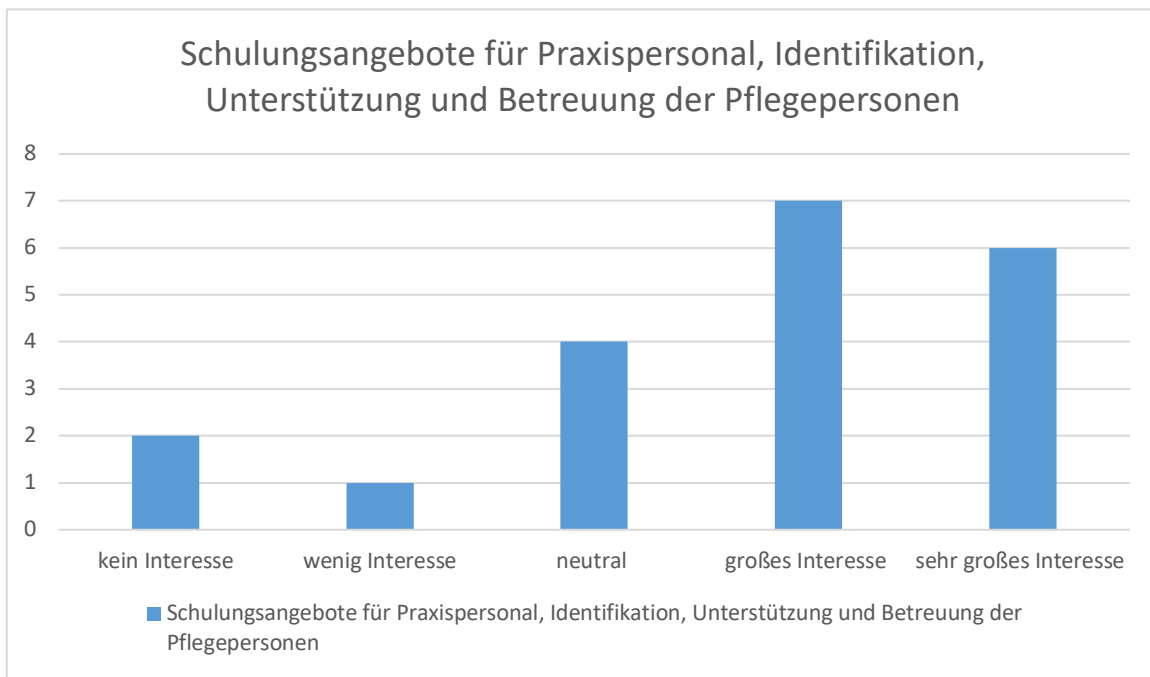


Abbildung 16: Zusammenhang zwischen Interesse an einer Schulung zum Thema Schulungsangebote für Praxispersonal, Identifikation, Unterstützung und Betreuung von Pflegepersonen und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen

50% der Befragten gaben an, Interesse an einer Schulung zum Thema rechtliche Aspekte, gesetzliche Regelungen der Versicherungsträger, Ansprüche der Versicherten, Leistungen und Kosten zu haben (davon 6 mit sehr großem Interesse und 4 mit großem Interesse), 4 Personen positionierten sich neutral, 30% zeigten kein (4 Personen) oder wenig Interesse (2 Personen) an dieser Schulungsthematik.

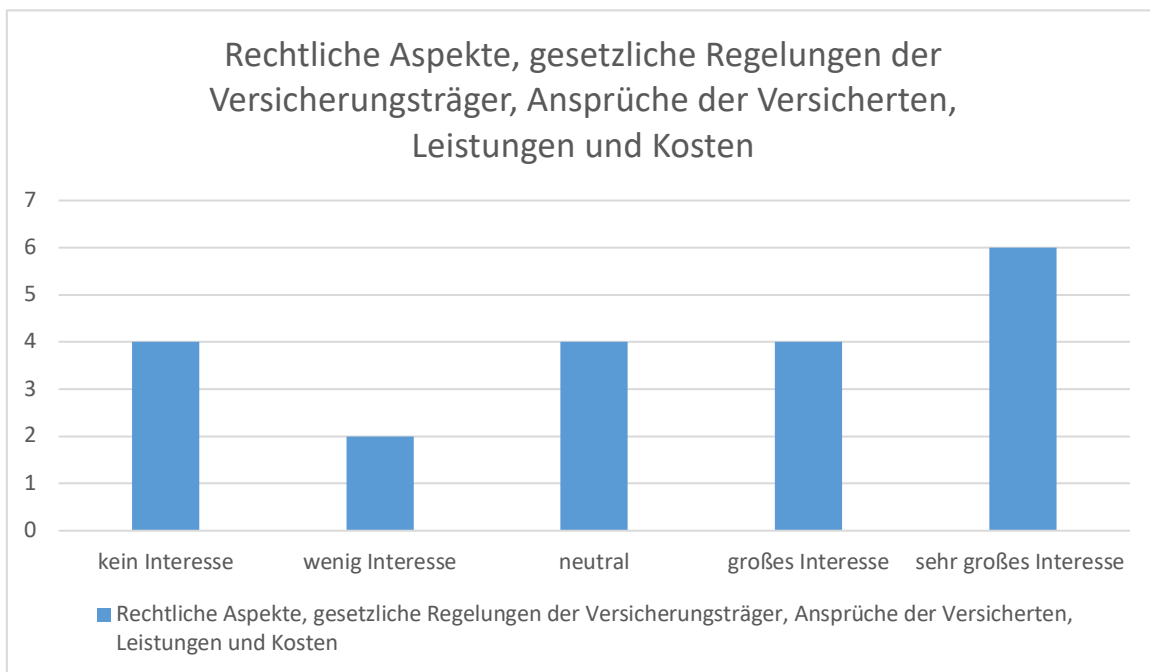


Abbildung 17: Zusammenhang zwischen Interesse an einer Schulung zum Thema rechtliche Aspekte, gesetzliche Regelungen der Versicherungsträger, Ansprüche der Versicherten, Leistungen und Kosten und Antworthäufigkeiten der HausärztInnen

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Das folgende Diagramm (Abbildung 18) zeigt die prozentuale Verteilung der Antworten auf verschiedene Schulungsthemen im Vergleich zum allgemeinen Interesse an Schulungen im Umgang mit pflegenden Angehörigen (linke Säulen). Die x-Achse repräsentiert die Themengebiete, während die y-Achse die prozentuale Häufigkeit der Antworten in Bezug auf jedes Thema darstellt. Insgesamt zeigt sich bei der befragten Ärzteschaft ein ausgeglichenes Bild in Bezug auf das allgemeine Interesse an einer externen Schulung zum Thema Umgang mit pflegenden Angehörigen. 45% der Befragten zeigten sich interessiert, 45% gaben an, kein Interesse zu haben, 10% zeigten eine neutrale Einstellung zu einer solchen Schulung. Besonders im Hinblick auf spezifische Themengebiete stellt sich die Resonanz auf Schulungen im Umgang mit informellen Pflegepersonen jedoch insgesamt positiv dar.

Es wird deutlich, dass Schulungen zum Thema regionale Versorgungsstrukturen, Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Einrichtungen sowie Beratungs- und Hilfsangebote für pflegende Angehörige seitens der HausärztInnen von besonderem Interesse sind. 80% der Befragten interessierten sich für diese Thematik. 65% der TeilnehmerInnen gaben an, Interesse an Schulungen für das Praxispersonal zum Thema Umgang mit pflegenden Angehörigen zu haben.

In Bezug auf die Themen rechtliche Aspekte, gesetzliche Regelungen, Ansprüche der Versicherten und Leistungen und Kosten zeigten die Befragten weniger Interesse. 50% zeigten sich an Schulungen zu diesem Themenbereich interessiert, 30% gaben an, wenig Interesse daran zu haben.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

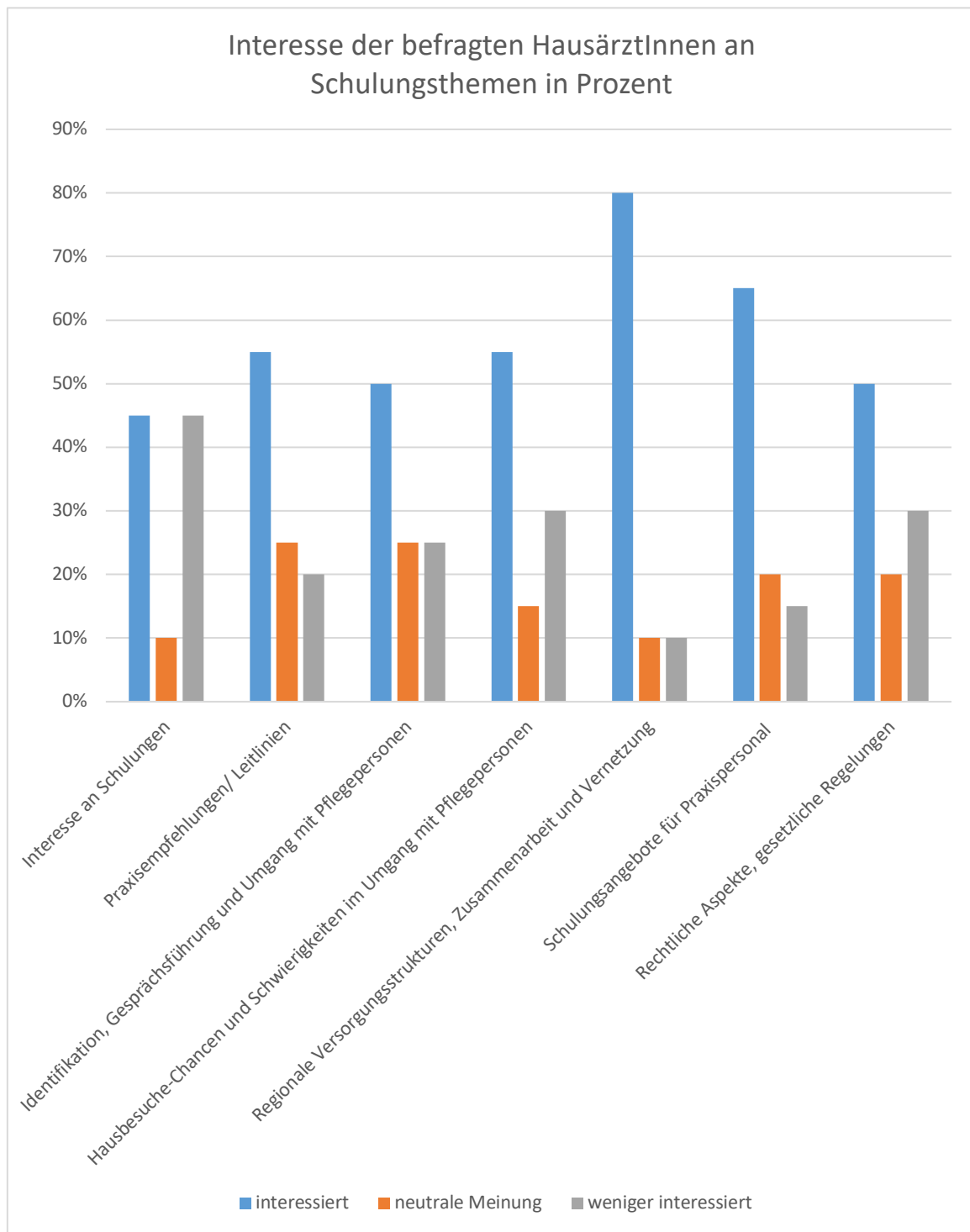


Abbildung 18: Prozentuale Verteilung der Antworten seitens der HausärztInnen in Bezug auf verschiedene Schulungsthemen

5. Diskussion

Nachdem die Ergebnisse vorgestellt wurden, erfolgt nun eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse, indem die Forschungsfragen, die zu Beginn der Arbeit aufgestellt wurden, anhand der Ergebnisse beantwortet werden. Es folgt die Diskussion der Ergebnisse anhand der aktuellen Forschungslage. Im Anschluss werden Handlungsempfehlungen ausgesprochen, die sowohl für HausärztInnen als auch für die Gesellschaft und die Politik von Relevanz sein könnten. Zuletzt werden Stärken und Schwächen der Arbeit diskutiert und eine Schlussfolgerung zur Diskussion gezogen.

5.1. Zusammenfassung der Befunde und Beantwortung der Forschungsfragen

Auf Grundlage der Auswertung lassen sich die zentralen Forschungsfragen wie folgt beantworten:

- a) Welche Einstellungen und Standpunkte vertreten hausärztliche Primärversorger mit Blick auf pflegende Angehörige?

Die im Rahmen der Studie interviewten HausärztInnen sehen die frühzeitige Identifikation von pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen überwiegend als Chance an, um die Angehörigen vor Folgeerkrankungen und Überforderung zu bewahren und diese frühzeitig an Hilfsangebote zu vermitteln.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass neben der guten medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen die organisatorische und verwaltungstechnische Unterstützung, die Unterbreitung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten und die Verordnung von Hilfsmitteln zentrale Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen sind. Viele pflegende Angehörige wünschen sich laut den Befragten, über ihre Sorgen und Probleme sprechen zu können.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

b) Wie ausgeprägt ist ihre Unterstützungs- und Beratungstätigkeit bzw. -bereitschaft im Praxisalltag?

Die HausärztInnen gaben überwiegend an, die pflegenden Angehörigen zu unterstützen, indem sie diese beraten und an Hilfsangebote verweisen würden. Dabei sah der Großteil der Interviewten die Kommunikation als Grundbasis an.

Weitere Hilfe und Unterstützung für pflegende Angehörige kann im Rahmen von Hausbesuchen oder durch Beschaffen von Hilfsmitteln erbracht werden. Außerdem spielen die emotionale Unterstützung der Angehörigen für viele HausärztInnen eine entscheidende Rolle. Einige AllgemeinmedizinerInnen gaben an, den Angehörigen eine Auszeit verschaffen zu wollen.

c) Welche Erfahrungen machen sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen und welche Herausforderungen erleben sie?

Der Großteil der befragten ÄrztInnen gab an, bereits kritische Versorgungssituationen von Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld erlebt zu haben. Manche gaben an, häufig kritische Versorgungssituationen zu erleben, andere bezeichneten die kritischen Versorgungssituationen als eher selten.

Überforderung von pflegenden Angehörigen wurde hingegen als häufiges Phänomen beschrieben. Dabei nannten die Befragten eine Vielzahl von potenziellen Auslösern und Gründen für die Überlastung von Pflegepersonen. Einige werden im Folgenden aufgezählt: Verschlechterung des Gesundheitszustandes der pflegebedürftigen Person, Mehrfachbelastung durch Pflege/Beruf/Familie, emotionales/ verändertes Eltern-Kind-Verhältnis, fehlende Lastverteilung innerhalb der Familie, hohe Ansprüche der Pflegenden an sich selbst, falsche Einschätzung des Pflegeaufwands, Schlafmangel und sonstige Gründe.

Für die AllgemeinmedizinerInnen wurden die hohen Erwartungshaltungen an die ÄrztInnen und familiäre Konflikte als herausfordernd und schwierig beschrieben. Ein weiteres Problem im Umgang mit pflegenden Angehörigen sei die Vielzahl an AnsprechpartnerInnen innerhalb einer Familie.

Außerdem wurden von den Befragten eine Vielzahl von sonstigen heterogenen Schwierigkeiten genannt, wie z.B. der Wunsch nach einer „rund-um-die-Uhr-Betreuung“ seitens der Angehörigen an die ÄrztInnen, falsche Vorstellungen von der

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Pflege, unterschiedliche Bedürfnisse und Wünsche von Pflegebedürftigen und der
Angehörigen, Verdrängung bei einer Zustandsverschlechterung der pflegebedürftigen
Person und Überforderung mit der Pflegesituation.

Bezogen auf die zeitlichen und finanziellen Aspekte gaben die Befragten zum Großteil
an, dass die finanzielle Abbildung der Betreuung von pflegenden Angehörigen nicht
möglich sei.

Als organisatorische und verwaltungstechnische Probleme im Umgang mit pflegenden
Angehörigen nannten die MedizinerInnen den hohen bürokratischen Aufwand und
Probleme mit den Krankenkassen. Außerdem sahen die befragten Personen es zum
Teil als problematisch an, dass bei den Angehörigen teilweise finanzielle Gründe für
die Pflege im häuslichen Umfeld eine Rolle spielen würden.

Sonstige Probleme im Umgang mit den Pflegenden seien z.B. der Wunsch nach
späten Sprechstundenterminen und nach kurzfristigen Hausbesuchen sowie die
Komplexität des Gesundheitssystems mit häufigen gesundheitspolitischen
Änderungen.

d) Welche Kenntnisse haben HausärztInnen in Bezug auf Hilfs- und
Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige und inwiefern machen sie –
z.B. durch gezielte Verweise – davon Gebrauch?

Die meisten Befragten gaben an, eine Vielzahl an Hilfs- und Unterstützungsangeboten
zu kennen und die pflegenden Angehörigen an diese zu vermitteln.

Dabei wurden Hilfs- und Unterstützungsangebote wie beispielsweise Pflegedienste,
Pflegerstützpunkte, die Pflegeversicherung, Hospizdienste, Kurzzeitpflege,
Verhinderungspflege, 24-Stunden-Hilfskräfte, stundenweise Betreuung,
Pfleges Schulungen, Hausnotruf, Sozialstationen, Palliativstationen, Selbsthilfegruppen
und Haushaltshilfen genannt.

Es wurde eine Möglichkeit genannt, die Organisation der häuslichen Pflege durch eine
Person zu organisieren, die sich in dem Bereich selbstständig gemacht hat und ihre
Arbeit privat abrechnet.

Viele HausärztInnen gaben an, die Vermittlung von Angehörigen an Hilfs- und
Unterstützungsangebote als ihre Aufgabe zu sehen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- e) Welche Maßnahmen zur Verbesserung der primärärztlichen Unterstützung pflegender Angehöriger sollen ergriffen werden?

Die Verbesserungswünsche der InterviewteilnehmerInnen betreffen vor allem die Abrechnungsmöglichkeiten und Schaffung neuer Betreuungsmöglichkeiten.

Außerdem gaben einige Befragte an, dass sie es befürworten würden, den pflegenden Angehörigen mehr öffentliche Aufmerksamkeit zu widmen und eine bessere Vernetzung von Hilfsangeboten zu schaffen.

Die Hälfte der HausärztInnen gab an, im Umgang mit pflegenden Angehörigen einen Schulungsbedarf/- oder Wunsch zu haben. Themen für Schulungen könnten beispielsweise Hilfsangebote, Beantragungswesen, gesetzliche Grundlagen, Psychosomatik und Abrechnung abbilden.

Aus den Ergebnissen der Befragung sollen Rückschlüsse auf die derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation pflegender Angehöriger in der hausärztlichen Praxis gezogen werden.

Inwieweit finden die DEGAM-Leitlinien jetzt schon Anwendung in der Praxis und gibt es andere Ansätze zur künftigen Verbesserung des Umgangs mit pflegenden Angehörigen seitens der hausärztlichen Praxis, damit in Zukunft möglichst wenige kritische Versorgungssituationen im häuslichen Pflegebereich auftreten?

Der Großteil der InterviewpartnerInnen gab an, die S3-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“ nicht zu kennen. Ein Teil der Befragten zeigte Interesse an der Leitlinie. Andere Leitlinien werden nach Angabe der Befragten nicht genutzt. Neue Leitlinien oder Hilfsmittel werden überwiegend nicht gewünscht. Einige HausärztInnen gaben jedoch an, in Zukunft offen für Leitlinien und Hilfsmittel im Umgang mit pflegenden Angehörigen zu sein.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

5.2. Diskussion der Ergebnisse im Spiegel anderer Studien

Die durchgeführte Studie und deren Ergebnisse erlauben eine Reihe von Aussagen und Feststellungen rund um den hausärztlichen Umgang mit pflegenden Angehörigen.

Der Großteil der interviewten HausärztInnen hat regelmäßig Kontakt zu pflegenden Angehörigen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer Befragung von 3556 HausärztInnen in Rheinland-Pfalz, Hessen und Baden-Württemberg. Dort gaben 68% der Befragten an, regelmäßig Kontakt zu pflegenden Angehörigen zu haben (38). Die Versorgung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting stellt damit ein relevantes Themengebiet in der allgemeinmedizinischen Forschung dar. Gründe für seltenen Kontakt zu pflegenden Angehörigen waren laut der befragten HausärztInnen besondere Praxisstrukturen mit Fokus im Bereich der Sportmedizin oder fehlende Hausbesuche.

Kontakte im Rahmen eines Pflegefalls finden regelmäßig bzw. unterschiedlich häufig statt.

Regelmäßige Verordnungen für Medikamente und Hilfsmittel sowie Konsultationen im Rahmen von Hausbesuchen führen häufig zu einer Kontaktaufnahme zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonen.

Bezogen auf die Kontaktentwicklung in den letzten Jahren zeigte sich ein heterogenes Bild. Die Kontaktentwicklung wurde sowohl als gleichbleibend oder abnehmend beschrieben als auch als zunehmend. Die Fluktuation des PatientInnenstamms könnte ein Grund für die abnehmende Zahl sein. Gründe für die zunehmenden Kontakte stellen der demographische Wandel und der Wunsch nach einem langen eigenständigen Leben in der häuslichen Umgebung dar (23). Mangelnde Erfahrung der befragten Personen kann dazu beitragen, dass die Entwicklung der Kontakte zu pflegenden Angehörigen im Laufe der Jahre nicht eingeschätzt werden kann.

Krankheitsbilder des höheren Alters, wie z.B. Demenz, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Immobilität, Tumorerkrankungen und chronische Wunden sowie andere neurologische Erkrankungen wie MS oder Parkinson, Diabetes, Kachexie und hohes Alter führen häufig zur Kontaktaufnahme zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonen. Pflegebedürftigkeit entsteht in der Regel mit zunehmendem Alter und Multimorbidität. Insbesondere immobilisierende Krankheitsbilder, die Hausbesuche nötig machen, führen zu Konsultationen der behandelnden HausärztInnen seitens der Angehörigen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Die Autoren des Pflege Reports 2023 führen diese Entwicklung vor allem auf die gestiegene Lebenserwartung zurück, die sich aufgrund des medizinischen Fortschritts, besserer Arbeitsbedingungen, eines gesünderen Lebensstils und der gestiegenen Hygienestandards in den letzten 150 Jahren verdoppelt hat (46).

Die pflegenden Angehörigen seien überwiegend weiblich. Diese Aussage deckt sich mit den Zahlen der DEAS Daten als auch mit den Ergebnissen einer Online- Umfrage im Jahr 2018 (15, 21).

Andere gaben an, dass die Geschlechterverteilung bei den Pflegenden gleichmäßig oder offen ist. Inwieweit sich die Geschlechterverteilung bei den Pflegepersonen in den nächsten Jahren entwickeln oder angleichen wird, wird zu beobachten bleiben.

Die Kontaktaufnahme erfolgt von Seiten der Angehörigen oder sowohl durch den Arzt als auch durch die pflegenden Angehörigen selbst. Es liegt daher nahe, dass die Kontaktaufnahme situationsbedingt erfolgt und keiner Systematik folgt.

Wangler et. al. untersuchten in einer Befragungsstudie hausärztliche Einstellungen, Vorgehensweisen und Herausforderungen bei der Unterstützung pflegender Angehöriger. Im Jahr 2021 wurden 3556 HausärztInnen in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Hessen befragt. In 89% gaben die Befragten an, dass pflegende Angehörige auf die HausärztInnen zukommen. Konsultationsgründe seitens der Angehörigen stellen nach den Ergebnissen der Studie vor allem die Verschlechterung der Pflegesituation oder eine Veränderung des Pflegebedarfs dar (38).

Der Großteil der Befragten sieht die frühzeitige Identifikation von pflegenden Angehörigen als Chance an. So könnten die Angehörigen laut Befragten vor Folgeerkrankungen und Überforderung bewahrt, frühzeitig Hilfsangebote vermittelt und die PatientInnen optimal versorgt werden. Eine Studie aus dem Jahr 2022, die sich mit der Identifikation von pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen beschäftigt, stellt HausärztInnen als erste AnsprechpartnerInnen bei der Identifikation der informellen Pflegepersonen in den Mittelpunkt (9, 14). Eine gute Arzt-PatientInnen-Beziehung sowie die Durchführung von Hausbesuchen können in dem Zusammenhang hilfreich sein, um Pflegende frühzeitig identifizieren zu können (9). Es scheint in dem Zusammenhang sinnvoll zu sein, ein Instrument zur Identifikation pflegender Angehöriger zu entwickeln und es in der Allgemeinmedizin zu implementieren (9). Sehr selten kommt es im Kollektiv der Befragten dazu, dass sich

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
HausärztInnen bisher keine Gedanken über die frühzeitige Identifikation von pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis und deren Chancen gemacht haben. Die hausärztliche Praxis spielt folglich bei der frühzeitigen Identifikation von pflegenden Angehörigen eine entscheidende Rolle. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Aussagen von T. Lichte und C. Höppner, die sich in ihrer Arbeit mit der Identifikation von pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen beschäftigt haben. (7) Dieser zentrale Aspekt könnte seitens der HausärztInnen und der Politik dazu genutzt werden, die Betreuungssituation der Angehörigen zu verbessern, indem die ÄrztInnen geschult werden und die Unterstützung von pflegenden Angehörigen optimiert wird.

Auf die Frage nach den Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen von pflegenden Angehörigen an die Hausarztpraxis wurden der Wunsch nach organisatorischer/verwaltungstechnischer Unterstützung, nach Hilfs- und Unterstützungsangeboten und der Verordnung von Hilfsmitteln genannt. Außerdem möchten die Pflegenden nach Aussage der Interviewten ihre Angehörigen medizinisch gut versorgt wissen und mit den ÄrztInnen über ihre Sorgen sprechen. Laubach et al. zeigte in einer Befragung von pflegenden Angehörigen im Jahr 2012, dass die soziale Situation und die emotionale Unterstützung seitens der HausärztInnen eine besonders wichtige Rolle für den Umgang mit pflegenden Angehörigen spielt (29). Im Survey der Hochschule Coburg zeigte sich, dass nur 3,8% der befragten Angehörigen angibt, dass die eigenen Bedürfnisse durch die Hausarztpraxis erhoben wurden (28). Hier zeigt sich eine potenzielle Versorgungslücke bei der Unterstützung pflegender Angehöriger durch die Hausarztpraxis. Um diesem Defizit in Zukunft Rechnung zu tragen, gilt es, die Betreuungssituation der Angehörigen in Deutschland im Zuge von Studien zukünftig weiter zu analysieren und die Gruppe der pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen mehr in den Fokus zu rücken. HausärztInnen sollten sich auf die Bedürfnisse und Wünsche von pflegenden Angehörigen einstellen und diese berücksichtigen. Dazu bedarf es einer eingehenden Beratung, ggf. auch in Abwesenheit der Pflegebedürftigen. (24)

Darüber hinaus zeigen Ergebnisse einer Studie zu hausärztlichen Einstellungen und Lösungsansätzen aus Sachsen Anhalt, dass pflegende Angehörige durch die Hausarztpraxis sensibilisiert werden sollten, proaktiv Probleme und Belastungen im Rahmen der häuslichen Pflegesituation anzusprechen und um Hilfe- und Unterstützung zu bitten (9).

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Die HausärztInnen beschrieben die hohen Erwartungshaltungen an sich selbst und familiäre Konflikte im Rahmen der Pflege als herausfordernd und schwierig. Ein weiteres Problem im Umgang mit pflegenden Angehörigen sei die Vielzahl an AnsprechpartnerInnen innerhalb einer Familie. Eine Möglichkeit für HausärztInnen, den Informationsfluss trotz familiärer Konflikte und einer Vielzahl von AnsprechpartnerInnen zu lenken, könnte das Nutzen eines Multiplikators sein. In diesem System gibt es ein bis zwei AnsprechpartnerInnen, die mit den Hausarztpraxen in Kontakt treten (24).

Außerdem wurden von den Befragten eine Vielzahl von sonstigen heterogenen Schwierigkeiten genannt, wie z.B. der Wunsch nach einer „rund-um-die-Uhr-Betreuung“ seitens der Angehörigen an die ÄrztInnen, falsche Vorstellungen von der Pflege, unterschiedliche Bedürfnisse und Wünsche von Pflegebedürftigen und der Angehörigen, Verdrängung bei einer Zustandsverschlechterung der pflegebedürftigen Person und Überforderung mit der Pflegesituation.

Der Wunsch nach dauerhafter Erreichbarkeit kann in Zeiten von Fachkräfte- und Ärztemangel zu einem Problem in Hausarztpraxen führen, da die zeitlichen Ressourcen knapp sind (47).

Wenige Personen gaben an, keine Probleme im Umgang mit den pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis zu haben.

Bezogen auf die zeitlichen und finanziellen Aspekte gaben die Befragten zum Großteil an, dass die finanzielle Abbildung der Betreuung von pflegenden Angehörigen nicht möglich sei. Ein Teil der Personen gab an, den finanziellen Aufwand nicht einschätzen zu können. Darüber hinaus wurde seitens der Befragten überwiegend der hohe zeitliche Aufwand der Angehörigenbetreuung erwähnt.

Weniger als die Hälfte der InterviewteilnehmerInnen war der Meinung, dass sich zeitlicher und finanzieller Aufwand im heterogenen PatientInnenkollektiv der Praxis ausgleichen.

Der zunehmende Zeitmangel, der sich vor allem aufgrund der COVID-19-Pandemie verstärkt hat, stellt für die Befragten bei der Angehörigenbetreuung ein großes Problem dar, da häufig selbst die PatientInnenbetreuung aufgrund der geringen zeitlichen Kapazitäten nicht gänzlich gewährleistet werden kann (47). Eine Studie von

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting Schneemilch et al. zu pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis (2018) zeigte, dass der tatsächliche zeitliche Aufwand und die geplante Zeit eines Termins bei der Betreuung pflegender Angehöriger stark differieren können (24). Zeitmangel in der Arztpraxis stellt folglich neben der fehlenden finanziellen Abbildung den zentralen Grund für die Unterversorgung von pflegenden Angehörigen dar (24).

Als organisatorische und verwaltungstechnische Probleme im Umgang mit pflegenden Angehörigen nannten die MedizinerInnen den hohen bürokratischen Aufwand und Probleme mit den Krankenkassen. Außerdem sahen die befragten Personen es teilweise als problematisch an, dass bei den Angehörigen teils finanzielle Gründe für die Pflege im häuslichen Umfeld eine Rolle spielen würden.

Sonstige Probleme im Umgang mit den Pflegenden seien z.B. der Wunsch nach späten Sprechstundenterminen und nach kurzfristigen Hausbesuchen sowie die Komplexität des Gesundheitssystems mit häufigen gesundheitspolitischen Änderungen.

Viele Angehörige sind noch berufstätig und haben häufig erst abends Zeit, um Arzttermine wahrzunehmen. Das kann dazu führen, dass komplexe Gespräche mit PatientInnen und Angehörigen am Ende der Sprechstunde geführt werden, was auf Seiten der hausärztlichen Praxis zu organisatorischen Schwierigkeiten führen kann. Andererseits könnten im Rahmen der Terminorganisation Zeitslots für Angehörigengespräche am Ende der Sprechstunde eingetragen werden, um dem Wunsch der Angehörigen Rechnung zu tragen.

Die HausärztInnen gaben überwiegend an, die pflegenden Angehörigen zu unterstützen, indem sie diese beraten und an Hilfsangebote verweisen würden. Dabei sah der Großteil der Interviewten die Kommunikation als Grundbasis an.

Weitere Hilfe und Unterstützung für pflegende Angehörige könnte im Rahmen von Hausbesuchen oder durch Beschaffen von Hilfsmitteln erbracht werden. Außerdem spielt die emotionale Unterstützung der Angehörigen für viele HausärztInnen eine entscheidende Rolle. Einige HausärztInnen gaben an, den Angehörigen eine Auszeit verschaffen zu wollen. Diese Unterstützung spielt im Hinblick auf die Belastungsfaktoren, denen pflegende Angehörige ausgesetzt sind, eine wichtige Rolle. Eine Studie von Brügger et al. zum Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger zeigte im Jahr 2015, dass insbesondere 5 Kategorien im

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting Belastungserleben pflegender Angehöriger eine Rolle spielen. Diese seien Müdigkeit und Überforderung, sich alleingelassen und unverstanden fühlen, Trauer, Leid und Zukunftssorgen, Hilf- und Machtlosigkeit und „Fremdbestimmtheit“ (10).

Die meisten Befragten gaben an, eine Vielzahl an Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu kennen und die pflegenden Angehörigen an diese zu vermitteln.

Dabei wurden Hilfs- und Unterstützungsangebote wie beispielsweise Pflegedienste, Pflegestützpunkte, die Pflegeversicherung, Hospizdienste, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, 24-Stunden-Hilfskräfte, stundenweise Betreuung, Pflegeschulungen, Hausnotruf, Sozialstationen, Palliativstationen, Selbsthilfegruppen und Haushaltshilfen genannt.

Eine befragte Person berichtete über die Zusammenarbeit mit einer unabhängigen Fachkraft, die sich auf die Organisation von Pflegesituationen spezialisiert hat. Die Abrechnung erfolge privat. Ein solcher Ansatz könnte neue Perspektiven für die Angehörigenbetreuung eröffnen und über die herkömmliche Pflegeberatung hinaus gehen. Auf diese Weise könnten HausärztInnen und pflegerische Einrichtungen zukünftig entlastet und eine zentrale Anlaufstelle für die Angehörigen geschaffen werden. Darüber hinaus könnten über die zentrale Anlaufstelle eine Vielzahl von Aufgaben koordiniert werden, darunter:

Kontakt mit der Pflegeversicherung, Beantragung des Pflegegrades, Organisation von Hilfsmitteln und Umbaumaßnahmen im häuslichen Umfeld, Vermittlung an geeignete Hilfs- und Unterstützungsangebote wie beispielsweise an einen Pflegedienst, eine 24 Stunden Hilfskraft, Angebote einer Kurzzeitpflege oder Organisation eines Heimplatzes. Des Weiteren könnte eine Vernetzung mit anderen Betroffenen im Rahmen von Selbsthilfegruppen vereinfacht werden und gegebenenfalls Informationsabende für pflegende Angehörige angeboten werden. Der Austausch mit anderen Pflegepersonen kann als eine zentrale Bewältigungsstrategie im Belastungserleben pflegender Angehöriger fungieren (10). Grundvoraussetzungen für eine solche zentrale Anlaufstelle stellen die unkomplizierte, niederschwellige Erreichbarkeit und die Entbindung der Schweigepflicht dar. Außerdem müsste die Finanzierung in der Zukunft geregelt werden, damit auch sozial- oder einkommensschwächere Familien Zugang zu derartigen Angeboten bekommen könnten.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Die befragten HausärztInnen gaben weitestgehend an, die Vermittlung von Angehörigen an Hilfs- und Unterstützungsangebote als ihre Aufgabe zu sehen. Insgesamt zeigt sich bei der Vermittlung an Hilfs- und Unterstützungsangebote Potential für Optimierungen. Der Survey der Hochschule Coburg zeigte beispielsweise, dass 60,3% der befragten pflegenden Angehörigen zu Beginn der Pflegetätigkeit keine hilfreichen Informationen erhalten haben (28). Lediglich 5,1% gaben an, Hilfe durch ÄrztInnen erhalten zu haben (28). Da es bereits viele Hilfsangebote gibt, scheint es nötig zu sein, den Zugang zu diesen Angeboten in Zukunft zu verbessern. Marx et al. konnten zeigen, dass Kommunikation und Kooperation zwischen Pflege/ Pflegeberatung und Arztpraxis Verbesserungspotentiale aufweisen (9). Erleichterung könnte auch hier durch eine zentrale Anlaufstelle geschaffen werden.

Hausbesuche spielen für die meisten ÄrztInnen eine zentrale Rolle im Umgang mit pflegenden Angehörigen. So nutzen die Befragten die Besuche von Pflegebedürftigen, um sich gezielt ein Bild vom häuslichen Umfeld und der Versorgungssituation zu machen, potenzielle Stolperfallen und Gefahren frühzeitig aus dem Weg zu räumen und Kontakt mit den pflegenden Angehörigen aufzunehmen.

71% der pflegenden Angehörigen gaben bei der Untersuchung ihrer Betreuungsbedürfnisse an, dass sie sich seitens der HausärztInnen Zeit für Hausbesuche wünschen (29). Hausbesuche nehmen damit sowohl für die ÄrztInnen als auch für die pflegenden Angehörigen und die Pflegebedürftigen eine wichtige Stellung ein (9). Im Rahmen der Befragung von 3556 HausärztInnen zeigte sich folgendes Bild: 85% der ÄrztInnen, die in ländlichen Regionen tätig sind, gaben an, dass sie Hausbesuche im Rahmen der wahrgenommenen Betreuungsbedürfnisse von pflegenden Angehörigen an sich selbst für wichtig empfinden (38). In den urbanen Regionen gaben 51% der befragten HausärztInnen an, dass Hausbesuche für Pflegepersonen wichtig seien (38). Folglich lässt sich feststellen, dass eine Aufrechterhaltung von Hausbesuchen durch die Ärzteschaft insbesondere in ländlichen Bereichen in Zukunft wichtig sein wird. Dafür spielen insbesondere die Vergütung sowie zeitliche und personelle Ressourcen eine Rolle.

Der Großteil der befragten HausärztInnen gab an, bereits kritische Versorgungssituationen von Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld erlebt zu haben. Manche gaben an, häufig kritische Versorgungssituationen zu erleben, andere

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting bezeichneten die kritischen Versorgungssituationen als eher selten. Dieses heterogene Ergebnis könnte aufgrund unterschiedlicher Wahrnehmung einer kritischen Versorgungssituation seitens der HausärztInnen zustande gekommen sein. Um genauere Ergebnisse zu bekommen, könnte es hilfreich sein, den InterviewteilnehmerInnen im Zuge von weiteren Befragungen eine Definition von „kritischen Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld“ zu geben und erneut nach kritischen Versorgungssituationen zu fragen.

In der S3 Leitlinie „pflegende Angehörige von Erwachsenen“ wird aufgezeigt, dass es im schlimmsten Fall zu Versorgungsdefiziten in der häuslichen Pflegesituation kommen kann, wenn die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen nicht frühzeitig erkannt werden (5, 6).

Überforderung von pflegenden Angehörigen wurde als häufiges Phänomen beschrieben. Dabei nannten die Befragten eine Vielzahl potenzieller Auslöser und Gründe für die Überlastung von Pflegepersonen. Einige werden im Folgenden aufgezählt und im Anschluss erläutert: Verschlechterung des Gesundheitszustandes der pflegebedürftigen Person, Mehrfachbelastung durch Pflege/Beruf/Familie, emotionales/ verändertes Eltern-Kind-Verhältnis, fehlende Lastverteilung innerhalb der Familie, hohe Ansprüche der Pflegenden an sich selbst, falsche Einschätzung des Pflegeaufwands, Schlafmangel und sonstige Gründe.

Wenn sich der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person verschlechtert, kann die Notwendigkeit einer intensiveren Pflege zu Herausforderungen und negativem Stress bei den Angehörigen führen. Die Herausforderungen, die sich durch die Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergeben, können durch Mehrfachbelastungen von pflegenden Angehörigen verstärkt werden. Viele pflegende Angehörige sind gleichzeitig berufstätig und haben familiäre Verpflichtungen. Die gleichzeitige Bewältigung von Pflegeaufgaben, beruflichen Anforderungen und familiären Verpflichtungen kann zur Überlastung führen. Die Rolle als pflegendeR AngehörigeR kann das traditionelle Eltern-Kind-Verhältnis verändern, Abhängigkeiten innerhalb der Familie verändern und zu emotionalen Belastungen führen. Dabei kann es schwierig sein, die Rolle als Kind oder Elternteil abzulegen und stattdessen als Pflegeperson oder pflegebedürftige Person zu agieren. Oftmals lastet die Hauptverantwortung für die Pflege auf einer oder wenigen Personen in der Familie. Eine ungleiche Verteilung der pflegerischen Aufgaben kann zu Konflikten und

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting Überforderung führen. Zusätzlich setzen sich die Angehörigen häufig unter Druck, indem sie eine hohe Erwartungshaltung an sich selbst aufbauen, was zu Selbstzweifeln führen kann. Andererseits kann es passieren, dass der Pflegeaufwand seitens der Pflegepersonen unterschätzt wird. Schlafmangel und andere familiäre oder persönliche Umstände können ebenfalls zu einer erhöhten Belastung beitragen und die Überforderung von pflegenden Angehörigen verstärken.

Die DEGAM PatientInneninformation Pflegende Angehörige empfiehlt, Hilfen anzunehmen, wenn der Unterstützungsbedarf bei der Körperpflege intensiver wird und sich die Angehörigen überfordert fühlen, wenn es zu Schlafmangel, Abgeschlagenheit und abnehmenden sozialen Kontakten kommt und die Angehörigen das Gefühl haben, den Pflegebedürftigen nicht mehr gerecht werden zu können (30).

Die Hälfte der Befragten gab an, dass das Praxispersonal als HauptansprechpartnerInnen für die pflegenden Angehörigen agiert, die andere Hälfte gab an, dass das Praxispersonal im Umgang mit pflegenden Angehörigen eingebunden wird.

Geschultes Praxispersonal im Sinne einer Nichtärztlichen Praxisassistenz (NäPA), VersorgungsassistentIn in Hausarztpraxen (VERAH) oder EntlastendeR VersorgungsassistentIn (EVA) sei in vielen Praxen bereits vorhanden und werde von den ÄrztInnen geschätzt.

Dieses Bild deckt sich mit den Ergebnissen aus früheren Studien, die zeigen, dass das Personal in der hausärztlichen Praxis häufig als ersteR AnsprechpartnerIn bei der Bewältigung einer häuslichen Pflegesituation agiert(16).

Andere HausärztInnen gaben an, dass sie sich geschultes Praxispersonal wünschen würden oder die Schulung des Personals bereits in Planung ist. Eine Schulung scheitere in manchen Fällen an den Zugangsvoraussetzungen, an dem hohen Alter der MitarbeiterInnen, der Coronapandemie oder dem vermeintlich fehlenden wirtschaftlichen Nutzen.

Andere InterviewteilnehmerInnen waren allerdings der Meinung, dass es kein Erfordernis für geschultes Praxispersonal gebe.

Insgesamt zeigte sich ein eher positives Bild der HausärztInnen in Bezug auf die Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch geschultes Praxispersonal. Viele

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting organisatorische und verwaltungstechnische Aufgaben, wie z.B. die Organisation von Hilfsmitteln, Hausbesuchen und die Vermittlung an Hilfs- und Unterstützungsangebote könnten an das geschulte Personal delegiert und damit eine Entlastung der ÄrztInnen geschaffen werden, sodass im Rahmen des PatientInnengesprächs mehr Zeit für die medizinische Konsultation bleiben könnte. Prinzipiell scheinen viele Praxen bereits auf diese Weise zu arbeiten, der Fachkräftemangel könnte allerdings dazu beitragen, dass das Delegieren von nicht-ärztlichen Aufgaben aufgrund fehlender personeller Ressourcen in manchen Fällen nicht möglich ist. Um ein Abwandern der MFA in andere Bereiche des Gesundheitswesens oder andere Sektoren zu verhindern, sei es laut der KV Niedersachsen wichtig, die verantwortungsvolle Arbeit der MFA herauszustellen und sie dementsprechend zu entlohnen. (47, 48) Außerdem sollte die Mobilisierung von Fachkräften aus dem Ausland weiter vorangetrieben werden. Dazu scheint es sinnvoll, Informationsstellen für Unternehmen und Pflegeeinrichtungen zu errichten, die Integration der ausländischen Fachkräfte zu fördern und bei der sprachlichen Ausbildung zu helfen sowie eine positive Willkommenskultur zu unterstützen (26).

Der Großteil der InterviewpartnerInnen gab an, die S3-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“ nicht zu kennen, einige Personen gaben an, mal etwas von der Leitlinie gehört oder gelesen zu haben, andere äußerten, sich die Leitlinie nach dem Interview durchlesen zu wollen.

Andere Leitlinien werden nach Angabe der Befragten nicht genutzt. Neue Leitlinien oder Hilfsmittel werden überwiegend nicht gewünscht. Einige HausärztInnen gaben jedoch an, in Zukunft offen für Leitlinien und Hilfsmittel im Umgang mit pflegenden Angehörigen zu sein.

Inhaltlich zeigt die S3 Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“, die zuletzt im Jahr 2018 herausgekommen ist und aktuell überarbeitet wird, Handlungsempfehlungen für die Identifikation pflegender Angehöriger auf, beleuchtet Ursachen von Überforderung, zeigt „Red-flags“ für abwendbar gefährliche Verläufe in der häuslichen Pflege auf und beschäftigt sich mit Konfliktbewältigung, Informationsvermittlung und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige.

Zuletzt wurde außerdem ein Assessmentbaum entwickelt (siehe Anhang), der dabei helfen kann, die Situation pflegender Angehöriger in Hausarztpraxen zunächst

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting aufzunehmen und anhand verschiedener Kriterien zu bewerten. Es finden sich unterschiedliche Kategorien zu den Themen Gesundheit des Pflegenden, Gesundheit des Gepflegten, Ressourcen des Pflegenden, Rahmenbedingungen, Beziehungsqualität und Pflegemotive, sowie zur Pflegesituation. Bedürfnisse und Probleme können übersichtlich aufgenommen und bei der Unterstützung von pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen berücksichtigt werden.

Ein Grund für die geringe Nutzung der S3-Leitlinie „pflegende Angehörige von Erwachsenen“ (DEGAM) könnte der Zeitmangel in Hausarztpraxen sein. Bei einer Vielzahl von Leitlinien könnten die ÄrztInnen sich aufgrund der fehlenden Zeit auf jene Leitlinien beschränken, die im täglichen Umgang mit gängigen Krankheitsbildern eine Rolle spielen. Eine Befragung in Zirkeln der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) aus dem Jahr 2008 zeigte, dass Leitlinien, die nichtmedikamentöse Empfehlungen geben und Kommunikation und Zeit erfordern, häufiger zu Problemen in der Umsetzung führen (49). Eine andere Studie von Wangler und Jansky, die den Kenntnisstand dieser Leitlinie erfragt hat, kommt zu dem Ergebnis, dass 40% von 3556 Befragten HausärztInnen die Leitlinie „pflegende Angehörige von Erwachsenen“ kennen. (38) Ausdruck dieser heterogenen Abbildung könnte zum einen die zufällige Auswahl der 20 HausärztInnen sein, zum anderen könnte das Studiendesign, das sich offener Fragen bedient und als Interview geführt wird, in dem in der Regel sofort Antworten gegeben werden, seinen Teil dazu beitragen haben, dass die HausärztInnen sich ad hoc nicht an diese Leitlinie erinnern konnten.

Verbesserungswünsche von HausärztInnen betreffen vor allem die Abrechnungsmöglichkeiten und Schaffung neuer Betreuungsmöglichkeiten. Das deckt sich mit den Ergebnissen aus der Studie von Laubach et al., die zeigte, dass der Betreuung pflegender Angehöriger eine höhere Vergütung zukommen sollte (29).

Bis heute gestaltet sich die Abrechnung von Angehörigengesprächen schwierig. Während der Coronapandemie wurde eine Ziffer für die telefonische Beratung eingeführt (01433/01434), die sich auch im Rahmen von Angehörigengesprächen als hilfreich erwies. Diese wurde 2022 durch die KBV wieder gestrichen (50). Lediglich die Ziffer 03230, die im Rahmen eines „problemorientierte[n] ärztliche[n] Gespräch[s], das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist“, abgerechnet werden kann, stellt eine Option zur Abrechnung für gesetzlich krankenversicherte PatientInnen dar, sofern die Gesprächsdauer 10 Minuten übersteigt und das Gespräch mit den

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting PatientInnen oder Bezugspersonen geführt wurde. Mit 128 Punkten entspricht die Vergütung für diese Ziffer einem Gegenwert von 15,28€ (51). Bei privat versicherten PatientInnen kann einmalig die Ziffer 4 der GOÄ abgerechnet werden. Mit 220 Punkten und Einzelsatz entspricht die Ziffer einem Wert von 12,82€ (52, 53).

Die Schaffung neuer Betreuungsmöglichkeiten lässt sich diskutieren. Vielerorts existieren bereits weitreichende Angebote für pflegende Angehörige, allerdings könnten die Kapazitäten in Zukunft weiter ausgebaut werden, um die Unterstützung von pflegenden Angehörigen zu verbessern. Eine Möglichkeit, um vorhandene Betreuungsangebote besser und übersichtlicher zugänglich zu machen, stellt die Erstellung eines Pflegehandbuches dar. Der Kreis Gütersloh hat beispielsweise einen Pflegeleitfaden für pflegende Angehörige entwickelt, der alle wichtigen Informationen in einem Dokument zusammenfasst. Es werden Informationen über Beratungs- und Anlaufstellen, Angebote rund um die häusliche Pflege, Alternativen zur Pflege in der häuslichen Umgebung, Leistungen der Pflegekassen sowie zur privaten Pflegevorsorge aufgezeigt. Darüber hinaus finden sich Informationen zur Sozialhilfe, zur gesetzlichen Betreuung, Palliativversorgung und Hospiz und Vereinbarkeit von Beruf und Pflege (54). Solch ein Leitfaden könnte in vielen Regionen Deutschlands als Vorbild genommen werden, um ein ähnliches Format zu entwickeln und damit den pflegenden Angehörigen zur Seite zu stehen. Ein Nachteil des Leitfadens könnte die Komplexität des Dokuments darstellen, die sich für beeinträchtigte oder betagtere Personen als herausfordernd gestalten könnte.

Außerdem gaben einige Befragte an, dass sie es befürworten würden, den pflegenden Angehörigen mehr öffentliche Aufmerksamkeit zu widmen und eine bessere Vernetzung von Hilfsangeboten zu schaffen.

Berufspolitisch könnte eine Regelung für Entlastungsmöglichkeiten bei gleichzeitiger häuslicher Pflege und Berufstätigkeit von Interesse sein. Flexible Arbeitszeitmodelle, Homeoffice und individuelle Absprachen mit dem Arbeitgeber könnten in dem Zusammenhang eine zentrale Rolle einnehmen.

So könnte, wie seitens des Bundesministeriums für Gesundheit erwünscht, die Aufrechterhaltung der Berufsfähigkeit ermöglicht, Belastungen im Rahmen der Pflege gesenkt werden und soziale Beziehungen außerhalb der Familie gepflegt werden (25).

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Eine höhere Wertschätzung für die Pflege von Angehörigen innerhalb der Gesellschaft könnte dazu führen, dass die psychische Belastung von Pflegenden abnimmt und die Pflege zunehmend als positiv wahrgenommen wird. Bürokratieabbau und eine gute Erreichbarkeit sind Grundvoraussetzungen für eine bessere Vernetzung von Hilfsangeboten für pflegende Angehörige.

Die Hälfte der HausärztInnen gab an, im Umgang mit pflegenden Angehörigen einen Schulungsbedarf/- oder Wunsch zu haben. Themen für Schulungen könnten beispielsweise Hilfsangebote, Beantragungswesen, gesetzliche Grundlagen, Psychosomatik und Abrechnung abbilden.

In Teilen der geführten Interviews wurden seitens der InterviewpartnerInnen Aussagen über die COVID-19-Pandemie getroffen, die im Nachhinein in das Codesystem aufgenommen und ausgewertet wurden. Die Befragten äußerten überwiegend, dass die Versorgung der PatientInnen zu Hause und die Schulung der Angehörigen sowie des ärztlichen und des Praxispersonals durch die Coronapandemie erschwert wurden.

Als positive Aspekte der Pandemie wurden die neu geschaffene Abrechnungsziffer für Telefongespräche und die Schulungen für ÄrztInnen im Onlineformat genannt.

Die Daten des DEAS aus dem Jahr 2022 zeigen, dass es insbesondere im Rahmen der „ersten Welle“ in der COVID-19-Pandemie zu einem kurzfristigen Anstieg der Anzahl an Pflegenden gekommen ist (34). NachbarInnen und FreundInnen wurden während der Pandemie häufiger unterstützt. Die Anzahl an Pflegebedürftigen aus dem familiären Umfeld blieb weitestgehend konstant (34). (Weibliche) Angehörige zeigten während der Pandemie häufiger depressive Symptome und fühlten sich häufig einsamer (34). Fehlende soziale Kontakte, eine geringere ärztliche Versorgung der PatientInnen im häuslichen Umfeld und fehlende Unterstützung im Rahmen von Hilfsangeboten könnten Gründe für diese Entwicklung sein.

Einige der befragten HausärztInnen betonten während des Interviews den Unterschied zwischen pflegenden Angehörigen in ländlichen gegenüber städtisch gelegenen Hausarztpraxen, sodass eine weitere Kategorie mit dem Namen „Unterschiede zwischen Stadt und Land“ gebildet wurde. Laut Aussagen der InterviewteilnehmerInnen sei die Betreuung von Pflegebedürftigen durch den intakten Familienverbund beispielsweise auf dem Land häufig eher gewährleistet als in der Stadt. Gleichzeitig sei der gesellschaftliche Druck auf die pflegenden Angehörigen

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting innerhalb ländlich lebender Familien höher als in der Stadt, sodass die Pflege eines nahestehenden Angehörigen in manchen Fällen trotz Überlastung nicht abgegeben werde.

Ein TeilnehmerIn äußerte, dass die Kontakte zu pflegenden Angehörigen aufgrund der ländlichen Struktur, die im Umkreis der Praxis vorhanden sei, in den letzten Jahren häufiger geworden seien.

Das PatientInnenkollektiv in der Stadt sei außerdem einer höheren Fluktuation ausgesetzt. Die unkomplizierte Kontaktaufnahme von pflegenden Angehörigen auf dem Land wurde unter anderem als positiver Aspekt genannt.

In Bezug auf die Wahrnehmung von Wünschen und Bedürfnissen pflegender Angehöriger seitens der HausärztInnen zeigten sich in der Studie von Wangler et al., die sich mit den „hausärztlichen Einstellungen, Vorgehensweisen und Herausforderungen bei der Unterstützung pflegender Angehöriger“ beschäftigte, signifikante Unterschiede zwischen urban und ländlich tätigen ÄrztInnen (38). So legten ÄrztInnen auf dem Land mehr Wert auf eine proaktive und psychosoziale Unterstützung, während ÄrztInnen in der Stadt sich auf Hilfsangebote und die Betreuung durch FachärztInnen fokussieren (38).

Um die Unterschiede zwischen ländlich und urban tätigen HausärztInnen weiter herauszustellen, scheint es sinnvoll, weitere Studien zu etablieren, die potenzielle Diskrepanzen bei der Unterstützung pflegender Angehöriger in unterschiedlichen Regionen Deutschlands herausarbeiten. Diese Ergebnisse könnten in Zukunft genutzt werden und in die Ausbildung derjenigen ÄrztInnen einfließen, die im Rahmen der Landarztquote einen Studienplatz bekommen haben.

Zu Beginn wurde im Leitfaden des Interviews eine Frage zu den Aufgaben von pflegenden Angehörigen aufgenommen. In der Hälfte der Interviews fanden sich auswertbare Textstellen zu dieser Frage. Aufgrund der geringen Zahl an auswertbaren Textstellen wurde die Kategorie „Aufgaben von pflegenden Angehörigen“ zuletzt gebildet und ausgewertet. Einige Antworten werden im Folgenden exemplarisch dargestellt.

Die Aufgaben seien laut InterviewpartnerInnen unterschiedlich und würden von Alltagsbewältigung und Körperpflege über organisatorische Aufgaben und

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting medizinische Betreuung bis zur seelischen Unterstützung von Pflegebedürftigen reichen. Diese Ergebnisse decken sich mit den Aussagen einer Studie (2015) aus der Schweiz, die sich mit Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger beschäftigte (10). So spielten „Organisation und Koordination [...], Begleitung zu Arztbesuchen, administrative Arbeiten [und] Haushaltsaufgaben“ in der Betreuung von Pflegebedürftigen eine große Rolle (10).

Im Anschluss an das leitfadengestützte Interview wurde der Kurzfragebogen ausgehändigt. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt diskutieren: Auffällig scheint, dass bestimmte Thematiken sehr beliebt scheinen, obwohl das Interesse an einer Schulung im Interview als weniger stark bekundet wurde. Besonderes Interesse besteht bei der regionalen Versorgungsstruktur von pflegenden Angehörigen. Dieses Ergebnis legt nahe, dass viele HausärztInnen das Gefühl haben, nicht gut über die Unterstützungsmöglichkeiten in der Nähe informiert zu sein oder besser informiert sein könnten. Grund dafür könnten fehlende zeitliche Ressourcen sein, um sich über Hilfsangebote in der Region zu informieren. Andererseits kann es durch die uneinheitliche politische Strukturierung dazu kommen, dass AnbieterInnen und Stützpunkte für pflegerische Hilfsangebote fluktuieren, sodass es für die tätigen ÄrztInnen schnell unübersichtlich werden könnte. Zudem variieren die Hilfs- und Unterstützungsangebote je nach Region und Stadt. Marx et al. untersuchten in einer Studie hausärztliche Sichtweisen und Lösungsansätze in Bezug auf pflegende Angehörige in Hausarztpraxen. Dazu wurden HausärztInnen in Sachsen-Anhalt qualitativ zur Thematik befragt. Es zeigte sich auch hier, dass die Vermittlung an Hilfs- und Unterstützungsangebote durch einen schnell verfügbaren Überblick über regionale Hilfsangebote optimiert werden könnte (9). Schulungen zum Thema regionale Versorgungsstrukturen für pflegende Angehörige scheinen folglich sinnvoll zu sein.

5.3. Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse

Es folgt eine Schlussfolgerung aus der vorangegangenen Ergebnisdiskussion. Die Versorgung der Unterstützung von pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting stellt ein relevantes Themengebiet in der allgemeinmedizinischen Forschung dar. Der Kontakt zu pflegenden Angehörigen wird durch den demographischen Wandel und dem Wunsch nach einem langen eigenständigen Leben zu Hause in Zukunft vermutlich zunehmen. Diese Studie kann als Grundlage für Studien im Bereich der Unterstützung von pflegenden Angehörigen dienen und Ansatzpunkte für weitere Forschungsthemen aufzeigen. Es folgt eine Zusammenfassung der wesentlich zu diskutierenden Punkte:

Aktuell bilden Frauen den Großteil der Pflegepersonen. Inwieweit sich die Geschlechterverteilung bei den Pflegepersonen in den nächsten Jahren entwickeln oder angleichen wird, wird zu beobachten bleiben.

Die situationsbedingte Kontaktaufnahme von pflegenden Angehörigen kann eine Chance für die zukünftige systematische Kontaktaufnahme seitens der Hausarztpraxis darstellen. Eine gute ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung sowie die Durchführung von Hausbesuchen können in dem Zusammenhang hilfreich sein, um Pflegende frühzeitig identifizieren zu können. Dabei bildet die Kommunikation die Grundbasis.

Um den Wünschen und Bedürfnissen der Angehörigen Rechnung zu tragen, sollten pflegende Angehörige durch die Hausarztpraxis sensibilisiert werden, ihre Probleme proaktiv anzusprechen. HausärztInnen sollten die Bedürfnisse frühzeitig wahrnehmen und berücksichtigen.

Hohe Erwartungshaltungen an die ÄrztInnen und familiäre Konflikte können neben einer großen Zahl an AnsprechpartnerInnen innerhalb einer Familie für AllgemeinmedizinerInnen herausfordernd sein. Die Nutzung eines Multiplikators kann in dem Zusammenhang diskutiert werden.

Auf organisatorischer Ebene stellt für die Befragten vor allem der zunehmende Zeitmangel, der sich im Rahmen der COVID-19-Pandemie und aufgrund des Fachkräftemangels verstärkt hat, ein großes Problem dar. Konzepte für ein gutes Zeitmanagement in der Praxis könnten in dem Zusammenhang hilfreich sein. Geschultes Praxispersonal kann die ÄrztInnen entlasten. Es scheint daher sinnvoll,

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting den Beruf der MFA in Zukunft attraktiver zu gestalten, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Eine zentrale Anlaufstelle für Pflegepersonen könnte bei den HausärztInnen für Entlastung sorgen. Grundvoraussetzungen für eine solche Institution stellen die unkomplizierte, niederschwellige Erreichbarkeit und die Entbindung der Schweigepflicht dar. Außerdem müsste die Finanzierung in der Zukunft geregelt werden.

Die Schaffung neuer Betreuungsmöglichkeiten lässt sich diskutieren. Vielerorts existieren bereits weitreichende Angebote für pflegende Angehörige. Eine Möglichkeit, um vorhandene Betreuungsangebote besser und übersichtlicher zugänglich zu machen, stellt die Erstellung eines Pflegehandbuches oder einer alternativen Übersicht über Pflegeangebote dar.

Kritische Versorgungssituationen und Überlastung spielen bei der Angehörigenbetreuung eine Rolle und sollten seitens der HausärztInnen frühzeitig wahrgenommen werden, um Gefahren für die Pflegebedürftigen und die Pflegenden abzuwenden. Hierfür könnten Instrumente zur Früherkennung für HausärztInnen etabliert werden.

Optimierungspotenzial bietet sich insbesondere bei der Vergütung von Gesprächen mit pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen sowie bei der Entlastung von HausärztInnen durch zentrale Anlaufstellen.

Für die Angehörigen können flexible Arbeitszeitmodelle, Homeoffice und individuelle Absprachen mit dem Arbeitgeber eine wesentliche Entlastung schaffen. Eine höhere Wertschätzung könnte bei den Pflegenden dazu führen, dass die psychische Belastung abnimmt und die Pflege zunehmend als positiv wahrgenommen wird.

Um die Unterschiede zwischen ländlich und urban tätigen HausärztInnen weiter herauszustellen, scheint es sinnvoll, weitere Studien zu etablieren, die potenzielle Diskrepanzen bei der Unterstützung pflegender Angehöriger in unterschiedlichen Regionen Deutschlands herausarbeiten. Diese Ergebnisse könnten in Zukunft in die Ausbildung derjenigen ÄrztInnen einfließen, die im Rahmen der Landarztquote einen Studienplatz bekommen haben.

5.4. Abgeleitete Handlungsempfehlungen

Die Versorgung der Unterstützung von pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting stellt ein relevantes Themengebiet in der Allgemeinmedizin dar.

Zu Beginn der Arbeit wurde diskutiert, dass es bisher wenig Studien gibt, die potenziell anwendbare Handlungsstrategien für den Umgang mit pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen aufzeigen. Diese sollen im Folgenden anhand der Ergebnisse dieser Arbeit und anhand von Handlungsempfehlungen, die in der Literatordiskussion zu finden sind, entwickelt und verfasst werden.

Handlungsempfehlungen im Umgang mit pflegenden Angehörigen:

1. HausärztInnen sollten insbesondere bei immobilisierenden Krankheitsbildern, die Hausbesuche nötig machen, für den Kontakt mit pflegenden Angehörigen sensibilisiert sein.
2. Pflegende Angehörige sind noch immer überwiegend weiblich. Daher empfiehlt sich vor allem bei weiblichen Angehörigen von PatientInnen eine kurze orientierende Frage zur häuslichen Pflege.
3. Die frühzeitige Identifikation von pflegenden Angehörigen kann eine Chance sein. So können die Angehörigen vor Folgeerkrankungen und Überforderung bewahrt, frühzeitig an Hilfsangebote vermittelt und die PatientInnen optimal versorgt werden. Es scheint in dem Zusammenhang sinnvoll zu sein, ein Instrument zur Identifikation pflegender Angehöriger zu entwickeln und es in der Allgemeinmedizin zu implementieren(14). Mithilfe von Schulungen, die die Identifikation von pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen beleuchten, könnte die Betreuungssituation der Angehörigen in Zukunft verbessert werden.
4. Um potenzielle Versorgungslücken bei der Unterstützung pflegender Angehöriger in Zukunft zu schließen, gilt es, die Betreuungssituation der Angehörigen in Deutschland im Zuge von Studien zukünftig weiter zu analysieren und die Gruppe der pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis mehr in den Fokus zu rücken.
5. HausärztInnen sollten sich auf die Bedürfnisse und Wünsche von pflegenden Angehörigen einstellen und diese berücksichtigen. Dazu bedarf es einer eingehenden Beratung, ggf. auch in Abwesenheit der Pflegebedürftigen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

6. Pflegende sollten seitens der Hausarztpraxis dazu animiert werden, proaktiv Probleme und Belastungen im Rahmen der häuslichen Pflegesituation anzusprechen und um Hilfe- und Unterstützung zu bitten.
7. Eine Möglichkeit für HausärztInnen, den Informationsfluss trotz familiärer Konflikte und einer Vielzahl von AnsprechpartnerInnen zu lenken, könnte das Nutzen eines Multiplikators sein. In diesem System gibt es ein bis zwei AnsprechpartnerInnen, die mit der Hausarztpraxis in Kontakt treten (24).
8. Viele Angehörige sind noch berufstätig und haben häufig erst abends Zeit, um Arzttermine wahrzunehmen. Im Rahmen der Terminorganisation könnten daher Zeitslots für Angehörigengespräche am Ende der Sprechstunde eingetragen werden, um dem Wunsch der Angehörigen Rechnung zu tragen.
9. Die konsequente Vermittlung an Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige spielt eine entscheidende Rolle. Eine zentrale Anlaufstelle für pflegende Angehörige könnte im Rahmen der Angehörigenbetreuung neue Möglichkeiten aufzeigen und eine Entlastung sowohl für HausärztInnen als auch für die pflegerischen Einrichtungen bedeuten.
10. Eine Möglichkeit, um vorhandene Betreuungsangebote besser und übersichtlicher zugänglich zu machen, stellt die Erstellung eines Pflegehandbuches dar. Solch ein Leitfaden könnte in vielen Regionen Deutschlands als Vorbild genommen werden, um ein ähnliches Format zu entwickeln und damit den pflegenden Angehörigen zur Seite zu stehen.
11. Insbesondere Hausbesuche spielen bei der Unterstützung pflegender Angehöriger eine große Rolle. So können sich die ÄrztInnen gezielt ein Bild vom häuslichen Umfeld und der Versorgungssituation machen, potenzielle Stolperfallen erkennen und Kontakt mit den Angehörigen aufnehmen. Eine Aufrechterhaltung von Hausbesuchen durch die Ärzteschaft scheint insbesondere in ländlichen Bereichen in Zukunft wichtig zu sein. Dafür spielen insbesondere die Vergütung sowie zeitliche und personelle Ressourcen eine Rolle.
12. Um genauere Ergebnisse zu kritischen Versorgungssituationen zu bekommen, könnte es hilfreich sein, im Zuge von weiteren Befragungen eine Definition von „kritischen Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld“ zu entwickeln und erneut nach kritischen Versorgungssituationen zu fragen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

13. Die DEGAM PatientInneninformation „Pflegerische Angehörige“ empfiehlt, Hilfen anzunehmen, wenn der Unterstützungsbedarf bei der Körperpflege intensiver wird und sich die Angehörigen überfordert fühlen, wenn es zu Schlafmangel, Abgeschlagenheit und abnehmenden sozialen Kontakten kommt und die Angehörigen das Gefühl haben, den Pflegebedürftigen nicht mehr gerecht werden zu können (30).
14. Viele organisatorische und verwaltungstechnische Aufgaben, wie z.B. die Organisation von Hilfsmitteln, Hausbesuchen und die Vermittlung an Hilfs- und Unterstützungsangebote könnten an geschultes Personal delegiert und damit eine Entlastung der ÄrztInnen geschaffen werden. Im Rahmen des Arzttermins könnte mehr Zeit für die medizinische Konsultation bleiben. Um ein Abwandern der MFA in andere Bereiche des Gesundheitswesens oder andere Sektoren zu verhindern, sei es laut der KV Niedersachsen wichtig, die verantwortungsvolle Arbeit der MFA herauszustellen und sie dementsprechend zu entlohnen (47, 48).
15. Der Assessment-Baum der AWMF kann dabei helfen, sich einen Überblick über die Situation von pflegenden Angehörigen zu verschaffen.
16. Abrechnungsmöglichkeiten, Schaffen von Anreizen und die Zentralisierung von Pflegeinstitutionen stellen seitens der Politik Möglichkeiten zur Verbesserung der Angehörigenbetreuung dar.
17. Es könnte eine Regelung für Entlastungsmöglichkeiten bei gleichzeitiger häuslicher Pflege und Berufstätigkeit von Interesse sein. Flexible Arbeitszeitmodelle, Homeoffice und individuelle Absprachen mit dem Arbeitgeber könnten in dem Zusammenhang eine zentrale Rolle einnehmen.
18. Den pflegenden Angehörigen sollte mehr öffentliche Aufmerksamkeit gewidmet werden. Eine höhere Wertschätzung für die Pflege von Angehörigen innerhalb der Gesellschaft könnte dazu führen, dass die psychische Belastung von Pflegenden abnimmt und die Pflege zunehmend als positiv wahrgenommen wird.
19. Um die Unterschiede zwischen ländlich und urban tätigen HausärztInnen weiter herauszustellen, scheint es sinnvoll, weitere Studien zu etablieren, die potenzielle Diskrepanzen bei der Unterstützung pflegender Angehöriger in unterschiedlichen Regionen Deutschlands herausarbeiten. Diese Ergebnisse könnten in Zukunft genutzt werden und in die Ausbildung derjenigen ÄrztInnen

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting einfließen, die im Rahmen der Landarztquote einen Studienplatz bekommen haben.

20. Besonderes Interesse besteht im Hinblick auf Schulungen für HausärztInnen bei der regionalen Versorgungsstruktur. Schulungen zum Thema regionale Versorgungsstrukturen für pflegende Angehörige scheinen folglich sinnvoll zu sein.

5.5. Stärken und Schwächen

Es folgt eine Diskussion über Stärken und Schwächen der Arbeit, die insbesondere auf die Methodik zurückzuführen sind.

5.5.1. Quellenkritik

Um einschätzen zu können, inwieweit belastbare Quellen für die Arbeit herangezogen wurden, empfiehlt Mayring, eine Quellenkritik vorzunehmen. Es folgt daher eine Beschreibung der formalen Kriterien der Quellen: Alle Interviews wurden durch die Untersucherin selbst durchgeführt. Die befragten HausärztInnen sind allesamt in der hausärztlichen Versorgung tätig und unterliegen keinem Interessenkonflikt durch Zugehörigkeit zu bestimmten Institutionen. Die Auswahl erfolgte über den Arztsuche der KBV und die Lehrpraxen der Universitätsmedizin Mainz. Die Interviews wurden persönlich oder telefonisch geführt und von der Untersucherin selbstständig aufgezeichnet und transkribiert. Die Quellen sind vollständig und als authentisch zu bewerten.

5.5.2. Festlegung des Materials

Alle geführten Interviews wurden in die Analyse einbezogen. Eine Vorauswahl der TeilnehmerInnen wurde vor der Befragung durchgeführt. Die Teilnahmebereitschaft der HausärztInnen spielt für die Erhebung des Materials eine Rolle. Die transkribierten Interviews sind im Kapitel Anhang 5 zu finden.

5.5.3. Rekrutierung und Profil der HausärztInnen

Bei den befragten HausärztInnen handelt es sich um eine heterogene Gruppe unterschiedlichen Geschlechts, Alters und Spezialisierungsgebietes. Unterschiedliche Praxisformen, Zahl der praktizierenden AllgemeinmedizinerInnen und Dauer der Niederlassung sorgen für eine hohe Variabilität und ein differenziertes Sample. Der Einbezug von Praxen in ländlichen und städtischen Gebieten sowie unterschiedlichen

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting Bundesländern (Hessen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) ermöglicht eine annähernd realitätsnahe Abbildung der hausärztlichen Versorgungsstrukturen. Die vielfältigen Weiterbildungsgebiete der befragten HausärztInnen sorgen für ein heterogenes PatientInnenklientel der unterschiedlichen Praxen und bilden ein großes Spektrum der hausärztlichen Tätigkeiten ab. Ein Teil der InterviewteilnehmerInnen stammt aus dem Pool der Lehrbeauftragten der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Es muss daher berücksichtigt werden, dass HausärztInnen, die in der universitären Lehre aktiv sind, ein spezielles Interesse an der Forschung in der Allgemeinmedizin haben. Außerdem ist davon auszugehen, dass bei der Rekrutierung der InterviewteilnehmerInnen eine gewisse Selektion im Hinblick auf die Motivation der StudienteilnehmerInnen erfolgte. HausärztInnen, die kein Interesse an der Studie und an Forschungsvorhaben in der Allgemeinmedizin zeigten, wurden daher nicht in die Befragung eingeschlossen. Die Coronapandemie stellt einen Aspekt dar, der bei der Rekrutierung zum Ausschluss von StudienteilnehmerInnen geführt hat. Viele HausärztInnen waren durch eine hohe Zahl von Krankheitsfällen und durch die Impfungen zeitlich überdurchschnittlich eingespannt und nahe am Limit ihrer Kapazitäten. Da die erste Kontaktaufnahme zur Studienteilnahme häufig über die Medizinischen Fachangestellten in den Praxen erfolgte, lässt sich nicht sicher nachweisen, ob eine Rücksprache seitens der MitarbeiterInnen mit den ÄrztInnen erfolgt ist. Die Ergebnisse der Befragungen lassen aufgrund der kleinen Kohorte der befragten ÄrztInnen und aufgrund des gewählten Studiendesigns keine repräsentativen Schlussfolgerungen zu. Um ein repräsentatives Studienergebnis zu bekommen, wäre eine größere TeilnehmerInnenkohorte nötig.

5.5.4. Analyse der Entstehungssituation

Die Verfasserin arbeitet unabhängig und hat keine wirtschaftlichen oder persönlichen Interessenskonflikte. Alle InterviewteilnehmerInnen nahmen freiwillig an der Befragung teil. Sie wurden vor der Durchführung über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen aufgeklärt. Eine schriftliche Einwilligung lag in jedem Fall vor. Aufgrund der Hygienebestimmungen im Rahmen der Coronapandemie und der räumlichen Entfernung konnten die Interviews nur teilweise persönlich durchgeführt werden. 5 Interviews wurden vor Ort in den Praxen der TeilnehmerInnen durchgeführt, die restlichen 15 Befragungen wurden telefonisch durchgeführt. 3 TeilnehmerInnen gaben an, sich während der Befragung in ihrer häuslichen Umgebung befinden zu haben, die übrigen Interviews wurden im Praxissetting geführt. Es ist davon auszugehen, dass

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting alle Interviews in einer neutralen Umgebung geführt wurden und eine Beeinflussung des Materials unwahrscheinlich ist. Limitationen bei der Durchführung der Interviews stellten insbesondere Unterbrechungen aufgrund von MitarbeiterInnen und laufendem Praxisbetrieb dar.

Bei der telefonischen Durchführung der Interviews besteht die Möglichkeit, dass insbesondere auf Ebene der nonverbalen Kommunikation Informationen verlorengegangen sein könnten. Bei der Auswertung durch die qualitative Inhaltsanalyse spielen sowohl verbale als auch nonverbale Kommunikation eine Rolle (1, 44). Im Rahmen dieser Arbeit wurde deshalb ein besonderes Augenmerk auf die verbale Kommunikation gerichtet, weil sich eine Vergleichbarkeit zwischen persönlich und telefonisch geführten Interviews auf nonverbaler Ebene schwierig gestaltet.

5.5.5. Analyse der Auswertungsmethode

Die qualitative Forschung spielt insbesondere in Bereichen, in denen es bisher nicht viele Forschungserkenntnisse gibt, eine wichtige Rolle. Die qualitative Forschung beleuchtet komplexe Thematiken mit einer Vielzahl von Einflussfaktoren und sozialen Zusammenhängen (44). Aktuell findet die Methode vor allem in der qualitativen Sozialforschung Verwendung (44). Der Leitfaden basiert auf Vorannahmen, die anhand der theoretischen Überlegungen aufgestellt wurden und bietet Platz für neue darüberhinausgehende Erkenntnisse (44). Das Design des Interviews mit offenen Fragen bietet Platz für Erfahrungen, Eindrücke und Wünsche von HausärztInnen. Die explorative Befragung kann deshalb genutzt werden, um neue Erkenntnisse in Bezug auf die Einstellungen der ÄrztInnen zu gewinnen. Sie dient zur Generierung von neuen Hypothesen, die in größeren Studien weiter exploriert und beleuchtet werden können (1, 42-44). Die Auswertung des Interviews ermöglicht die Abbildung von Kategorien und Stereotypen in Bezug auf HausärztInnen.

5.5.6. Formale Charakteristika des Materials

Alle Interviews wurden anhand des Leitfadens durchgeführt. Teilweise erfolgte eine variable Abfolge der Fragen, um den Redefluss nicht zu stören und das Gespräch lenken zu können. Die Interviews wurden während der Durchführung mittels Audiodatei aufgezeichnet. Das Audiomaterial wurde mithilfe von MAXQDA transkribiert. Das Material liegt der Verfasserin sowohl als Audiodatei als auch in transkribierter Form vor.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Vereinzelte Textstellen, die aufgrund von schlechter Aufnahmequalität unverständlich waren, wurden im Text kenntlich gemacht. Die inhaltlich relevanten Aspekte konnten in allen geführten Interviews erfasst werden.

5.5.7. Kurzfragebogen

Der Kurzfragebogen bietet aufgrund seines Designs einen kurzen und prägnanten Überblick über die persönlichen Daten der InterviewteilnehmerInnen. So war eine Profilerstellung und Einteilung der HausärztInnen anhand des Alters, Geschlechts, der Praxisform, der Anzahl der in der Praxis tätigen ÄrztInnen sowie der Fachrichtung, der Weiterbildungsgebiete und der Berufsjahre zum Befragungszeitpunkt möglich. Insbesondere die Angaben zu den Weiterbildungsgebieten könnten in einzelnen Fällen nicht vollständig sein. Der Kurzfragebogen sollte inhaltlich dazu dienen, mögliche Thematiken bei Schulungen für HausärztInnen im Umgang mit pflegenden Angehörigen aufzuzeigen und die Wichtigkeit für die InterviewteilnehmerInnen zu erfragen. Die Antworten sind aufgrund der Einheitlichkeit gut vergleichbar, bieten allerdings keinen Platz für eigene Themenvorschläge.

6. Schlussfolgerung

Die Hausarztpraxis spielt bei der Identifikation und Unterstützung von Pflegenden eine wichtige Rolle. Die Unterstützung pflegender Angehöriger durch HausärztInnen gestaltet sich vielfältig und anspruchsvoll, insbesondere mit Blick auf die im hausärztlichen Versorgungsalltag herrschende Zeit- und Ressourcenknappheit.

Im Fokus dieser Arbeit stehen die Einstellungen und Standpunkte von HausärztInnen mit Blick auf pflegende Angehörige, Erfahrungen und erlebte Herausforderungen im Umgang mit pflegenden Personen, Kenntnisse der HausärztInnen in Bezug auf Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie Optimierungspotenziale bzw. -ansätze.

Im Jahr 2021 wurden insgesamt 20 HausärztInnen in Rheinland-Pfalz, Hessen und Nordrhein-Westfalen mittels halbstandardisierter, leitfadengestützter Interviews befragt.

Neben der explorativen Befragung kam zusätzlich ein Kurzfragebogen zum Thema Schulungen von HausärztInnen im Umgang mit pflegenden Angehörigen zum Einsatz (Likert-skaliert).

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Die meisten HausärztInnen haben regelmäßig Kontakt zu Pflegenden. Die pflegenden Angehörigen stehen mit den Pflegebedürftigen laut Aussage der Interviewten größtenteils in einem familiären Verhältnis, seltener übernehmen Freunde oder Nachbarn die Pflege. Im Umgang mit den pflegenden Angehörigen nehmen HausärztInnen häufig hohe Erwartungshaltungen seitens der Angehörigen (kurzfristige Hausbesuche, Verbesserung des Gesundheitszustandes, Versicherungsanträge stellen) wahr und erleben familiäre Konflikte als herausfordernd. Mehrheitlich sehen die ÄrztInnen den frühzeitigen Kontakt mit den Pflegenden als Chance zur Vermeidung von Überforderungssituationen und Folgeerkrankungen. Der Großteil der Interviewten vermittelt Pflegende daher an Hilfs- und Unterstützungsangebote und sieht dies als deren genuine Aufgabe an.

Der Kenntnisstand über Hilfs- und Unterstützungsangebote variiert je nach Interviewtem stark. Die bürokratische Komplexität im Pflegebereich und die fehlende finanzielle Abbildung bei begrenzten zeitlichen Ressourcen können sich für die behandelnden ÄrztInnen schwierig darstellen.

Der Großteil der Interviewten gibt an, bereits kritische Versorgungssituationen von Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld erlebt zu haben. (Kritischer Pflegezustand, häusliche Gewalt bis hin zum Feuerwehreinsatz). Erlebte Ursachen für Überforderung sind laut der Befragten vor allem: Verschlechterung des Gesundheitszustandes der pflegebedürftigen Person, Mehrfachbelastung durch Pflege/Beruf/Familie, emotionales/ verändertes Eltern-Kind-Verhältnis, fehlende Lastverteilung innerhalb der Familie, hohe Ansprüche der Pflegenden an sich selbst, falsche Einschätzung des Pflegeaufwands und Schlafmangel.

Geschultes Praxispersonal im Sinne einer Nichtärztlichen Praxisassistenz (NäPA), VersorgungsassistentIn in der Hausarztpraxis (VERAH) oder EntlastendeR VersorgungsassistentIn (EVA) ist in vielen Praxen bereits vorhanden und wird von den ÄrztInnen geschätzt.

Der Großteil der Interviewten gibt an, die S3-Leitlinie „Pflegende Angehörige von Erwachsenen“ nicht zu kennen, 25% zeigten aber Interesse an der Leitlinie.

Im Rahmen des Kurzfragebogens zu möglichen Schulungen für HausärztInnen artikulieren die Befragten besonderen Informationsbedarf zu: Regionalen Versorgungsstrukturen, Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Einrichtungen:

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
Beratungs- und Hilfsangebote für pflegende Angehörige (z.B. Pflegestützpunkte). 80%
der befragten ÄrztInnen zeigen sich an einer Schulung zu dieser Thematik interessiert.

Fehlende politische Aufmerksamkeit, hohe familiäre und gesellschaftliche Erwartungs-
haltungen sowie Mehrfachbelastungen können bei den Angehörigen zu
Überforderungssituationen führen.

Maßnahmen zur Versorgungsverbesserung stellen aus Sicht der Interviewten
Abrechnungsziffern und erweiterte Betreuungsangebote (Organisation der Pflege,
niederschwellige Hilfsangebote) dar, die durch eine zentrale Anlaufstelle für Pflegende
oder bessere Vernetzung der bestehenden Institutionen geschaffen werden könnten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die hausärztliche Betreuung spielt bei der
Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger eine zentrale Rolle.

Durch eine frühzeitige Kontaktaufnahme sowie die Vermittlung an Hilfs- und
Unterstützungsangebote können Überforderung und Folgeerkrankungen bei den
Pflegerinnen reduziert werden. Organisatorische und verwaltungstechnische
Herausforderungen können teilweise durch geschultes Praxispersonal in
Hausarztpraxen abgefangen werden.

Um die Unterstützung von Pflegerinnen in Zukunft verbessern zu können, gilt es, die
Versorgung durch die Hausarztpraxis attraktiver zu gestalten (Schaffung von Anreizen,
Zentralisierung der Pflegeinstitutionen, Optimierung der Vernetzung) und die Rolle der
pflegenden Angehörigen gesellschaftlich und politisch mehr in den Fokus zu stellen.

7. Literaturverzeichnis

1. P M. Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken. Weinheim/ Basel: Beltz Verlag; 2015.
2. Destatis SB. Pressemitteilung Nr. 554 vom 21. Dezember 2022, zuletzt abgerufen am 10.01.2024 um 12:15 Uhr von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_554_224.html Wiesbaden2022 [Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_554_224.html.
3. Destatis SB. Pressemitteilung Nr. 124 vom 30. März 2023, zuletzt abgerufen am 01.03.2024 um 12:16 Uhr von [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html#:~:text=Die%20so%20vorausberechnete%20Zahl%20der,7%20Millionen%20\(%2B55%20%25\).](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html#:~:text=Die%20so%20vorausberechnete%20Zahl%20der,7%20Millionen%20(%2B55%20%25).) Wiesbaden2023 [Available from: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html#:~:text=Die%20so%20vorausberechnete%20Zahl%20der,7%20Millionen%20\(%2B55%20%25\).](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html#:~:text=Die%20so%20vorausberechnete%20Zahl%20der,7%20Millionen%20(%2B55%20%25).)
4. I B. „Der große Caritas- Ratgeber- Hauskrankenpflege- Richtig pflegen Schritt für Schritt“: TRIAS Verlag 2010.
5. Lichte T BM, Mand P, Fischer GC. Die neue DEGAM-Leitlinie Nr. 6 „Pflegerische Angehörige“. Z Allg Med 2005;81:79–84.
6. Lichte T HC, Mohwinkel LM et.al Pflegerische Angehörige von Erwachsenen S3-Leitlinie2018 [cited 2020].
7. Höppner C SM, Lichte T. Pflegerische Angehörige und ihre Belastungen in Hausarztpraxen identifizieren – Hindernisse und Empfehlungen. ZFA Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2015;91 (7/8).
8. Perkins M HV, Wadley VG, Crowe M et. al Caregiving Strain and All-Cause Mortality: Evidence From the REGARDS Study2013.
9. Marx Y FT, Bauer A Pflegerische Angehörige in der hausärztlichen Praxis – Hausärztliche Sichtweisen und Lösungsansätze. Z Gerontol Geriat 2021.
10. Brügger S JA, Sottas B. Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger Z Gerontol Geriat. 2015.
11. Wetzstein M RA, Lange C. Pflegerische Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. Robert Koch-Institut GBE kompakt 6. 2015;3.
12. Ehrlich U KN, Bünning M. Pflege und Erwerbstätigkeit: Was ändert sich für Frauen und Männer in der Corona-Pandemie? . DEAS. 2022.
13. SM E. Pflegerische Angehörige auf Distanz- Versorgungsstrukturen: Lücken, Bedarfe und Entwicklungsmöglichkeiten. Freiburg2020.
14. Marx Y BA, Unverzagt S et.al. Instruments in general practice to identify and to measure (over)burden due to informal care for caring relatives: a scoping review protocol. BMJ open 2022.
15. Wangler J JM. Hausärztliche Betreuungsbedürfnisse pflegender Angehöriger Ergebnisse einer Online-Befragung. ZFA Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2019;95 (11):442-7.
16. A W. Unterstützungsmaßnahmen für pflegerische Angehörige von Menschen mit Demenzerkrankung. Evaluation bestehender Entlastungsangebote und deren konzeptionelle Weiterentwicklung [Dissertation]. Marburg/ Lahn: Philipps-Universität 2016.
17. Destatis SB. Pflegestatistik 2017- Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, letzte Aktualisierung 16.01.2019, zuletzt abgerufen am 21.11.2020 um 12:37 Uhr von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft->

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile Wiesbaden2018

- [
18. Destatis SB. Pflegestatistik 2019-Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, zuletzt abgerufen am 06.11.2021 um 12:11 Uhr von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile Wiesbaden2020
- [
19. Rothgang H KT, Müller R et.al Pflegereport 2015, Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause. Berlin: BARMER GEK 2015.
20. Destatis SB. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse Wiesbaden 2022.
21. Nowossadeck S EH, Klaus D. Pflege und Unterstützung durch Angehörige2016; 1.
22. Destatis SB. Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Geschlecht, Altersgruppen, Art der Versorgung von Pflegebedürftigen, zuletzt abgerufen am 10.01.2024 um 12:31 von <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=0&levelid=1704885851280&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=22421-0001&auswahltext=&werteabruf=starten#abreadcrumb> Wiesbaden2022 [
23. Rothgang H KT, Müller R, Runte R, Unger R. BARMER GEK Pflegereport 2015. Berlin 2015.
24. Destatis Statistisches Bundesamt „Pressemitteilung Nr. 019 vom 18. Dezember 2018“ abgerufen am 08.03.2020 um 16:23 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html. Wiesbaden: Destatis Statistisches Bundesamt 2018.
25. Wetzstein M RA, Lange C. GBE kompakt, Pflegende Angehörige- Deutschlands größter Pflegedienst Berlin: Robert Koch- Institut, Abt. Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring; 2015.
26. Jacobs K KA, Greß S et.al Pflege-Report 2019, Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin 2020.
27. Rothgang H MR. Pflegereport 2021- Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends Berlin: BARMER GEK 2021.
28. Befragung der Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen in Anlehnung an eine EU-weite Befragung von COFACE. Coburg H, editor. Coburg: Kohls N, Offenbacher M,; 2016 10 2015- 05 2016.
29. Laubach W SR, Fischbeck S, Röhrig B, Jansky M. Erwartungen von Patienten an den Allgemeinmediziner. Dtsch Med Wochenschr. 2012;137:255–9.
30. Domröse J HC, Schneemilch M, Heusinger von Waldegg G. Patienteninformation Pflegende Angehörige. Konzeption und wissenschaftliche Redaktion. 2018.
31. Lehmann J MB, Kaczynski A, . The Impact of Hospitalization on Readmission, Institutionalization, and Mortality of People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2018.
32. S S. Der pflegende Angehörige - Eine Beschreibung seiner Belastungssituation am Beispiel Angehöriger von neurologisch schwerkranken Patienten [Dissertation]: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald; 2012.
33. Subjektive Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln häuslich Pflegender. Dortmund Technische Universität; 2021.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

34. Ehrlich U KN. Corona-Krise= (Temporäre) Krise der Angehörigenpflege? Situation und gesundheitsliches Wohlbefinden von unterstützenden und pflegenden Angehörigen im Verlauf der Pandemie. DEAS 2022.
35. A W. Ich kann nicht mehr und jetzt? Pflegende Angehörige an der Grenze zur Überlastung – Konzeption eines Fragebogens zur Selbsteinschätzung des Belastungsniveaus und der Bewältigungsstrategien, zur Bedarfsermittlung im Rahmen der Beratung pflegender Angehöriger. Nürnberg: Evangelische Hochschule Nürnberg 2017.
36. Kunzler A, Skoluda N, Nater UM. Die Bedeutung von Resilienzfaktoren für pflegende Angehörige von Demenzpatienten – eine Übersicht zu ausgewählten Faktoren. Psychother Psych Med. 2018;68:10-21.
37. M S. Pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis Magdeburg Otto-von-Guericke-Universität 2018.
38. Wangler J JM. Hausärztliche Einstellungen, Vorgehensweisen und Herausforderungen bei der Unterstützung pflegender Angehöriger – Ergebnisse einer Befragung von Allgemeinmediziner*innen. Dtsch Med Wochenschr. 2021.
39. Wangler J JM. Prerequisites for providing effective support to family caregivers within the primary care setting – results of a study series in Germany. BMC Family Practice 2021.
40. Wangler J JM. Welches Präventionspotential bietet die hausärztliche Praxis aus Sicht pflegender Angehöriger? – Befunde einer qualitativen Interviewstudie. Wiener medizinische Wochenschrift 2021.
41. Wangler J FA, Jansky M. Hausärztliche Demenzdiagnostik – Einstellungen, Vorgehensweisen und Herausforderungen von Hausärzten in Rheinland-Pfalz. Dtsch Med Wochenschr. 2018;143:e165–e71.
42. Buber R HH. Qualitative Marktforschung, Konzepte-Methoden-Analysen Wiesbaden 2007.
43. Kötter J KY. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, zuletzt abgerufen am 03.02.2024 von <https://methodenzentrum.ruhr-uni-bochum.de/e-learning/qualitative-auswertungsmethoden/qualitative-inhaltsanalyse/qualitative-inhaltsanalyse-nach-mayring/#:~:text=Wann%20ist%20die%20Auswertung%20mit,oder%20Dokumente%20regelgeleitet%20analysieren%20m%C3%B6chte>. Bochum Methodenzentrum Ruhr-Universität 2021 [updated 07.06.2021].
44. Vogt S WM. Forschen mit Leitfadenterviews und qualitativer Inhaltsanalyse In: Fachhochschule FfaS, Soziale Arbeit editor. Köln2014.
45. Y K. Leitfadengestütztes Interview, zuletzt abgerufen am 23.02.2021 um 15:25 Uhr von <https://methodenzentrum.ruhr-uni-bochum.de/e-learning/qualitative-erhebungsmethoden/qualitative-interviewforschung/unterschiedliche-formen-qualitativer-interviews/leitfadengestuetztes-interview/>: Methodenzentrum Ruhr-Uni-Bochum 2021 [updated 03.08.2021].
46. Schwinger A KA, Greß S et.al Pflege-Report 2023 Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten 2023.
47. Ärzteblatt. Nachfolgeprobleme und Fachkräftemangel schränken ambulante Versorgung ein, zuletzt abgerufen am 20.03.2024 um 12:11 Uhr von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/145243/Nachfolgeprobleme-und-Fachkraeftemangel-schraenken-ambulante-Versorgung-ein> 2023, 14. August [
48. Ärzteblatt. Ohne MFA keine Versorgung, zuletzt abgerufen am 20.03.2024 um 12:13 Uhr von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/144819/Ohne-Medizinische-Fachangestellte-keine-Versorgung> 2023, 24. Juli [
49. Schubert I E-LV, Heymans L et.al Gelesen ist noch nicht getan: Hinweise zur Akzeptanz von hausärztlichen Leitlinien. Eine Befragung in Zirkeln der

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Hausarztzentrierten Versorgung (HZV). Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFQ). 2008.

50. KBV KB. Krankenkassen lehnen Zuschläge für telefonische Beratung ab, zuletzt abgerufen am 20.03.2024 um 12:15 Uhr von https://www.kbv.de/html/1150_59404.php 2022, 11. August [

51. KBV KB. Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist, zuletzt abgerufen am 20.03.2024 um 12:18 Uhr von https://www.kbv.de/tools/ebm/html/03230_2903315199512037757920.html Berlin 2023, 21. November [

52. Abrechnungstelle. GOÄ 4: Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken, zuletzt abgerufen am 23.02.2024 um 16:20 Uhr von <https://abrechnungsstelle.com/goae/goae-4/>: Abrechnungstelle.com 2023 [updated 03.11.2023.

53. Forum P. GOÄ 4: Fremdanamnese und/oder Unterweisung, zuletzt abgerufen am 11.12.2023 von <https://www.pvs-forum.de/goae-tipps/goae-4-fremdanamnese-undoder-unterweisung/> [

54. Pflege- ein Thema nicht (nur) für Profis, Leitfaden für pflegende Angehörige Kreis Gütersloh; 2020.

Anhang

Anhang 1: Leitfaden zur Befragungsstudie

Leitfaden zur Befragungsstudie: „Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting – eine explorative Befragung von HausärztInnen in Rheinland-Pfalz, Hessen und Nordrhein- Westfalen“

1) Wie oft haben Sie im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun? Inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger, mit denen Sie Kontakt haben, in den letzten Jahren zugenommen?

2) Wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen? Ist der Kontakt eher regelmäßig oder unregelmäßig/sporadisch? Suchen Sie selbst aktiv den Kontakt oder kommen pflegende Angehörige auf Sie zu? Wenn Sie an diejenigen pflegenden Angehörigen denken, die selbst nicht PatientInnen in Ihrer Praxis sind, wie treten Sie mit diesen in Kontakt?

3) Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zu pflegenden Angehörigen?

4) Wenn Sie an die pflegenden Angehörigen denken, mit denen Sie Kontakt haben: In welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson? Welche Aufgaben übernehmen diese vorrangig?

5) Welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen? Inwiefern legen Sie in Ihrem Praxisbetrieb Wert darauf, pflegende Angehörige systematisch und frühzeitig zu identifizieren und mit ihnen Kontakt aufzunehmen, inwiefern handelt es sich eher um zufällige Entwicklungen?

6) Welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?

7) Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an? Worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung pflegender Angehöriger? Worauf legen Sie bei Ihrer eigenen Arbeit Wert?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

8) Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting?

9) Wie schätzen Sie den zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein? Welche weiteren Probleme oder Herausforderungen organisatorischer, verwaltungs- und abrechnungstechnischer Art gibt es im Umgang mit pflegenden Angehörigen Ihrer Meinung nach?

10) Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige kennen Sie?

11) Kommt es vor, dass Sie pflegende Angehörige an Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangebote verweisen bzw. dorthin vermitteln? (z.B. Pflegestützpunkte, Demenznetzwerke, Angebote zur Tagespflege, psychosoziale Angebote, Selbsthilfegruppen) Auf welche Angebote haben Sie pflegende Personen aufmerksam gemacht?

12) Inwiefern sehen Sie es als Aufgabe der AllgemeinmedizinerInnen an, pflegende Angehörige gezielt zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu verweisen?

13) Welche Rolle spielen Hausbesuche im Umgang mit informellen Pflegenden? Führen Sie Hausbesuche durch, um sich ein Bild vom Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung zu machen? (alternativ: Durchführung durch geschultes Praxispersonal wie z.B. NÄPa, VERAH)

14) Wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark belastet sind? Welche Ursachen hat dies? In welchem Kontext treten kritische Pflegesituationen auf? Welche kritischen Situationen bei der häuslichen Pflege haben Sie schon erlebt?

15) Wie kann in Ihren Augen einer solchen kritischen Pflegesituation vorgebeugt werden? Was können HausärztInnen konkret dazu beitragen?

16) Inwieweit wird in Ihrer Praxis das Personal bei der Identifikation und/oder Unterstützung pflegender Angehöriger einbezogen? Wie genau sieht dieser Einbezug aus? Gibt es in der Praxis speziell geschultes Personal?

17) Ist Ihnen die S3-DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige von Erwachsenen“ bekannt? Falls ja: Als wie nützlich empfinden Sie diese? Warum (nicht)?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

18) Inwiefern nutzen Sie bereits weitere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder anderweitige Hilfsmittel für die Identifikation und den Umgang mit pflegenden Personen? Falls nicht, welche Hilfsmittel würden Sie sich in Zukunft dazu wünschen? (Diagnostik, Informationsmanagement und Therapeutik)

19) Wie könnte die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden? Was würden Sie sich hierzu wünschen?

20) Inwiefern wären verstärkte Schulungen für HausärztInnen zur Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll? Was sollten solche Schulungen Ihrer Ansicht nach vermitteln?

Anschließend wurde ein standardisierter Kurzfragebogen entworfen, der inhaltlich an das Interview anknüpft. Neben dem Datenprofil der InterviewpartnerInnen wurde im Anschluss an das Interview die Bereitschaft für Fortbildungen im Bereich der Betreuung pflegender Angehöriger erfragt. Folgende Daten wurden auf dem Kurzfragebogen erhoben: Name, Alter, Praxisform, Weiterbildungsgebiete, Zeitraum als praktizierendeR HausärztIn.

Anhang 2: Kurzfragebogen

Kurzfragebogen zum Thema „Pfleger Angehörige im hausärztlichen

Setting“ Name: _____ Alter: _____

Fachrichtung: _____

Weiterbildungsgebiete: _____

Praxisform (z.B.: Einzelpraxis) _____

Seit wann praktizieren Sie als HausärztIn? (Angabe des Einstiegsjahres) _____

Wie groß wäre Ihr Interesse an einer externen Schulung zum Thema Umgang mit pflegenden Angehörigen in der hausärztlichen Praxis?

0=Unwichtig; 1=weniger wichtig; 2=neutral; 3=wichtig; 4=sehr wichtig

0 1 2 3 4

Welche Themen würden Sie im Rahmen einer Fortbildung zum Umgang mit

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting
 pflegenden Angehörigen interessieren?

0=Kein Interesse; 1= wenig Interesse; 2= neutral; 3= großes Interesse; 4= Sehr großes Interesse

Praxisempfehlungen und Leitlinien	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identifikation, Gesprächsführung und Umgang mit pflegenden Angehörigen	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausbesuche- Chancen und Schwierigkeiten im Umgang mit informellen Pflegepersonen	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regionale Versorgungsstrukturen, Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Einrichtungen: Beratungs- und Hilfsangebote für pflegende Angehörige (z.B. Pflegestützpunkte)	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungsangebote für Praxispersonal, Identifikation, Unterstützung und Betreuung der Pflegepersonen	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtliche Aspekte, gesetzliche Regelungen der Versicherungsträger, Ansprüche der Versicherten, Leistungen und Kosten	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kim Reiling; Wissenschaftliche Arbeit für die Universitätsmedizin Mainz, Institut für Allgemeinmedizin und Geriatrie; Am Pulverturm 13, 55131 Mainz; Betreuer: Dr. Julian Wangler; E-Mail: kreiling@students.uni-mainz.de

Anhang 3: Intervieweinwilligung

Pflegende Angehörige im hausärztlichen Setting – Intervieweinwilligung

1. Hintergrund und Ziel der Interviews

Das deutsche Gesundheitssystem steht mit derzeit rund 4,1 Millionen pflegebedürftigen Personen vor einer großen Herausforderung. Nur selten widmen sich Studien den pflegenden Angehörigen, die ihre FamilienmitgliederInnen überwiegend im häuslichen, ambulanten Setting umsorgen und unterstützen. Pflegende Angehörige sind insgesamt einem erhöhten Risiko ausgesetzt, gesundheitliche und seelische Probleme zu entwickeln. Deshalb ist es besonders wichtig, diese frühzeitig zu identifizieren. Die hausärztliche Praxis spielt als zentrale Anlaufstelle bei der Identifikation, Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen eine entscheidende Rolle. Im Rahmen eines Dissertationsprojekts, dem eine qualitative Befragungsstudie zugrunde liegt, werden ca. 20 AllgemeinmedizinerInnen befragt.

Ziel ist es, aus den Ergebnissen der Befragung Rückschlüsse auf die derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation pflegender Angehöriger in der hausärztlichen Praxis ziehen zu können, Hinweise auf Probleme und Risiken aufzudecken und mögliche Optimierungsansätze zu identifizieren.

2. Organisation und Ablauf der Interviews

Die Befragung erfolgt mittels qualitativer leitfadengestützter und halbstandardisierter Experteninterviews. Die GesprächspartnerInnen werden anhand verschiedener soziodemografischer Merkmale (u.a. Geschlecht, Alter, Praxisform) ausgewählt. Anbei wird ein Kurzfragebogen ausgehändigt. Es steht den Befragten frei, auf einzelne Fragen nicht zu antworten bzw. diese im Fragebogen nicht auszufüllen. Die Dauer des Interviews beträgt ca. 45 Minuten. Um die Gespräche zu dokumentieren und diese im Anschluss an die Befragung auszuwerten, werden die Interviews elektronisch aufgezeichnet. Die Interviews werden im Zeitraum zwischen Oktober 2020 und März 2021 mündlich-persönlich oder auch telefonisch durchgeführt.

3. Anonymität

Aufzeichnung und Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse erfolgen

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting ausschließlich in pseudononymisierter Form. Die nicht namentliche Nennung der GesprächspartnerInnen und strikte Verwendung von Pseudonymen sorgt dafür, dass keine Rückschlüsse auf die befragte Person gezogen werden können. Die Ergebnisse werden in aufbereiteter, aggregierter Form dargestellt. Die Erhebung von persönlichen Daten und deren anschließende Auswertung erfolgt auf Grundlage der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

4. Verwendung der Projektergebnisse

Die Ergebnisse der Befragung sollen im Rahmen eines Dissertationsprojekts in die Auswertung einfließen und entsprechend aufbereitet werden. Die Erkenntnisse der Experteninterviews sollen genutzt werden, um den Umgang mit den pflegenden Angehörigen in Zukunft zu verbessern, sie frühzeitig adäquat zu unterstützen und problematische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld vorzubeugen. Hierzu ist vorgesehen, dass die Ergebnisse auf einer wissenschaftlichen Tagung vorgestellt werden.

Auf Wunsch werden die Ergebnisse der Interviews den Gesprächspartnern/-innen gerne zur Verfügung gestellt.

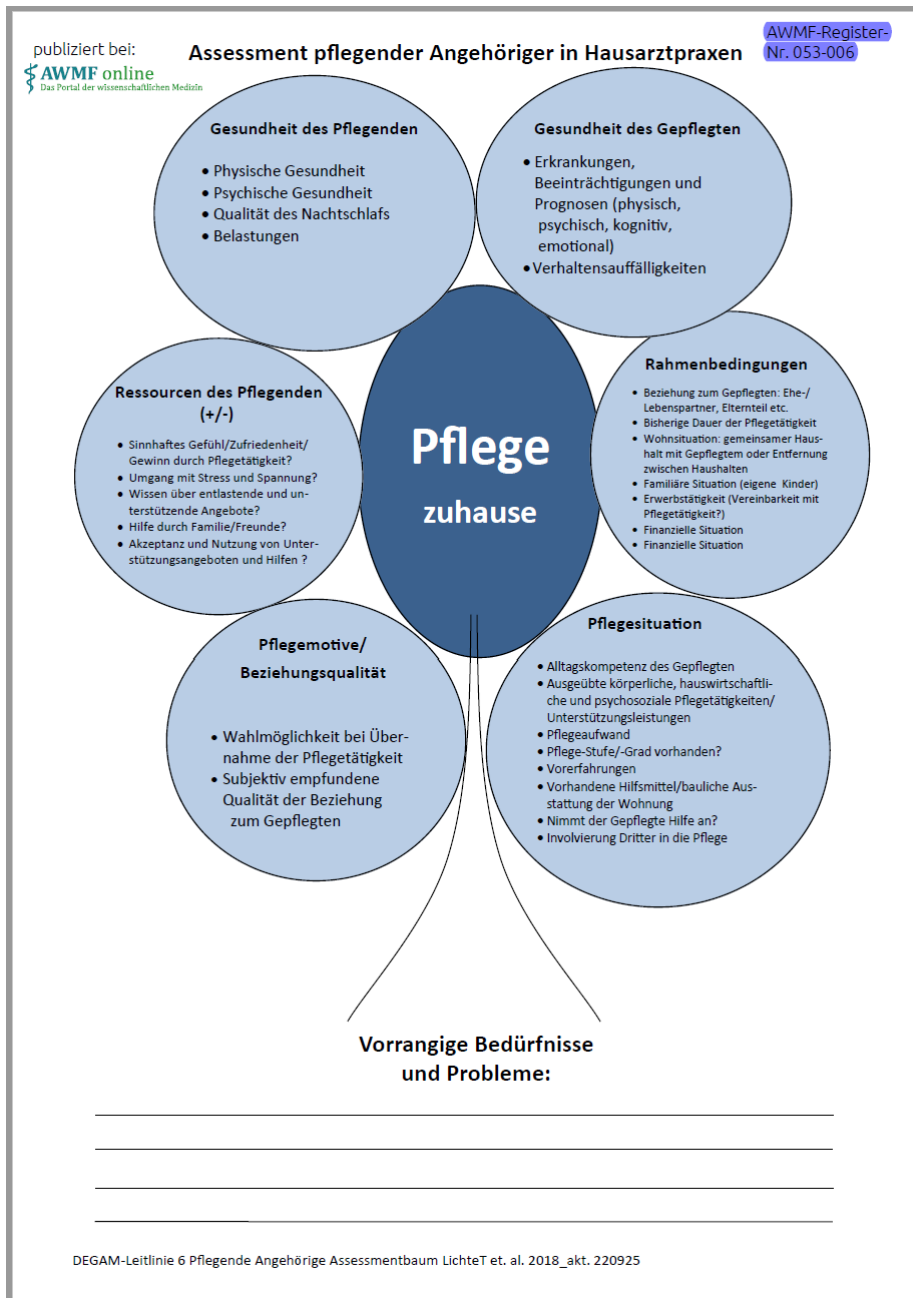
5. Kenntnisnahme und Einwilligung

Ich habe die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und stimme der Erhebung, Nutzung und Verarbeitung der Interviewinhalte sowie der Inhalte des Kurzfragebogens in dem vorab bezeichneten Umfang zu.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 4: Assessmentbaum AWMF



Anhang 5: Interviewtranskripte

Die in den Interviews genannte männliche Form bezieht sich zugleich auf weibliche, männliche und diverse Personen. Zugunsten eines besseren Redeflusses wurde auf eine Mehrfachnennung verzichtet.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Anhang 5.1. Interview A

1	1:46- 2:08:
2	I: Also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting. Und mit den pflegenden Angehörigen sind die Privatpersonen gemeint, die im häuslichen Umfeld nahestehende Verwandte oder Angehörige pflegen. Wie oft haben Sie im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?
3	2:09- 2:24:
4	B: Heißt pflegend, die Patienten in die Praxis begleiten oder heißt das richtig pflegerische Leistungen am Patienten durchführen, das heißt Waschen, Anziehen, auf die Toilette helfen, wie ist das denn definiert?
5	2:25- 2:32:
6	I: Damit sind beide gemeint, halt Leute, die sich wirklich um die Pflegebedürftigen kümmern, egal welche Aufgabenbereiche das sind.
7	2:33- 2:36:
8	B: Okay, also das ist recht häufig. Müsste ich jetzt Prozentzahlen nennen?
9	2:37- 2:38:
10	I: Nein, einfach so.
11	2:39- 2:42:
12	2: Einfach so, also ich denke das ist häufig. Also das ist keine Seltenheit.
13	2:43-2:49:
14	I: Inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger, mit denen Sie Kontakthaben, in den letzten Jahren zugenommen?
15	2:50- 3:11:
16	B: Mein Ausschnitt und mein Zeitfenster ist ja überschaubar, ich bin ja erst 2016 in die Praxis gekommen, aber der demographische Wandel war da schon voll im Gange. Ob das jetzt in den letzten 4 oder 5 Jahren zugenommen hat, von der Tendenz, könnte ich jetzt so noch nicht mal sagen. Da wird wahrscheinlich jemand, der schon länger im Geschäft ist, bessere Auskunft geben können.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

17	3:12-3:13:
18	I: Alles klar.
19	3:14- 3:17:
20	B: Ich war halt vorher in der Klinik.
21	3:18- 3:31:
22	I: Wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen? Ist der Kontakt eher regelmäßig oder unregelmäßig/sporadisch?
23	3:32- 3.49:
24	B: Also meistens ist der Kontakt des Patienten gebunden an den Angehörigenkontakt, also wenn da jetzt jemand pflegt und vielleicht gerade nicht im Haus ist oder halbtags berufstätig ist und ich da einen Hausbesuch mache und weiß da gibt es jemanden, der sich kümmert, dann nehme ich da telefonischen Kontakt auf.
25	3:50- 3:54:
26	I: Okay, das heißt Sie machen das in der Regel selbst? Oder kommen die Angehörigen auch auf Sie zu?
27	3:55- 4:15:
28	B: Beides würde ich sagen. Das ist in verschiedenen Konstellationen unterschiedlich eingespielt. Wenn jetzt regelmäßige Hausbesuche beim Patienten stattfinden zur Blutentnahme oder sowas, dann ist das eigentlich standardisiert schon in der Praxis so, dass die sich bei uns melden. Wenn ich aus spontanen Gründen irgendwo den Hausbesuch fahre, dann nehme ich aktiv Kontakt auf.
29	4:16- 4:22:
30	I: Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zupflegenden Angehörigen?
31	4:23- 4:54:
32	B: Naja die Gruppe der Demenz ist sicherlich eine Große, die Menschen mit Herzinsuffizienz würde ich denken. Da haben wir auch einige, die pflegebedürftig sind, einfach körperlich schwach sind. Was haben wir sonst noch? Die Hochbetagteren, die Gruppe der Hochbetagten nimmt auch zu, also der sagen wir

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	mal, ich weiß jetzt nicht, wie es genau definiert ist, aber über 90-Jährige haben wir auch einige in der Praxis. Das sind so die, die mir spontan einfallen.
33	4:55- 4:58:
34	I: Okay. Ja?
35	4:59- 5:06:
36	B: Ja, ich dachte noch an Diabetiker, aber das ist ja meistens eine Komorbidität. Der primäre pflegerische Grund ist ja meistens ein anderer.
37	5:07- 5:15:
38	I: Diabetiker, okay gut. Wenn Sie an die pflegenden Angehörigen denken, mit denen Sie Kontakthaben: In welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson? Welche Aufgaben übernehmen diese vorrangig?
39	5:16- 5:28:
40	B: Das ist das nähere Umfeld, Verwandte 1. Grades oder Schwiegertochter, Schwiegersohn (eher seltener in der heutigen Konstellation), aber die Schwiegertöchter und die Kinder selbst.
41	5:29- 5:34:
42	I: Okay also würden Sie sagen das ist doch eher das weibliche Geschlecht?
43	5:35- 5:48:
44	B: Ja, ich glaube das kann man so sagen. Die findet man ja auch häufiger in sozialen Berufen und die sind eben auch die, die sich in der Familie die, die sich um die Angehörigen kümmern, die vielleicht auch mal wegen Pflege in der Familie den Beruf vernachlässigen. Die Männer, die sind da eher, ja das ist noch so die klassische Rollenverteilung in vielen Familien.
45	5:49- 5:56:
46	I: Und wir haben es vorhin schon mal kurz angesprochen: Welche Aufgaben übernehmen diese vorrangig?
47	5:57- 6:59:
48	B: Ich denke das ist fließend, deshalb habe ich auch eingangs gefragt, wie es denn definiert ist, also anfangs sind vielleicht Waschen und Anziehen und sowas werden von der Person selbst noch geleistet, aber dann braucht es vielleicht eine Begleitung

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

zu den Arztbesuchen, einfach um auch die Dinge umzusetzen oder mitzubekommen. Tabletteneinnahme ist so ein Stichwort: Wenn wir merken, okay das funktioniert nicht mehr, dann übernehmen das die Angehörigen. Dann auch darauf achten, dass getrunken wird, also Nahrungsaufnahme, diese Dinge. Und dann, wenn der Patient schwächer wird, wenn ein Frailty-Syndrom droht oder sowas, wenn ein körperlicher Verfall oder Abbau sichtbar wird, dann werden irgendwann auch körperliche Unterstützungen, also beim Zähneputzen, beim Haare kämmen, beim Waschen, Duschen notwendig. Oder auch Spaziergänge oder sowas, die dann nicht mehr unbegleitet erfolgen können.

49 7:00- 7:12:

50 I: Gut. Welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen, also dass in der Praxis bemerkt wird, das sind die Angehörigen, die dazu gehören?

51 7:13- 9:01:

52 B: Ja, also manchmal stellen sich Leute vor, die sich einfach schon verausgabt haben. Oft gerät man dann in so einen Kreis, man will ja auch da sein für den Angehörigen. Der Angehörige ist vielleicht auch unzufrieden mit der Situation und fordert dann noch mehr ein. Es gibt einen gewissen Druck in der Familie, das ist auch nicht selten und man will denjenigen auch nicht Fremdbetreuen lassen. Das führt dazu, dass die da Kräfte mobilisieren, wenn das über Jahre besteht, dann kann das Richtung Burnout gehen oder Erschöpfungsdepression. Also das ist so eines, das muss man dann auch offen ansprechen mit den Angehörigen, damit es eben nicht dazu kommt. Wenn die wissen, dass sowas drohen kann, können die selbst schneller auch mal eine Pause einlegen. Dann auch technische Sachen, also nicht jeder ist für die Pflege geeignet, das muss man dann ganz subtil erfragen, ob die sich auch wirklich zutrauen, Toilettengänge zu begleiten oder sowas. Das kann ja auch mal im engeren familiären Umfeld unangenehm sein, für beide Seiten. Da gibt es auch Pflegeschulungen und ich biete das eigentlich immer an, ich muss sagen, eine Person hat das leider erst wahrgenommen und es gibt in den geriatrischen Abteilungen auch Kurse für Angehörige. Hier in der Nähe, weiß ich, gibt es das nämlich, da haben wir in der Praxis auch einen Flyer. Und wenn da wirklich jemand ist, das geht ja dann meistens auch nicht von jetzt auf gleich, dass jemand beim Duschen Hilfe braucht oder aus dem Bett mobilisiert werden muss, sondern das ist ein Prozess und man kann sich darauf einstellen. Und da empfehle ich eigentlich immer so einen Pflegekurs, damit man ergonomisches Arbeiten lernt, eben nicht aus dem Kreuz hebt oder so. Gerade Laien machen das dann intuitiv und können auch was falsch machen.

53 9:02- 9:10:

54 I: Okay, super. Welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?

55 9:11- 10:13:

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

56	B: Also, wenn jemand proaktiv auf uns zukommt und sagt „Mensch, ich bin in der Pflege tätig im eigenen Umfeld“, dann meistens, weil er schon überlastet ist. Oder es kristallisiert sich eben heraus, dass ich den Patienten betreue und zunehmend Tochter oder Sohn das Wort ergreifen, auch wirklich auch in die Praxis kommen und man merkt der macht da dies und jenes, das kristallisiert sich dann so heraus. Dann geht es oft um die Einleitung einer Pflegestufe und diese Dinge, da gebe ich Tipps auf der sozialmedizinischen Schiene, geriatrische Komplexbehandlung, wenn sowas Sinn macht, dass man mal kurzzeitig für eine Entlastung sorgt, auch darauf hinweist, dass es das Angebot der Kurzzeitpflege gibt, wenn jemand mal in den Urlaub fahren muss oder will. Genau, also solche Sachen wissen viele Angehörige nicht und das versuchen wir dann schon zu thematisieren.
57	10:14-10:21:
58	I: Okay. Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?
59	10:22- 10:28:
60	B: Die Angehörigen selbst oder die Patienten?
61	10:29- 10:30:
62	I: Mit den pflegenden Angehörigen.
63	10:31- 11:22:
64	B: Die pflegenden Angehörigen okay, weil die Patienten haben da oft eine andere Meinung. Ich glaube das kommt ein bisschen auf die Generation an, also früher in einer Großfamilie war das so eine Art Generationenvertrag. Man hat halt zusammen gewohnt in einem Mehrgenerationenhaus und irgendwann wurde man halt pflegebedürftig und dann haben das die Kinder übernommen. Heute in unserer modernen Gesellschaft ist das ja anders und vielleicht auch nicht immer so gewährleistet, vielleicht teilweise bei den Bauern auch noch, haben wir hier ja auch noch, aber genau. Und im ländlichen Gebiet, glaube ich, ist das noch selbstverständlicher, in städtischen Regionen könnte ich mir vorstellen, dass es da nochmal anders ist als hier auf dem Land. Wir sind so ein bisschen dazwischen, glaube ich. Viele sehen es als selbstverständlich an, viele sind aber auch beruflich heutzutage schon so eingespannt, dass sie sich das nicht vorstellen können. Ich würde sagen hier bei uns ist das so 50/50 vielleicht.
65	11:23- 11:29:
66	I: Und inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen für sich als selbstverständlich an, also dass Sie...?
67	11:30- 11:32:

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

68	B: Also da würde ich sagen zu 100%.
69	11:33- 11:41:
70	I: Okay. Und Sie versuchen dann mit einer frühzeitigen Kommunikation zu unterstützen und eben Organisation auch.
71	11:42- 12:24:
72	B: Genau. Hilfestellungen, wenn irgendwelche Fragen sind, genau, Anleitung, der Eigenschutz wird extra angesprochen. Was mir auch immer wichtig ist, ist dass es nur einen gibt, der dann den Kontakt hier zur Praxis sucht. Vielfach ist es so, in einigen Familien gibt es natürlich mehrere, die sich da kümmern, der eine ein bisschen und der andere ein bisschen und viele tauschen sich nicht so aus. Das gibt dann eher einen Qualitätsverlust. Dann werden Medikamente doch gegeben, weil ich das mit dem einen besprochen habe, der nächste nicht davon weiß, aber der ist für die Medikamente zuständig und solche Dinge. Deswegen bitte ich dann die Familien, einen auszusuchen, der mit dem Betroffenen in die Praxis kommt und der sich dann um diese medizinischen Sachen kümmert.
73	12:25- 12:37:
74	I: Okay dann wären wir eigentlich auch beim nächsten Punkt: Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting? Sie haben ja jetzt schon gesagt...
75	12:38- 13:05:
76	B: Ja, wäre ein Punkt, wenn das dann ständig wechselt. Also ich habe hier schon mal jemanden nach Hause geschickt und gesagt „Nein, ich bespreche das jetzt nur noch mit Ihrem Bruder oder Ihrer Schwester, wir können jetzt hier nicht 5 Mal das Gespräch führen“. Und dann kommt am Nachmittag plötzlich ein Anruf „Ja Sie haben das aber nur mit meiner Tochter oder meiner Schwester oder wem auch immer besprochen“, das kann man sich hier natürlich nicht leisten. Wenn dann schon diese Dreieckskonstellation Sinn macht und sein muss, dann möchte ich einen Ansprechpartner.
77	13:06- 13:10:
78	I: Okay, gibt es denn noch andere Probleme, die Sie im Umgang mit den Angehörigen sehen?
79	13:11- 14:21:
80	B: Ja, also auf der einen Seite ist eben ein Problem der schmale Grad, dass sie selbst überlastet sind, überfordert, was natürlich schwierig ist. Ich mache ja bei einigen Patienten Hausbesuche und oft kriegt man das in der Praxis nicht unbedingt so mit. Manche weisen darauf hin ja, aber da muss sich jeder ein bisschen an den eigenen Schutz denken. Das ist das Eine. Dann liest man ja auch immer Artikel über häusliche

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	<p>Gewalt, auch Missbrauchsfälle von gerade Demenzkranken und sowas, an sowas muss man auch immer mal denken. Wenn da jetzt jemand dauernd blaue Flecken hat, die nicht plausibel erklärbar sind, dann muss man hellhörig werden. Es gibt ganz häufig mal Überforderungssituationen und die Leute wissen dann oft selber nicht, wenn man sie darauf anspricht, was da mit ihnen passiert. Die verlieren dann die Geduld, die schütteln dann jemanden oder schlagen jemanden, wenn jemand 50-mal am Tag über Wochen das gleiche sagt, die sind einfach nicht professionell, sondern die gehen demjenigen nah und die versuchen das zu korrigieren und kämpfen dann dagegen. Jemand Externes wäre da entspannter und würde da neutraler oder objektiver darauf zugehen.</p>
81	14:22- 14:33:
82	I: Ja, okay. Wie schätzen Sie den zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein?
83	14:34- 15:00:
84	B: Oh je, also finanziell kann ich es gar nicht einschätzen. Ich bin ja nicht selber niedergelassen. Zeitlich ist das schon ja, also meistens bestelle ich beide zeitgleich ein, aber manchmal lässt sich das nicht einrichten und dann bespricht man die Sachen erst mit dem Patienten und dann noch mal mit den Pflegenden, das ist dann natürlich ein doppelter Aufwand, doppelte Kommunikation, ganz klar.
85	15:01- 15:09:
86	I: Welche weiteren Probleme oder Herausforderungen organisatorischer, verwaltungs- und abrechnungstechnischer Art gibt es im Umgang mit pflegenden Angehörigen Ihrer Meinung nach?
87	15:10- 15:55:
88	B: Ja, manchmal ist es so, dass erwartet wird, dass der Hausarzt zum Hausbesuch kommt, aber dann erfährt man, dass der Patient alle paar Wochen beim Neurologen, beim Zahnarzt, bei sonst welchen Ärzten ist und da scheint es wunderbar zu funktionieren, dass der Patient zu mobilisieren ist. Das ist dann ein Moment, wo ich mich ein bisschen ärgere. Das spreche ich dann auch oft an und sage „Naja vielleicht können wir das doch anders regeln.“ Geht dann meistens auch, aber es ist gar nicht so selten. Man denkt immer „Ach ja, der Hausarzt, der macht ja Hausbesuche“. Vom Neurologen wird das gar nicht erst erwartet, der ist da direkt erst mal raus. Umgekehrt kann man auch sagen, dass man manchmal Patienten hat, die wirklich nicht mehr mobilisierbar sind und die dann Schwierigkeiten haben, die Fachärzte ins Haus zu bekommen. Auch diesen Punkt gibt es natürlich.
89	15:56- 16:09:
90	I: Jetzt haben wir ja gerade schon mal die Schulungen für die pflegenden Angehörigen angesprochen: Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige kennen Sie denn noch?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

91	16:10- 17:42:
92	<p>B: Also speziell zugeschnitten auf die Pflegenden fällt mir eigentlich nur das mit der Geriatrie, also der geriatrischen Komplexbehandlung und der Pflegeschulung ein. Hilfe und Unterstützung. Naja, also wenn jemand jetzt psychisch überlastet ist, dann wäre die psychotherapeutische Betreuung sicherlich sinnvoll. Einfach ein bisschen Coaching, also ich denke die brauchen jetzt nicht auf der hohen Couch liegen und die Kindheit diskutieren sondern die sollen einfach mit manchen Situationen gelassener umgehen lernen. Das muss man denen dann auch erklären. Das ist in Zeiten, in denen man fast ein halbes Jahr auf sowas wartet, manchmal ein bisschen schwierig. Wir machen hier in der Praxis natürlich auch ein bisschen psychosomatische Grundversorgung, ein bisschen können wir da auch abdecken. Genau, man darf das glaube ich nicht unterschätzen, also wenn man jemanden, der einem auch nahesteht, so sollte es auf jeden Fall sein, dass man die begleitet und dann den Verfall auch sieht, das belastet schon. Man sieht jetzt kann er dies nicht mehr, jetzt kann er das nicht mehr, da muss man vielleicht auch den Fokus auf die Dinge legen, die der Patient vielleicht noch kann. Oft fallen ja die Sachen auf, die man nicht mehr kann. Aber was alles noch gekonnt wird, dass der Patient vielleicht noch selber die Zähne putzen kann, sich noch kämmen kann und da muss man ein bisschen sehen wie man die positiv beeinflusst. Das machen wir dann hier in der Praxis. Aber an so spezifischen Angeboten wüsste ich jetzt nichts.</p>
93	17:43- 17:57:
94	<p>I: Wenn Sie jetzt jemanden zu einer Schulung schicken, da haben Sie gesagt Sie haben Flyer in der Praxis. Geben Sie die dann raus oder wie läuft das dann?</p>
95	17:58- 18:37:
96	<p>B: Ja, die geben wir dann raus, aber das ist mir erst 1-mal gelungen, weil die meisten sagen nein, nein sie kommen schon alleine zurecht. Die Akzeptanz ist glaube ich nicht so hoch. Außerdem muss man natürlich die Termine koordinieren, wenn jemand noch berufstätig ist, sind die ja meisten sehr eingespannt. Die haben ihre eigenen Familien, haben ja vielleicht auch noch Interessen und Hobbies, Pflegen dann noch nebenher und vielleicht sind die noch halbtätig berufstätig. Und dann biete ich denen auch noch Pflegeschulungen an, das ist, also die Begeisterung hält sich meistens in Grenzen, weil die sich auch nicht vorstellen können was einem da beigebracht wird, aber ich selbst habe in der Geriatrie gearbeitet, ich fand das eigentlich sehr sinnvoll.</p>
97	18:38- 18:44:
98	<p>I: Das heißt Sie sehen es als Aufgabe des Hausarztes an, pflegende Angehörige gezielt zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu verweisen?</p>
99	18:45- 19:00:

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

100	B: Ja genau. Das ist ja auch Prävention. Die Leute sind meistens Laien und deshalb sollten die schon gezeigt bekommen, wie man jemanden in den Rollstuhl mobilisiert, zum Patientenschutz und zum Eigenschutz.
101	19:01- 19:14:
102	I: Okay. Welche Rolle spielen Hausbesuche im Umgang mit informellen Pflegenden?
103	19:15- 19:32:
104	B: Ich denke das ist eine wichtige Säule. Das Angebot gibt es immer, wenn es nicht ausgenutzt wird, aus unterschiedlichen Gründen, ist das eine Sache, die wir auf jeden Fall machen, auch flächendeckend. Wir haben Patientenlisten und machen regelmäßig da Besuche, wo die Mobilisation in die Praxis oder das Hinbringen in die Praxis einfach nicht möglich ist.
105	19:33- 19:40:
106	I: Führen Sie Hausbesuche durch, um sich ein Bild vom Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung zu machen?
107	19:41- 20:11:
108	B: Gezielt eigentlich nicht. Meistens ist das so, dass es interessant ist, wenn man vor Ort ist und dann mal alles sieht. Um jetzt zu gucken, also ich überprüfe nicht ob die Duschwanne ebenerdig ist oder sowas, das macht ja dann der MdK, wenn er eine Pflegestufe stellt. Es ist schon interessant und es ist auch eine wichtige Zusatzinformation, deswegen extra rauszufahren, das mache ich jetzt nicht. Das ist mit anderen Dingen verbunden, Blutentnahme oder sowas.
109	20:12- 20:20:
110	I: Okay. Und ich meine im Hinterkopf zu haben, dass Sie auch geschultes Praxispersonal für die Hausbesuche haben.
111	20:21- 20:32:
112	B: Ja genau, wir haben 2, die auch Hausbesuche machen, genau. Blutentnahmen Vitamin B12 Spritzen oder was auch immer dann so ansteht, genau, das haben wir auch.
113	20:33- 20:50:
114	I: Okay. Wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu starkbelastet sind?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

115	20:51- 22:21:
116	<p>B: Ja, also wir hatten ja eben schon einmal angesprochen, das ist ein Prozess, also der Patient wird meistens schlechter und den Punkt abzapfen, wo man merkt „Mensch, jetzt bin ich überfordert“ den sehen die dann oft nicht mehr. Den sehen weder die Patienten noch die pflegenden Angehörigen, alle versuchen sich irgendwie über Wasser zu halten, mehr schlecht als recht und dann muss man manchmal ein Machtwort sprechen. Jetzt gerade hatte ich da noch einen Fall, da war ein Palliativpatient, der unbedingt zu Hause bleiben will, ist auch alles gut und schön, der Mann wiegt aber 150 kg und lässt sich nicht mehr mobilisieren. Wir bekamen den dann eines Abends gar nicht mehr aus dem Stuhl raus und da kann er jetzt nicht die letzten Monate seines Lebens verbringen. Ja, da muss man eben manchmal sagen „So jetzt ist das der Punkt, wo irgendwelche professionelleren Strukturen her müssen. Ob das die Caritas ist oder ob das auch eine Unterbringung in einer Einrichtung ist, das muss man dann sehen. Aber es ist glaube ich nicht selten. Also irgendwann im Laufe der Zeit, das ist ja auch so eine Sache, dass man diese Verantwortung gar nicht tragen will, man will ja nicht sagen „Du kannst jetzt nicht mehr hier wohnen, du musst jetzt ins Heim“, wenn man das bis zu einem bestimmten Punkt schon so durchgezogen hat, dann hält man an diesem Konzept fest. Dann muss irgendwas passieren, dann muss der Pflegebedürftige stürzen oder irgendwas anderes passieren und dann wird man wachgerüttelt und dann sieht man „Okay es geht eben nicht mehr.“</p>
117	22:22- 22:32:
118	<p>I: Wie kann in Ihren Augen einer solchen kritischen Pflegesituation vorgebeugt werden? Was kann konkret der Hausarzt dazu beitragen?</p>
119	22:33- 23:16:
120	<p>B: Tja, also wir sprechen das offen an, wir geben Hilfestellungen, ich versuche immer nachzuhören, wie es denn funktioniert zu Hause, weise immer wieder darauf hin, dass es auch andere Hilfsangebote gibt. Es gibt Notfallknöpfe für die Patienten, dass man sowas dann zum Beispiel, wenn schon nicht der Pflegedienst kommt, dass dann ein Sturzereignis zum Beispiel frühzeitig erkannt wird oder der Patient sich melden kann, wenn er noch mobil ist. Sowas fällt mir vielleicht ein. Mit denen reden und vielleicht auch darauf hinweisen, dass es auch einen Punkt geben darf und man sich das auch eingestehen darf, wo es dann eben nicht mehr geht.</p>
121	23:17- 23:24:
122	<p>I: Wie werden denn solche Notfallknöpfe beantragt oder wo bekommt man die?</p>
123	23:25- 23:36:
124	<p>B: Das geht hier bei uns über die Caritas. Die haben sowas, damit ist man dann auch verbunden. Ich glaube man kann auch andere Telefonnummern da hinterlegen und dann geht aber immer noch ein Anruf an die Caritas raus.</p>

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

125	23:37- 23:54:
126	I: Okay, das ist gut, zu wissen. Inwieweit wird in Ihrer Praxis das Personal bei der Identifikation und/oder Unterstützung pflegender Angehöriger einbezogen?
127	23:55- 24:18:
128	B: Also da wüsste ich jetzt nicht, dass das so der Fall ist. Wie sollten die das tun? Ich wüsste jetzt kein Konzept. Die fragen das vorne an der Anmeldung, die Angehörigen machen ja den Termin mit dem Patienten, also in dem Moment wissen die halt da ist jemand, der kann nicht alleine kommen, aber andere Mechanismen oder sowas haben wir nicht dafür.
129	24:19- 24:24:
130	I: Das heißt es wird auch nicht in der Akte vermerkt „Da gibt es den und den, der könnte vielleicht..?“
131	24:25- 24:56:
132	B: Wir machen ja auch das Einschreiben in die Pflegestufe und wir machen ja auch geriatrische Komplexbehandlung, geriatrische Assessments und sowas, da haben wir dann schon stehen Pflegestufe 3 oder sowas. Von den Angehörigen haben wir dann meistens eine Telefonnummer, wenn die Pflegende sind oder auch wenn Patientenverfügungen oder medizinische Vollmachten bestehen, dann notieren wir das schon, aber nicht alleine wegen der Tatsache, dass die Pflegende sind.
133	24:57- 24:04:
134	I: Okay. Ist Ihnen die S3-DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“ bekannt?
135	24:05- 25:10:
136	B: Okay, ne, also da muss ich gestehen, die kenne ich jetzt so nicht.
137	25:11-25:17:
138	I: Inwiefern nutzen Sie bereits weitere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder anderweitige Hilfsmittel für die Identifikation und den Umgang mit pflegenden Personen?
139	25:18- 25:35:
140	B: Leitlinien für pflegende Angehörige, nein, eigentlich nicht. Man muss ja auch sagen es ist eher ein Randthema. Im Fokus steht immer der Patient. Wir fangen das hier so

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	auf nach bestem Wissen und Gewissen, aber dass das jetzt so sehr in den Fokus rückt, ist jedenfalls hier bei mir in der Sprechstunde nicht so.
141	25:36- 25:40:
142	I: Falls nicht, welche Hilfsmittel würden Sie sich in Zukunft dazu wünschen?
143	25:41- 25:55:
144	B: Wahrscheinlich geht es immer besser, oder? Also ich bilde mir immer ein, dass das ganz gut läuft, aber ja.
145	25:56- 25:59:
146	I: Es könnten ja auch irgendwelche Checklisten oder sowas sein.
147	26:00- 26:26:
148	B: Ja es würde wahrscheinlich schaden, wenn man sich da austauscht. Ich habe das vielleicht am Rande irgendwo, ich habe ja vorletztes Jahr diese geriatrische Zusatzausbildung gemacht, genau, da war das natürlich auch Thema. Das fällt mir jetzt noch so ein, aber dass ich Handlungsanweisungen bräuchte, bisher gab es nicht so komplizierte Fälle, dass es gar nicht ging.
149	26:27- 26:35:
150	I: Gut, wie könnte die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden? Was würden Sie sich dazu wünschen?
151	26:36- 27:20:
152	B: Vielleicht kann man solche Dinge, wie diese Pflegeschulungen noch mal stärker bewerben, sodass die Akzeptanz da vielleicht auch verbessert werden kann oder auch ausbauen, ausweiten. Oft wird das ja denen angeboten, deren Angehörige gerade in der Reha sind, alle anderen wissen davon noch gar nichts oder kommen dann oft als Externe so dazu. Das ist glaube ich ein Schritt, das machen wenige. Da dann an die Klinik zu fahren und sich an die Geriatrie zu wenden. Vielleicht kann man ja über andere Institutionen solche Schulungen und Hilfsangebote niederschwelliger anbieten.
153	27:21- 27:28:
154	I: Das heißt, dass vielleicht auch die Vernetzung ein bisschen besser ist und es ein Netzwerk aus Hilfsangeboten gibt?
155	27:29- 27:35:

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

156	B: Wenn es sowas über die Diakonie oder Caritas gibt, die machen ja ganz viele tolle Angebote, da kann man sich auch hilfesuchend hinwenden, aber..
157	27:36- 28:14:
158	Technische Probleme
159	28:15- 28:26:
160	B: Also niederschwellige Angebote vielleicht noch mal stärker bewerben, dass die Leute auch davon wissen, dass diese Hürde vielleicht ein bisschen geringer ist. Also die Akzeptanz höher vielleicht.
161	28:27- 28:34:
162	I: Inwiefern wären verstärkte Schulungen für Hausärzte zur Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll?
163	28:35- 29:08:
164	B: Also es mag den ein oder anderen Kollegen geben, der da Nachholbedarf hat, ich für mich würde denken ich würde meine Zeit dann eher in andere Dinge investieren, aber das ist eine persönliche Sache. Klar, also das mag der ein oder andere nicht so intuitiv auch zwischen den Zeilen hören, wenn jemand auch mitbekommt, dass es möglicherweise Probleme gibt und das vielleicht auch nicht so offensiv ansprechen, kann ja auch sein.
165	29:09- 29:16:
166	I: Okay, gut dann wären wir jetzt quasi schon durch.

Anhang 5.2. Interview B

1	[0:00:00] I: Also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting. Und mit den pflegenden Angehörigen sind die Privatpersonen gemeint, die im häuslichen Umfeld nahestehende Verwandte oder Angehörige pflegen. Wie oft haben Sie im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?
2	[0:00:23] B: Viel, bei jedem Hausbesuch fast je nachdem.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

3	[0:00:28] I: Inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger, mit denen Sie Kontakt haben, in den letzten Jahren zugenommen?
4	[0:00:32] B: Joa, die bleiben halt zu Hause wohnen dann halt bei den Kindern, die sie dann auch mitbetreuen aber auch unter anderem von Sozialstationen und so ja.
5	[0:00:47] I: Okay. Also würden Sie sagen es hat schon ein bisschen zugenommen?
6	[0:00:49] B: Ja, schon.
7	[0:00:51] I: Wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen?
8	[0:01:00] B: Ja gut, alle 2 Wochen, wenn wir Hausbesuche machen.
9	[0:01:00] I: Also schon regelmäßig?
10	[0:01:04] B: Genau, also eigentlich sind die auch immer dabei beim Hausbesuch.
11	[0:01:07] I: Suchen Sie selbst aktiv den Kontakt oder kommen pflegende Angehörige auf Sie zu?
12	[0:01:13] B: Die sind eigentlich immer dabei, das ist ganz oft, dass halt die Kinder sagen "Wir wissen, wann wir einen Hausbesuch machen", und die planen sich das dann ein und sagen "der Doktor kommt dann irgendwann" und dann kein Thema, dann sind wir auch da. Oder manchmal rufen wir auch an und sagen "Wir kommen, wäre ganz gut, wenn Sohn/Tochter/Enkel oder jemand da ist." Das kommt drauf an, weil das mit der Kommunikation auch manchmal ein bisschen schwierig ist.
13	[0:01:33] I: Okay. Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zu pflegenden Angehörigen?
14	[0:01:38] B: Das sind eigentlich alle durchweg, also bei kardiologischen, nephrologischen, gut die Demenzpatienten sowieso, also ja wir betreuen halt alle die, die nicht mehr in die Praxis kommen können, die haben ja alle, fast alle, allgemeinmedizinischen Krankheitsbilder.
15	[0:01:58] I: Und sind auch in der Regel wahrscheinlich eher die Älteren.
16	[0:02:00] B: Sind eher die Älteren, es gibt ein paar Jüngere auch, die halt aufgrund von Erkrankungen doch eine gewisse Pflegebedürftigkeit haben, wo der Ehemann dann vor Ort ist, ja.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

17	[0:02:09] I: Okay. In welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson? Ist es ein familiäres Verhältnis, wenn ja...?
18	[0:02:22] B: Oft. Oft ist es ein familiäres Verhältnis, entweder Ehemann, Ehefrau, Kinder und auch ein paar Enkelkinder, die da sind und manche haben halt einen Pflegenden, ja gut sind halt keine Angehörigen, haben dann einen Pflegedienst rund um die Uhr, manche haben halt so polnische Betreuerinnen.
19	[0:02:44] I: Und würden Sie sagen, dass es da einen geschlechtsspezifischen Unterschied gibt?
20	[0:02:47] B: Das ist unterschiedlich. Ja ein ganz kleines bisschen, manchmal überwiegen ein bisschen die Frauen, aber ja, es kommt immer darauf an, wer jetzt betreut werden soll, weil wir sowohl männliche als auch weibliche PatientInnen haben, die halt dann entsprechend betreut werden müssen, manchmal halt auch der Ehemann.
21	[0:03:08]
22	[0:04:07] B: Also wie gesagt, es ist eigentlich gemischt, Männer und Frauen.
23	[0:04:13] I: Welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen, also dass Sie die hier in der Praxis auch wirklich als solche erkennen?
24	[0:04:26] B: Also wie jetzt?
25	[0:04:33] I: Welche Chancen sehen Sie darin, dass Sie die Angehörigen frühzeitig erkennen?
26	[0:04:39] B: Dass wir sie frühzeitig mit einbinden, oder?
27	[0:04:41] I: Zum Beispiel, ja.
28	[0:04:41] B: Das ist schon wichtig, weil die Leute wissen es ja auch nicht mehr, dann kommt man dahin und dann wissen die nicht was hat der Doktor jetzt gesagt und wie und was und haben es vergessen und haben die Tabletten nicht genommen. Also ich finde es schon wichtig, dass man, aber eigentlich geht das im hausärztlichen Bereich automatisch, dass man die mit einbindet.
29	[0:04:58] I: Aber Sie sorgen dann auch dafür, dass da frühzeitig ein Kontakt hergestellt wird?
30	[0:05:03] B: Ja, das ergibt sich automatisch, also es ist eigentlich ganz selten, dass Leute ganz alleine sind oder die das alles noch selber machen, wenn die fit sind, dann

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	<p>kommen die in die Praxis und wenn die nachher nicht mehr fit sind, dann ist immer jemand da. Also da brauchen wir gar nicht groß Kontakt herzustellen. In der Stadt ist es vielleicht anders, das kann sein, weil die dann für sich leben und sowas, aber hier wohnen die doch daneben oder kommen dann.</p>
31	<p>[0:05:29] I: Welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?</p>
32	<p>[0:05:35] B: Ja gut, die wollen halt, dass wir gucken, nach den Eltern oder Schwiegereltern. Dass man da regelmäßig guckt, Medikamente bespricht und ja im Prinzip, dass man halt nicht mehr in die Praxis kommen kann oder muss. Dann sind die halt ganz froh, wenn der Arzt zwischendurch mal reinschaut, Blutdruck misst, guckt, ob die Medikamente stimmen, Blutentnahmen macht und sowas, also normale hausärztliche Versorgung.</p>
33	<p>[0:06:00] I: Und haben die für sich selbst vielleicht auch irgendwelche Wünsche, wenn sie hier hinkommen, dass sie vielleicht irgendetwas erklärt bekommen wollen oder so?</p>
34	<p>[0:06:08] B: Ja die fragen uns schon, klar. Die wollen dann auch schon wissen wie geht es weiter, was kann man machen, was hat man für Möglichkeiten.</p>
35	<p>[0:06:14] I: Okay. Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?</p>
36	<p>[0:06:23] B: Ja ich denke das gehört schon dazu, also ich sage mal ohne würde es nicht funktionieren, bei dementen Patienten, also es muss ja schon jemand dabei sein. Es ist ja schon manchmal ein Problem, die Tür aufzumachen und solche Sachen.</p>
37	<p>[0:06:41] I: Worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung pflegender Angehöriger?</p>
38	<p>[0:06:48] B: Ja, dass die auch über den ganzen Ablauf Bescheid wissen. Das finde ich schon wichtig. Dass die wissen welche Medikamente der bekommt und wie das so vom häuslichen Ablauf ist.</p>
39	<p>[0:07:01] I: Dass einfach frühzeitig eine Kommunikation stattfindet?</p>
40	<p>[0:07:03] B: Genau.</p>
41	<p>[0:07:05] I: Okay. Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting?</p>
42	<p>[0:07:12] B: Ja gut manchmal ist es, manchmal stellen die halt schon recht hohe Ansprüche sozusagen, dass die sagen "Ja, da muss der Doktor aber jetzt gleich kommen" und dies und jenes. Oder dann sind sie nicht so damit einverstanden, wenn</p>

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	man jetzt erstmal sagt, dass man nicht so viel macht. Dass die dann sagen "Ne, da muss jetzt gleich der Doktor kommen" und manchmal können sie sehr fordernd sein, aber das ist nicht so oft. Es hält sich in Grenzen.
43	[0:07:37] I: Okay. Wie schätzen Sie den zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein?
44	[0:07:48] B: Ja gut, der ist dadurch gegeben, dass wir die Hausbesuche machen in regelmäßigen Abständen. Wenn man jetzt natürlich noch mal extra kommen muss, ja gut, das ist eigentlich, das wird dann nicht unbedingt extra noch mal alles vergütet. Wenn mich jetzt einer wegen nichts und wieder nichts da 10000 zitiert, das ist halt schwierig. Beim Heimb Besuch ist das nochmal etwas anderes, wenn da angerufen wird "Jetzt muss sofort der Doktor kommen", das ist dann ein sofort durchgeführter Hausbesuch, das ist dann etwas einfacher abzurechnen, aber ja, es hält sich so die Waage.
45	[0:08:22] I: Würden Sie sich denn eine Abrechnungsziffer dazu wünschen?
46	[0:08:25] B: Das wäre schon nicht schlecht.
47	[0:08:28] I: Welche weiteren Probleme oder Herausforderungen organisatorischer, verwaltungs- und abrechnungstechnischer Art gibt es im Umgang mit pflegenden Angehörigen Ihrer Meinung nach oder gibt es da nichts?
48	[0:08:34] B: Ne, also eigentlich klappt das auch gut.
49	[0:08:41] I: Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige kennen Sie?
50	[0:08:51] B: Ja gut, die Tagespflege, wo die halt hingehen. Die Kurzzeitpflege, wenn die Angehörigen halt mal in den Urlaub fahren und sowas. Man kann auch Sozialstationen hinzuziehen, kirchliche oder sonst was, da gibt es verschiedene Arten der Sozialstationen, manche haben 24 Stunden Betreuerinnen, wenn es wirklich Schwerstpflegefälle sind oder halt diese, die aus Polen dann kommen, die auch eine Ganztags- oder Dauerbetreuung dann sind.
51	[0:09:21] I: Kommt es vor, dass Sie pflegende Angehörige an Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangebote verweisen bzw. dorthin vermitteln?
52	[0:09:28] B: Machen wir, ja.
53	[0:09:30] I: Wie machen Sie das, haben Sie Flyer hier oder geben Sie Telefonnummern raus?
54	[0:09:34] B: Ja, manchmal Flyer, manchmal kennen wir die auch und sagen bei gewissen Sachen "Da wollte ich mir in dem Bereich Sozialstation jemanden hinzuziehen" und das funktioniert eigentlich gut. Die Adressen finden Sie überall, das ist kein Problem. Das machen die zum Teil auch von sich aus schon, dass die sagen

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	"Ja für die und die Sachen haben wir uns jetzt noch die Sozialstation dazugeholt". Das muss man ja auch eigentlich selber.
55	[0:09:56] I: Das heißt was die Vernetzung angeht..?
56	[0:10:00] B: Klappt eigentlich ganz gut hier, ja.
57	[0:10:01] I: Okay. Welche Rolle spielen Hausbesuche im Umgang mit informellen Pflegenden? Wir haben es ja gerade schon mal angesprochen.
58	[0:10:14] B: Ja das ist schon wichtig, einfach um sich abzustimmen. Also ich finde es immer gut, wenn noch jemand dabei ist, wo man halt sagen kann "So und so läuft, so und so ist der Blutdruck, so und so ist das, wir reduzieren jetzt die Medikamente oder erhöhen was oder es kommt doch mal jemand vorbei zur Blutabnahme" und sowas halte ich schon für wichtig.
59	[0:10:35] I: Und führen Sie Hausbesuche durch, um sich ein Bild vom Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung zu machen oder ist es primär wirklich nur die medizinische Arbeit, die da für Sie eine Rolle spielt?
60	[0:10:45] B: Ja gut, das gehört mit dazu das mit der häuslichen Umgebung. Das gehört schon dazu. Auch mal Anregungen geben hier von wegen "Vielleicht braucht ihr doch mal ein Pflegebett, packt mal eure Teppiche weg" die Oma ist 10-mal gestürzt, dann guckt man, es ist selten, ganz viele machen es von sich aus, also gerade hier in dem Bereich.
61	[0:11:09] I: Haben Sie denn auch geschultes Praxispersonal für die Hausbesuche?
62	[0:11:12] B: Ja wir haben eine VERAH Mitarbeiterin, aber jetzt so, dass sie jetzt nur die Hausbesuche alleine fährt, machen wir eigentlich im Moment nicht. Wenn dann machen mein Mann oder ich die schon selber, also, wenn man alleine bzw. in der Begleitung von einer Helferin, ja gut, die macht dann halt viele Blutentnahmen im Rahmen der VERAH, aber dass wir sagen "die und die Hausbesuche, die werden nur noch von der Mitarbeiterin gefahren und der Doktor kommt vielleicht nur noch 1-mal im Quartal dahin und guckt, da sind unsere Patienten sehr verwöhnt. Wir fahren doch viele Hausbesuche. Die wollen halt auch einen Doktor sehen, das reicht denen dann nicht.
63	[0:11:50] I: Und sehen Sie das auch selbst als Ihre Aufgabe an, dass Sie die Hausbesuche machen?
64	[0:11:53] B: Ja gut, ich sage mal so, wenn ich einen Hausbesuch mache, dann muss ich alle 2-3 Wochen hinfahren, da denke ich schon, da könnte man wahrscheinlich ein Mal streichen und durch die VERAH ersetzen, weil wenn die nur Blutdruck gemessen kriegen und sonst nichts, aber das ist für die Leute doch schwierig. Im Heim ist es da manchmal was anderes, aber auch da sollen wir auch kommen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

65 [0:12:16] **I:** Wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark belastet sind?

Teil 2:

1 [0:00:00] **I:** Also wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark belastet sind?

2 [0:00:09] **B:** Es kommt schon häufig, was heißt nicht häufig, aber so zu einigen Prozent kommt es schon auch relativ häufig vor, nicht jetzt zu 100 %, aber bei der Hälfte denke ich ist das schon schwierig. Ich sage mal so, die haben irgendwie alle auch nur manche Sachen zur Einschätzung mit im Boot, ganz viele.

3 [0:00:31] **I:** Welche Ursachen hat dies?

4 [0:00:33] **B:** Dass die einfach, beruflich vielleicht, die haben dann nicht so die Zeiten die Sachen zu machen, gerade wenn es um Insulin und sowas geht, bei Verbänden auch und manche wollen es dann auch nicht und sagen "Nein ich kann das gar nicht, ich kann doch keinen spritzen, oder Bauchspritzen oder sonst irgendwas", das wollen die das auch gar nicht machen und dann holen wir halt schon die Sozialstation dazu oder einfach zur Unterstützung bei pflegerischen Maßnahmen, waschen oder sonst was.

5 [0:01:05] **I:** Okay, d.h. vor allem wenn die Arbeit dann zu viel wird, kann es sein, dass die pflegenden Angehörigen dann...

6 [0:01:07] **B:** Genau.

7 [0:01:09] **I:** ...überlastet sind. Okay. Wie kann in Ihren Augen einer solchen kritischen Pflegesituation

8 vorgebeugt werden? Was kann konkret der Hausarzt dazu beitragen?

9 [0:01:17] **B:** Na gut viel kann man ja eigentlich nicht, man kann das ja rechtzeitig mit denen besprechen, sagen wir mal so und sagen "Hier, guckt mal wie ihr es hinkriegt" und dass man auch einfach rechtzeitig sagt "Hier Pflegemittel anhand geben, Toilettenstuhl, Toilettensitzerhöhung, die ganzen Sachen". Und da sprechen wir in der Regel schon ganz früh an. Wenn wir sehen das funktioniert nicht mehr, oft kommen die dann auch selber und sagen dann "Können wir nicht für den Vater noch das und das aufschreiben und dies und jenes" und die kommen dann auch und sagen "Es ist mir jetzt alles zu viel, wir haben uns jetzt schon da und da hingewandt, dass die dann kommen".

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 10 [0:02:03] **I:** Okay. Inwieweit wird in Ihrer Praxis das Personal bei der Identifikation und/oder Unterstützung pflegender Angehöriger einbezogen?
- 11 [0:02:14] **B:** Ja gut, wenn die mitfahren zum Hausbesuch, dann messen die Zucker und solche Sachen, so machen wir das. In der Regel messen wir den Blutdruck und die Helferin, je nachdem, was da ist, misst dann halt den Zucker, hilft bei Verbänden und sowas.
- 12 [0:02:28] **I:** Und wenn jetzt jemand in die Praxis kommt und das Personal bekommt mit da gibt es eine Neuerung oder so, kommen die dann zu Ihnen und kommunizieren das dann?
- 13 [0:02:43] **B:** Genau. So ist das, oder dass die halt sagen "Bei dem und dem ist das aufgetreten oder ist jetzt zu Hause und er kann nicht in die Praxis kommen" dann überlegen wir uns halt, wie das dann, wie man das lösen kann.
- 14 [0:02:58] **I:** Okay. Ist Ihnen die S3-DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“ bekannt?
- 15 [0:03:04] **B:** Müsste ich jetzt, ja ne, im Moment nicht, also ich habe das schon gehört aber wir machen halt unsere Sachen so wie wir es halt routinemäßig immer machen, ne nicht so ganz: Also ich könnte es jetzt nicht so runterbeten.
- 16 [0:03:20] **I:** Okay. Inwiefern nutzen Sie bereits weitere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder anderweitige Hilfsmittel für die Identifikation und den Umgang mit pflegenden Personen?
- 17 [0:03:28] **B:** Ne, also vielleicht mal gehört, aber **(unverständlich)**
- 18 [0:03:30] **I:** Würden Sie sich in Zukunft Hilfsmittel dazu wünschen oder sagen Sie das ist so in Ordnung wie es ist?
- 19 [0:03:36] **B:** Ich müsste halt mal gucken was da so drinsteht, ein paar Empfehlungen, oder was heißt Empfehlungen, dass man einfach mal guckt macht man es so wie es darinsteht und sowas, aber da habe ich mich gerade bei den Sachen noch nicht so mit beschäftigt. Dass man wirklich dann sagt...Na gut, wie jetzt bei gewissen Erkrankungen, wo man seine Leitlinien hat, wo man halt...man fährt halt hin und macht seine Sachen und guckt was zu tun ist und in der Regel funktioniert das alles gut, wahrscheinlich macht man es eh schon so wie es darin steht, aber ich fände es mal spannend, mal zu gucken was da so drinsteht und dann...
- 20 [0:04:05] **I:** Könnte ja auch sowas wie eine Checkliste oder sowas sein.
- 21 [0:04:10] **B:** Genau. Gut, die gibt es, sowas gibt es ja auch in manchen Dingen, aber ich könnte es jetzt nicht so runterbeten also ich weiß, dass es im Rahmen

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	der Geriatrie so verschiedene Sachen gibt, aber auch für die Hausbesuche, auf was man achten muss, aber dass ich mal eine Checkliste mitgenommen hätte und gesagt hätte "Jetzt gehe ich mal dahin oder mache einen Hausbesuch und gucke mal wie es bei dem aussieht, auf was muss man dann achten" das wäre ja vielleicht ganz interessant, so eine Checkliste, gerade für einen neuen Patienten.
22	[0:04:34] I: Wie könnte die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden? Was würden Sie sich hierzu wünschen, vielleicht abgesehen von den Abrechnungsmöglichkeiten.
23	[0:04:47] B: Ich weiß nicht, da fällt mir jetzt eigentlich nichts ein.
24	[0:04:52] I: Okay. Inwiefern wären verstärkte Schulungen für Hausärzte zur Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll?
25	[0:05:01] B: Das käme auf die Schulungsinhalte an, also ich fände es nicht schlecht, wenn sowas angeboten werden würde, man kann sich das ja mal anhören und gucken was kann man noch verbessern, wie kann man noch besser mit denen in Kontakt treten, aber das Problem stellt sich eigentlich nicht, wenn da etwas ist, rufe ich die Kinder an und dann ist gut. Und dann redet man mit denen und eigentlich funktioniert das auch sehr gut.
26	[0:05:23] I: Super, alles klar. Dann sind wir schon durch.

Anhang 5.3. Interview C

1	[0:00:00]
2	[0:00:08] I: Also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting. Und mit den pflegenden Angehörigen sind die Privatpersonen gemeint, die im häuslichen Umfeld nahestehende Verwandte oder Angehörige pflegen. Wie oft haben Sie im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?
3	[0:00:33] B: Täglich.
4	[0:00:36] I: Inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger, mit denen Sie Kontakt haben, in den letzten Jahren zugenommen?
5	[0:00:42] B: Gefühlt sehr stark.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 6 [0:00:48] **I:** Okay. Wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen? Ist der Kontakt eher regelmäßig oder unregelmäßig/sporadisch?
- 7 [0:01:00] **B:** Das ist ein bisschen unterschiedlich. Also es gibt Patienten und deren Angehörige, die sehr regelmäßig und sehr häufig Kontakt suchen und es gibt die, wo Kontakt eher selten ist. Entweder weil die Angehörigen, weil es da Probleme gibt, ganz viel ist auch, dass die zu Pflegenden ein hohes Bedürfnis haben, selbstständig bis zum Schluss zu sein. Das erlebe ich immer wieder. Ich war gestern Abend noch um halb 11 zu einer Totenschau, da haben wir am Freitag vor Pfingsten metastasiertes Bronchialkarzinom gestellt, die ist gestern gestorben, die war bis dato fit, sie war Mittwoch noch beim Friseur, sie wollte Donnerstag zur Pediküre und Maniküre, das hat dann die Schwiegertochter gemacht und gestern (Samstag) ist sie ganz ruhig und friedlich gestorben. Und das war ihr das wichtigste, selbstbestimmt und zu Hause zu sein und das hat gut geklappt. Und da gab es nie Angehörige, also die gab es immer, aber die bei mir aufschlugen, bis etwa 3 Wochen vor dem Tod, wo klar wurde irgendwas ist hier nicht richtig. Dann öfter und dann eben jetzt zum Schluss in der Palliativsituation ganz gut.
- 8 [0:02:42] **I:** Und Sie haben gesagt die Angehörigen kommen auf Sie zu. Ist das in der Regel so oder suchen Sie selbst aktiv den Kontakt?
- 9 [0:02:50] **B:** Das ist sowohl als auch, wenn ich merke, da passiert gar nichts oder da müsste dringend etwas passieren in Richtung Pflege, in Richtung Betreuung, in Richtung Unterstützung, dann rufe ich auch an, ich muss mir immer das Einverständnis der Patienten holen, auch da gibt es manchmal Patienten, die sagen "Nein möchte ich nicht". Dann ist das so. Dann ist das hier auf dem Dorf ein bisschen anders, weil man auch mal andere Wege gehen kann, aber ich rufe auch schon die Angehörigen an.
- 10 [0:03:27] **I:** Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zu pflegenden Angehörigen?
- 11 [0:03:32] **B:** Das ist, die große Masse ist denke ich die Demenz mit allem, was dazu gehört oder einfach das Altsein und dann die zweite große Gruppe sind Krebserkrankungen.
- 12 [0:03:57] **I:** Krebserkrankungen, okay. In welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson?
- 13 [0:04:10] **B:** Wie jetzt? Sie wollen nicht wissen sind es Töchter oder Söhne, sondern ob das Verhältnis gut ist?
- 14 [0:04:18] **I:** Ne, ist es ein familiäres Verhältnis, wenn ja, sind es vorrangig die Kinder, gibt es da vielleicht einen geschlechterspezifischen Unterschied?
- 15 [0:04:32] **B:** Ja, klar. Es sind vorrangig die Kinder, es sind vorrangig die Töchter oder die Schwiegertöchter, definitiv gibt es da einen geschlechtsspezifischen Unterschied. Auch zunehmend häufiger alleinstehende alte Menschen, die keine Kinder haben

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	oder (unverständlich) . Dann wird es schwierig, dann gibt es manchmal die Neffen oder mit Betonung auch Nichten und Nachbarn.
16	[0:05:10] I: Okay.
17	[0:05:13] B: Aber auch wieder die Nachbarinnen, definitiv, ganz klar.
18	[0:05:17] I: Okay, also eher Frauen.
19	[0:05:19] B: Ja, ganz deutlich.
20	[0:05:21] I: Welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen durch die Hausarztpraxis, also dass diese auch wirklich als pflegende Angehörige erkannt werden von Ihnen?
21	[0:05:37] B: Ja, das ist sicher eine große Chance, aber, das ist sicher selbstkritisch zu sagen, im täglichen Chaos, was ja im Moment von Jahr zu Jahr chaotischer wird, geht das auch schon mal unter. Solange der Patient bei mir relativ, und die reißen sich ja zusammen, dass die bei mir in den Minuten, wo sie bei mir sind, nahezu klar auftreten, werde ich da definitiv das ein oder andere übersehen.
22	[0:06:28] I: Okay aber in der Regel legen Sie schon Wert darauf?
23	[0:06:32] B: Also es wäre schon wichtig, aber mir fehlt oft die Zeit.
24	[0:06:37] I: Können Sie sich denn vorstellen, wie man das vielleicht verbessern könnte?
25	[0:06:42] B: Also ich würde mir Organisationen wünschen, also früher war alles besser. Nein, als ich anfang mit der Praxis vor 20 Jahren, da war die Caritas und die Diakonie noch eine Institution, wenn man da solche Bilder sah, dann rief man da an und dann fuhren die da schon mal hin und dann gab es Gespräche mit den Angehörigen oder wer auch immer da dann dran war und da war man wesentlich dichter dran. Es war glaube ich tiefer da reinzukommen und man kannte sich, Caritas oder Diakonie, je nachdem ob jemand evangelisch oder katholisch war, das spielte hier ja eine Rolle, funktionierte gut. Das ist nicht mehr, das ist definitiv nicht mehr. Es gibt inzwischen 1002 Pflegedienste mit den verschiedensten Namen, ich weiß nicht, was es alles gibt oder wie die sich alle nennen, ich bin immer ganz baff. Man hat aber nicht, also ich kenne die nicht mehr und ich habe da keine Ansprechpartner. Ich weiß nicht, wenn ich da anrufe, dann weiß ich das läuft und da würde ich mir, ich habe jetzt gerade sowas, das nennt sich Pflegeassistenz, das ist hier im Ort und da habe ich jetzt ganz gute Erfahrungen gemacht, das sind alles Frauen, die irgendwann mal einen anderen Beruf gelernt haben, die aber jetzt einfach nicht unbedingt pflegerisch, zum Teil aber auch pflegerisch, einfach begleitend tätig sind. Da habe ich jetzt gerade ein paar ganz gute Erfahrungen gemacht und das wäre schön, wenn es da etwas gäbe. Sowas würde ich mir mehr wünschen. Weil, ich kann nicht überall hinfahren, das geht nicht. Also bei 1000 oder 1400 Patienten im Quartal kann ich da nicht

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	<p>hinfahren und bei Corona schon gar nicht. Und so sind die manchmal wirklich mutterseelenalleine. Und wenn man da jemanden hätte, wo man sagen könnte "Guck da doch mal und was du brauchst, kannst du mit mir besprechen und dann können wir zusammen gucken".</p>
26	[0:09:16] I: Okay also einfach, dass die Vernetzung auch besser wird.
27	[0:09:17] B: Ja.
28	[0:09:20] I: Okay. (Technische Probleme)
29	[0:10:25] I: Gut. Welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?
30	[0:10:32] B: Am Anfang sind das ganz praktische Dinge, wie was weiß ich, Toilettenstuhl, Duschstuhl, Pflegebett, alles, was man so braucht. Dann aber auch einfach dieses auch sich mal aussprechen können, dass man einfach nicht mehr kann. Was kann man da tun? Gibt es eine andere Unterstützung? Wen kann man mit ins Boot holen? Manchmal geht es gut, dass man diese also 14 Tage Urlaub sozusagen, na wie heißt das denn, Betreuungspflege, wie heißt denn das Wort, aber Sie wissen, was ich meine, dass die Angehörigen einfach mal wegkommen und die betreuenden Angehörigen für sich Zeit haben und mal machen können, was sie wollen. Oder auch dass ich versuche, die betreuenden Angehörigen in die Reha zu schicken, aber das ist natürlich dann die Frage was passiert mit dem zu Pflegenden, insofern ist das nicht immer ganz leicht. Und die zu Pflegenden haben, was ich verstehe, einen großen Widerwillen gegen alles, was Unterbringung betrifft. Die wollen zu Hause bleiben und zu Hause sein und zu Hause gepflegt werden.
31	[0:12:16] I: Okay.
32	[0:12:18] B: Selbst Tagespflege ist immer ein großes, ein großer Schritt, den man da geht. Wenn die dann hingehen, dann sind meine Erfahrungen, manche Leute sagen ja, probieren wir einfach mal einen Tag in der Woche. Da habe ich gemerkt das ist eher ungünstig, weil da jedes Mal vergessen im Vorfeld, dass sie da waren. Man fängt jedes Mal neu an. Es ist meiner Erfahrung nach häufig günstiger die gehen da jeden Tag hin. Dann ist das für die wie früher zur Arbeit zu gehen, manche packen auch ganz klar ihre Aktentasche, da gehe ich zum Dienst und komme abends wieder und dann ist das gar nicht so problematisch. Das ist auch durchaus eine Entlastung. Aber auch da gibt es immer weniger Plätze, man muss lange suchen, den Wunschplatz gibt es auch nicht unbedingt. Und es gibt auch Einrichtungen, die sind richtig gut und es gibt Einrichtungen, die es nicht sind.
33	[0:13:24] I: Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

34	[0:13:33] B: Das ist jetzt für mich nicht die Frage. Also wenn pflegende Angehörige eine Frage oder irgendwas auf dem Herzen haben, dann hat der bei mir jederzeit ein offenes Ohr.
35	[0:13:51] I: Worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung pflegender Angehöriger?
36	[0:13:56] B: Zu gucken, was brauchen die. Was hilft, was würde ihnen helfen. Dazu müssen mir die natürlich sagen "Was brauche ich und was würde mir helfen" und sie müssen wirklich bei mir auflaufen.
37	[0:14:14] I: Okay, das heißt es muss eine Kommunikationsbasis da sein.
38	[0:14:15] B: Ja.
39	[0:14:17] I: Okay. Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting?
40	[0:14:36] B: Manchmal gibt es die Erwartungshaltung "Du bist doch der Hausarzt, nun mach mal". Ich kann nicht Behördengänge machen, ich kann nicht die Pflegestufe beantragen, all diese Dinge. Und wie gesagt auch dafür hätte ich gerne irgendwie jemanden, der, ja so wie eine Art Assistenz, die diese Leute begleitet auch für diese Behördengänge. Für viele Menschen ist das schwierig, einen Antrag für die Einstufung der Behinderung oder das ist einfach schwierig, sich mit den Behörden auseinanderzusetzen. Wenn sie ein Blatt kriegen, was die ausfüllen sollen, dann kriegen die zum Teil schon einen Knall. Manche kommen damit klar, das ist überhaupt kein Thema. Dann gibt es immer wieder das große Problem mit Familienverbindungen, wie das eben so ist. Der spricht nicht mit dem und der nicht mit dem. Dann geht es um Erbe und ich weiß nicht was. Aber da nehme ich mich zunehmend zurück, weil ich kann keine Familienprobleme lösen. Ich kann gucken, ich kann ein bisschen vielleicht (unverständlich) sozusagen, aber auch da ist das Problem: Im Moment kann ich auch das nicht, weil mir fehlt echt die Zeit muss ich sagen.
41	[0:16:18] I: Das ist eine gute Überleitung zur nächsten Frage. Wie schätzen Sie den zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein?
42	[0:16:31] B: Der zeitliche Aufwand ist, wenn ich ihn vernünftig mache, groß. Finanziell ist es so gleich Null. Das ist einfach das Verfahren, also da kann ich ja nichts für abrechnen. Das ist in den seltensten Fällen so, dass ich da irgendetwas abrechnen kann, also das ist einfach, das gehört zu meinem Berufsbild oder meinem Berufsethos, dem ich aber im Moment gerade nicht wirklich nachkommen kann, weil es jetzt gerade wichtiger ist, die Leute wirklich zu impfen, Impfstoff zu organisieren, durch die Heime zu gehen, durch die Behindertenheime zu gehen und ja, da bleibt vieles auf der Strecke.
43	[0:17:16] I: Würden Sie sich denn in Zukunft eine Abrechnungsziffer dafür wünschen?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

44	[0:17:20] B: Die würde ich mir definitiv wünschen. Also ich würde mir wünschen, dass es ganz klar eine Ziffer gibt für Angehörigengespräche.
45	[0:17:35] I: Welche weiteren Probleme oder Herausforderungen organisatorischer, verwaltungs- und abrechnungstechnischer Art gibt es im Umgang mit pflegenden Angehörigen Ihrer Meinung nach?
46	[0:17:52] B: Ich denke wir haben das damit schon angesprochen. Es ist natürlich auch so: Auch Angehörige sind zum Teil berufstätig, sie wollen abends spät kommen, also so spät wie möglich. Da wollen aber auch Patienten kommen, die berufstätig sind und so sitze ich wirklich manchmal bis 8 oder 9 Uhr abends und mache sowas.
47	[0:18:24] I: Ja, das ist auch ein organisatorisches Problem.
48	[0:18:25] B: Ja, ja.
49	[0:18:28] I: Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige kennen Sie?
50	[0:18:35] B: Also wie gesagt diese Pflegeassistenten ist mir jetzt neu untergekommen, ansonsten Pflegedienste, Tagesbetreuung für Patienten, wo die Angehörigen dann entlastet werden. Wenn die Leute, die im Palliativnetz eingeschrieben sind, dann haben die eigentlich eine ganz gute auch psychosoziale Unterstützung vom Palliativteam. (unverständlich) Das ist ganz gut. Aber gerade im Bereich Demenz gibt es (unverständlich) .
51	[0:19:33] I: Jetzt verstehe ich Sie ganz schlecht.
52	[0:19:37] B: (unverständlich)
53	[0:19:49] B: Wie nennt sich das jetzt noch? Psychosoziale Unterstützung halt. Da kommen dann Leute, also Fachleute mehr oder weniger 2-mal für 1,5 h zu den Leuten in der Woche. Das ist besser als nichts. Aber eben nicht alles. Und dann ist ja hier, ich weiß nicht, ob es sowas in größeren Städten gibt, aber hier auf dem Dorf haben dann ja viele ich sage das jetzt mal in Anführungsstrichen "ihre Polin".
54	[0:20:30] I: Ja genau, die 24 Stunden Hilfen.
55	[0:20:32] B: Genau. Die manchmal, wo man manchmal ein Auge darauf haben muss, dass es keine Ausbeutung gibt, und man kann die eben besuchen. Dann ist es für beide Seiten gut.
56	[0:20:51] I: Kommt es vor, dass Sie pflegende Angehörige an Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangebote verweisen bzw. dorthin vermitteln?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

57	[0:20:59] B: Ja, na klar.
58	[0:21:02] I: Okay. Wie machen Sie das dann? Geben Sie die Telefonnummern raus oder haben Sie Flyer in der Praxis?
59	[0:21:10] B: Zum Teil habe ich Flyer, ich gebe aber auch Telefonnummern raus. Zum Teil rufe ich selbst irgendwo an und sage "Da kommt jemand" und zum Teil sage ich "Sie können sich da und da melden".
60	[0:21:22] I: Okay. Inwiefern sehen Sie es als Aufgabe des Hausarztes an, pflegende Angehörige gezielt zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu verweisen?
61	[0:21:29] B: Aktiv vermitteln, dass ich sie anrufe, das finde ich ist nicht gänzlich meine Aufgabe. Deshalb würde ich mir wünschen, dass es sowas gibt, wo ich sagen könnte "Da ist ein Büro, da müssen Sie hin, die werden Ihnen einfach die Möglichkeiten, die für Sie wichtig und interessant sind, aufzeigen". Das wäre ein Wunsch von mir. So wie eben Kassen (unverständlich) was früher wesentlich (unverständlich) waren, aber jetzt nicht mehr.
62	[0:22:11] I: Okay gut. Welche Rolle spielen Hausbesuche im Umgang mit informellen Pflegenden?
63	[0:22:18] B: Die pflegenden Angehörigen besuche ich ja nicht, ich besuche ja wenn die Patienten. Da sind ja meistens pflegende Angehörige dabei und in dem Zusammenhang gucke ich was brauchen die. Ich gucke nicht nur wie geht es denen, also den Patienten, sondern, aber es ist so, dass Hausbesuche nicht täglich vorkommen, sondern wirklich nur dann wenn einer pflegt. Also das ist ganz klar gewichtet, wenn der irgendwie in die Praxis kommen kann, dann soll er das tun, weil, der Zeitaufwand ist in der Praxis häufig geringer als wenn ich zu denen nach Hause fahre. Wobei wenn ich dann fahre, dann denke ich oft man müsste das häufiger machen, weil man viel mehr mitkriegt von zu Hause.
64	[0:23:21] I: Das heißt Sie schauen dann auch auf die häusliche Umgebung?
65	[0:23:23] B: Ja, ja. Das sind schon manchmal sehr aufschlussreiche Besuche (unverständlich). Aber das wäre etwas, wenn ich mal jemanden in meiner Praxis habe, dass ich dann noch ein bisschen mache, dass ich dann Hausbesuche fahre. Weil da wundert man sich auch, man bekommt sowohl in positiver als auch negativer Richtung ganz andere Eindrücke, die man nicht erwartet. Da haben Leute auch ihre Rolle, die sie bei mir spielen, wo ich sie nur in dieser Rolle kenne, und zu Hause ist das anders.
66	[0:24:03] I: Okay wie sieht es denn mit geschultem Praxispersonal für Hausbesuche aus? Haben Sie das?
67	[0:24:09] B: Ja, ich habe eine EVA, eine VERAH, aber auch da ist es so, die waren in den letzten 2 Jahren durch Covid so eingebunden, dass da kaum noch was passiert. Wir sind nur am Organisieren, dass wir im letzten Jahr auch erst die Testerei, alles, was wir halbwegs gebacken kriegten und jetzt eben die Impfungen, dass wir

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	die Leute vor dem Sommer wenigstens alle ein Mal geimpft haben. Das ist so mein persönliches Ziel und damit sind wir definitiv beschäftigt.
68	[0:24:50] I: Okay. Wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark belastet sind? Welche Ursachen hat dies?
69	[0:25:05] B: Dass sie sich da einfach alleine fühlen und keine Unterstützung, zum Teil erst lange warten, bis sie sich Unterstützung holen, so nach dem Motto: Das machen wir hier unter uns. Und dann ist manchmal schon das Kind in den Brunnen gefallen. Aber manchmal gibt es auch keine Unterstützung. Also ich habe auch schon Situationen gehabt, da war kein Pflegedienst zu finden und ich bin nach Hause gefahren und habe selbst die Palliativpatienten gelagert und gepflegt, weil es keinen Pflegedienst gab. Es ist wirklich ein Mangel.
70	[0:25:48] I: Und würden Sie sagen, dass das häufig vorkommt oder eher nicht so häufig?
71	[0:25:55] B: Also ich würde sagen, dass das eher häufig ist. Ich würde die Tendenz Richtung häufig legen. Ich glaube es ist häufiger als das was verbalisiert wird, also ich glaube man versucht hier auch noch häufig, den Schein zu wahren. "Wir schaffen das."
72	[0:26:26] I: Wie kann in Ihren Augen einer solchen kritischen Pflegesituation vorgebeugt werden? Was kann konkret der Hausarzt dazu beitragen?
73	[0:26:37] B: Indem ich versuche, wenn ich das merke, die pflegenden Angehörigen ein Stück erst mal rauszunehmen, weil die sind ja meistens doppelt belastet durch Berufstätigkeit und Pflege und Kinder. Das ist ja so die Regel. Die Kinder, dann können sie nicht weg und die Berufstätigkeit ist häufig auch, das sind einfach zwei Punkte, (unverständlich) .
74	[0:27:16] B: Aber das klappt halt nicht immer, weil alle sagen "Ne das ist nicht schlimm".
75	[0:27:26] I: Okay. Inwieweit wird in Ihrer Praxis das Personal bei der Identifikation und/oder Unterstützung pflegender Angehöriger einbezogen?
76	[0:27:41] B: Ja, also die kriegen glaube ich eine ganze Menge so in Situationen im Labor und bei Blutabnahmen, während ein EKG geschrieben wird, mit. (unverständlich) Aber in Situationen, wo sie alleine mit denen zusammen sind, da erzählen die schon eine ganze Menge und das wird mir dann auch mitgeteilt.
77	[0:28:21] I: Ist Ihnen die S3-DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige von Erwachsenen“ bekannt?
78	[0:28:28] B: Da muss ich jetzt passen. Nein.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 79 [0:28:33] **I:** Nein, okay. Inwiefern nutzen Sie bereits weitere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder anderweitige Hilfsmittel für die Identifikation und den Umgang mit pflegenden Personen?
- 80 [0:28:43] **B:** Auch da muss ich passen, nein. Ich mache das auch aus meinem Erfahrungsgefühl raus.
- 81 [0:28:53] **I:** Welche Hilfsmittel würden Sie sich in Zukunft dazu wünschen oder sagen Sie das ist so in Ordnung wie es ist?
- 82 [0:29:01] **B:** Ich glaube es ist gut so wie es ist. Auch wenn es jetzt schon oft angesprochen wurde: Ich komme im Moment nicht dazu und seit langem komme ich nicht dazu, weil die Praxis riesig ist und weil ich alleine bin. Also wenn ich nach 9 Uhr nach Hause komme, dann nehme ich keine DEGAM-Leitlinie zur Hand. Also muss ich jetzt so sagen.
- 83 [0:29:32] **I:** Wie könnte die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden, sie hatten ja schon gesagt vielleicht eine Abrechnungsziffer, gibt es da noch andere Dinge, die Sie sich wünschen würden?
- 84 [0:29:51] **B:** Wie gesagt ich würde mir 1,2,3 Anlaufstellen wünschen, wo ich die Patienten mit gutem Gefühl hinschicken kann und wo ich weiß da passiert auch was, da wird nicht nur irgendwas gemacht, sondern da wird wirklich geguckt was braucht jemand und was können wir tun. Wir können alleine als Praxis nicht die Welt retten. Da muss es, sie kennen das Sprichwort "ein Kind wird aus dem Dorf erzogen" und so ist es eigentlich auch mit alten Menschen, da muss eigentlich auch das ganze Dorf zusammenstehen.
- 85 [0:30:28] **I:** Okay. Inwiefern wären verstärkte Schulungen für Hausärzte zur Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll?
- 86 [0:30:36] **B:** Ich merke, wie sich mein Bauch gerade zusammenzieht, weil wir sind jenseits der Grenze, also ich bin jenseits der Grenze, wo ich irgendwelche Schulungen machen kann, also ich weiß nicht wie junge Ärzte das sehen, ich bin kurz vor der Rente und ich werde keine Schulung mehr für pflegende Angehörige machen. Ich habe im letzten oder im vorletzten Jahr noch eine Weiterbildung Behindertenmedizin gemacht und damit, also ich bin froh, wenn ich meine Praxis und meine Patienten gut durch dieses Jahr kriege. Mehr kann ich im Moment nicht leisten. Ob junge Menschen das anders sehen, kann ich Ihnen nicht sagen. Ich gehöre definitiv zu den Alten und habe natürlich auch zum Teil Erfahrung, also 40 Jahre Erfahrung, das sind ja auch was. Also ich wünsche mir keine Fortbildung.
- 87 [0:31:52] **I:** Okay gut.
- 88 [0:31:55] **B:** Ich wünsche mir wie gesagt so eine Stelle, wo ich die hinschicken könnte. Nicht, weil ich die von mir weghaben möchte, sondern ich unterhalte mich gerne und rede mit denen und gucke welche Möglichkeiten, aber dann hätte ich gerne eine kompetente Stelle, wo ich weiß es geht weiter.

89 [0:32:12] **I:** Gut, dann wären mit dem Hauptinterview fertig.

Anhang 5.4. Interview D

- 1 [0:00:00] **I:** Also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting. Und mit den pflegenden Angehörigen sind die Privatpersonen gemeint, die im häuslichen Umfeld nahestehende Verwandte oder Angehörige pflegen. Wie oft haben Sie im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?
- 2 [0:00:27] **B:** Schon regelmäßig, schon regelmäßig, klar.
- 3 [0:00:34] **I:** Inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger, mit denen Sie Kontakt haben, in den letzten Jahren zugenommen?
- 4 [0:00:39] **B:** Ja, ich würde schon sagen vom Subjektiven, dass, es ist schon mehr geworden ist. Ich kann nicht genau sagen wie viel mehr, aber schon mehr. Mehr Menschen versuchen das im letzten Abschnitt dann irgendwie zu Hause noch zu gewährleisten.
- 5 [0:01:04] **I:** Wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen? Ist der Kontakt eher regelmäßig oder unregelmäßig/sporadisch?
- 6 [0:01:16] **B:** Schon ein regelmäßiger Kontakt. Also bei denen, an die ich jetzt denke, da ist das so, aber es gibt natürlich auch welche, die sich nicht regelmäßig melden, aber per se schon gerade mit den pflegenden Angehörigen auch mehr Kontakt, weil sie sich schon viel kümmern und immer auch Rückfragen haben oder Anliegen haben.
- 7 [0:01:38] **I:** Suchen Sie selbst aktiv den Kontakt oder kommen pflegende Angehörige auf Sie zu?
- 8 [0:01:47] **B:** In der Regel geht der von den Pflegenden aus.
- 9 [0:01:50] **I:** Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zu pflegenden Angehörigen?
- 10 [0:01:57] **B:** Einmal natürlich, wenn es natürlich eine palliative Situation ist oder es schon in Richtung starke Pflegebedürftigkeit geht, vielleicht Demenz oder Schlaganfälle, ist natürlich ein Thema was auch im höheren Alter die Patienten dann ja auch sage ich mal pflegebedürftig werden, demenzielle Entwicklung ist auf jeden Fall ein großes Thema und Schlaganfälle und Tumorleiden, das ist dann eher palliativmedizinische Versorgung.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

11	[0:02:44] I: Immobilität wahrscheinlich auch, oder?
12	[0:02:45] B: Ja das geht damit ja einher. Ja. Und dann ja auch, Dekubitus, so pflegespezifische Probleme und Beratungsanlässe, viel auch organisatorisch, Verordnungen, Heilmittelverordnungen und sowas. Ja.
13	[0:03:14] I: Okay. Wenn Sie an die pflegenden Angehörigen denken, mit denen Sie Kontakt haben: In welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson? Ist das ein familiäres Verhältnis?
14	[0:03:32] B: Ja natürlich schon eher ein familiäres fürsorgendes Verhältnis und das ist schon sage ich mal so, dass die Pflegenden dann auch in eine Situation kommen, die dann sehr vermischt ist. Aber die familiäre, die emotionale Beziehung aber dann natürlich auch die ganzen organisatorischen Sachen. Und da muss man sich natürlich auch um sehr viel kümmern, so Heilmittelverordnung, Krankenkassen, MDK, das ist natürlich auch eine semiprofessionelle Position, die die Pflegenden da einnehmen.
15	[0:04:16] I: Und was sind das häufig für familiäre Verhältnisse, können Sie da sagen...?
16	[0:04:28]
17	[0:05:15] I: Genau wir waren bei den familiären Verhältnissen.
18	[0:05:19] B: Häufig nahe Familienangehörige, ne, die Ehefrau, die Tochter, überwiegend die Frauen, die die Pflege übernehmen.
19	[0:05:31] I: Welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen, also dass Sie die auch wirklich als die zuständigen pflegenden Angehörigen wahrnehmen in der Praxis?
20	[0:05:44] B: Also das ist meistens schon in den ersten Kontakten, dass die dann eben mit dem Patienten sich vorstellen oder dann sagen "Wir haben die und die Situation" und "Wir wollen gucken, dass wir das zu Hause machen".
21	[0:06:04] I: Und dann nehmen Sie die Daten der pflegenden Angehörigen auf?
22	[0:06:09] B: Ja, meistens ist das dann, wird das so vermerkt, dass die dann bei Problemen die Tochter oder andere Familienangehörige angerufen werden (unverständlich).
23	[0:06:22] I: Das heißt da legen Sie schon Wert drauf?
24	[0:06:23] B: Ja das ist auch einfach so in der täglichen Arbeit geht das halt nicht anders. Also wenn die vielleicht regelmäßig Anliegen haben und die Patienten das auch warum auch immer nicht mehr verarbeiten können oder damit umgehen können,

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	dann muss man sich irgendwie an die Angehörigen wenden und das ist eigentlich bei älteren Patienten häufig so.
25	[0:06:46]
26	[0:07:03] I: Gut. Welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?
27	[0:07:13] B: Unterstützung der Pflege bei den Formularen, Pflege, Krankenkasse, MDK, Heilmittel, Pflegebedarf, sowas, ne. Wie, woher bekommt man die Sachen, was muss man da machen? Wie sind die Abläufe, Pflegestufe sowas.
28	[0:07:40] I: Also vor allem organisatorische Dinge?
29	[0:07:42] B: Ja. Das erstmal, das sind also die ersten Schritte und dann ja.
30	[0:07:52] I: Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?
31	[0:07:57] B: Für mich ist das schon, also würde ich schon sagen. Wie gesagt an vielen Stellen ginge das auch gar nicht anders, sonst wären ja die Patienten wahrscheinlich irgendwie im Pflegeheim oder so, da würde der Kontakt dann über das Pflegepersonal laufen, aber das ist schon selbstverständlich, das geht auch nicht anders.
32	[0:08:23] I: Worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung pflegender Angehöriger?
33	[0:08:29] B: Kommt natürlich ein bisschen auf die Situation an, aber im Prinzip Beratung größtenteils, klar bei konkreten gesundheitlichen Sachen eben auch Hausbesuche, ja.
34	[0:08:51] I: Einfach, dass Sie da sind, wenn Ihre Hilfe benötigt wird.
35	[0:08:55] B: Ja, dann halt Beratung oder sowas. Ja.
36	[0:09:01] I: Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting?
37	[0:09:07] B: Also positiv und negativ: Die emotionale Bindung, die Emotionalität, die natürlich eine Rolle spielt, man ist natürlich als Angehöriger nicht so distanziert, sodass dann vielleicht auch mal eine erhöhte und falsche Erwartungshaltung an den Arzt, an den Hausarzt auch ist, weil man alles möchte. Auch dass die Pflegenden sich halt übernehmen, das ist auch fast immer oder sehr oft der Fall, dass die eben sehr Schwierigkeiten haben, Sachen abzugeben und alles machen wollen. Wo ich dann

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

auch mal sage "Das funktioniert nicht, 24 Stunden, 7 Tage die Woche, das ganze Jahr, das funktioniert einfach nicht, Sie müssen sich Hilfe suchen, Unterstützung suchen". Das ist auch ganz wichtig, Ressourcen aufzeigen, dass man eben sagt "Sie müssen auch mal etwas nicht machen", gucken, dass sie vielleicht in der Familie ein bisschen Entlastung schaffen oder sonst durch irgendwelche externen Pflegedienste, das ist auch ganz wichtig. Und das ist oft ein Problem bei Pflegenden, dass die da Schwierigkeiten haben, das abzugeben.

38 [0:10:31] **I:** Okay, das heißt Sie schauen dann frühzeitig, falls eine Überlastung droht, dass Sie die darauf ansprechen und Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen.

39 [0:10:39] **B:** Ja.

40 [0:10:42] **I:** Okay. Wie schätzen Sie den zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein?

41 [0:10:49] **B:** Finanziell kann ich das gar nicht einschätzen, ich bin ja relativ frisch noch niedergelassen, da kann ich das nicht einschätzen. Zeitlich, also sage ich mal, wenn es dann einen Beratungsanlass oder einen Kontakt gibt, das ist schon zeitaufwendiger, aber insgesamt macht das jetzt nicht so einen großen Teil aus. Also die einzelne Beratung ist schon zeitintensiver, aber so im Großen und Ganzen ist das jetzt nicht.

42 [0:11:32] **I:** Hält sich das die Waage.

43 [0:11:33] **B:** Ja.

44 [0:11:36] **I:** Welche weiteren Probleme oder Herausforderungen organisatorischer, verwaltungs- und abrechnungstechnischer Art gibt es im Umgang mit pflegenden Angehörigen Ihrer Meinung nach?

45 [0:11:41] **B:** Also bei manchen ist es vielleicht auch so, dass beim ein oder anderen finanzielle Gründe auch eine Rolle spielen, weshalb die Angehörigen die Pflege übernehmen, wo es auch manchmal schwierig ist, etwas zu sagen, weil die auch auf das Geld angewiesen sind. Und, dass man dann sagt "Holen Sie sich Hilfe, holen Sie sich einen Pflegedienst dazu, aber dass das deshalb nicht gemacht wird. Klar mit den ganzen Heilmittelverordnungen mit den Krankenkassen ist das sehr kompliziert, sehr zeitaufwendig und manchmal auch frustrierend. Ich hatte jetzt gerade auch einen Fall, wo ein Patient auch palliativ war, wo die Frau die Pflege übernommen hat. Da war es total schwierig mit der Krankenkasse. Er hat dann auch einen Dekubitus entwickelt und es hat dann wirklich Wochen, 2-3 Wochen gedauert, bis die Krankenkasse da die Heilmittelverordnung genehmigt hat und das ist auf jeden Fall ein großer bürokratischer Aufwand.

46 [0:12:59] **I:** Okay. Jetzt haben wir ja gerade schon mal die Hilfs- und Unterstützungsangebote kurz angesprochen. Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige kennen Sie?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 47 [0:13:09] **B:** Für Pflegende? Also den Pflegedienst, Jetzt so konkrete, also letztendlich die Sozialverbände, Sozialdienst von der Stadt, da kann man sich auch mal beraten lassen. Ja, natürlich die Krankenkasse.
- 48 [0:13:42] **I:** Kommt es vor, dass Sie pflegende Angehörige an Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangebote verweisen bzw. dorthin vermitteln?
- 49 [0:13:49] **B:** Also wir empfehlen das, aktiv vermitteln nicht, aber ja.
- 50 [0:14:01] **I:** Haben Sie da Flyer oder Telefonnummern hier?
- 51 [0:14:05] **B:** Wir haben von den Sozialverbänden Telefonnummern, aber jetzt nicht so umfangreich, also von den geläufigsten Sozialverbänden und von der Caritas.
- 52 [0:14:24] **I:** Inwiefern sehen Sie es als Aufgabe des Hausarztes an, pflegende Angehörige gezielt zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu verweisen?
- 53 [0:14:30] **B:** Also ich denke darauf aufmerksam machen, dass es das gibt, dass die sich Hilfe holen können und dass ich denen auch empfehle, dass sie sich Hilfe holen, aber klar, wenn man dann noch die Telefonnummer oder sowas hat, aber mehr eigentlich nicht. Vielleicht im Einzelfall, wenn es da wirklich Probleme gibt, weil die Patienten aus irgendwelchen Gründen auch immer das gar nicht hinbekommen oder die Angehörigen, aber in der Regel sehe ich da eher eine beratende Funktion, das andere sollten die Angehörigen, wenn es möglich ist, selber machen. Es ist auch schwierig, es würde auch den Rahmen in der Praxis überschreiten, wenn man sich wirklich damit auch noch auseinandersetzt und guckt, dass.., ja, fände ich schwierig.
- 54 [0:15:17] **I:** Okay. Das ist also einfach auch ein zeitliches und organisatorisches Problem.
- 55 [0:15:23] **B:** Ja.
- 56 [0:15:24] **I:** Okay. Die Hausbesuche hatten Sie auch schon angesprochen. Welche Rolle spielen Hausbesuche im Umgang mit informellen Pflegenden?
- 57 [0:15:34] **B:** Also es ist natürlich schon gut, zumindest zu sehen in was für einem Umfeld die Patienten zu Hause sind, dass man sich das mal anguckt. Und häufig ist das die einzige Möglichkeit, den Patienten zu sehen, weil, oft ist es ja so, dass die in der Mobilität schon eingeschränkt sind oder es einen erhöhten Mehraufwand für die Angehörigen bedeutet, in die Praxis zu kommen, wobei es natürlich auch immer schwierig ist, das so immer Alltag zu integrieren- also die Hausbesuche. Und ja klar für die Angehörigen und die Patienten ist es natürlich auch immer wichtig. Für die ist es glaube ich sehr wichtig.
- 58 [0:16:22] **I:** Haben Sie dafür auch geschultes Praxispersonal, eine NÄPA oder eine VERAH zum Beispiel?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

59	[0:16:27] B: Ne.
60	[0:16:28] I: Würden Sie sich das wünschen?
61	[0:16:31] B: Joa. Also wünschen würde ich mir das natürlich wünschen, aber es ist die Frage, ob sich das wirtschaftlich lohnt. Also so viele Hausbesuche mache ich nicht. Das mache ich wirklich nur bei den Patienten, die sehr schwer die Möglichkeit haben, in die Praxis zu kommen, also ja, ich fände es gut, aber ich kann nicht sagen, ob sich das wirtschaftlich rentieren würde. Das weiß ich nicht.
62	[0:17:04] I: Wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark belastet sind?
63	[0:17:14] B: Also so selten. Bisher habe ich das noch nicht so erlebt, aber ich bin ja auch noch nicht lange hier. Im Großen und Ganzen funktioniert das ganz gut, aber manchmal vielleicht, dass man merkt die Angehörigen sind dann gestresst, überfordert vielleicht, dass es dann vielleicht auch die ersten Anzeichen dafür gibt, dass es schwierig ist oder dass sie überlastet sind, das hat man vielleicht mal, aber dass sich das in der Pflege niederschlagen würde oder so, das eigentlich nicht.
64	[0:17:54] I: Okay. Welche Ursachen könnte denn die Überlastung haben?
65	[0:17:56] B: Einmal natürlich die emotionale Schiene. Das ist halt immer schwierig. Das sind Menschen, die ein sehr enges Verhältnis haben, also Eltern und Kinder oder so, wenn die sich dann mit solchen Sachen auseinandersetzen müssen, gibt es da natürlich ein großes Konfliktpotential. Das hat natürlich viele Faktoren. Die Eltern müssen Verantwortung abgeben, halt ihre Eigenverantwortung, ihre Freiheit abgeben, das fällt denen vielleicht schwer in so einem Konflikt. Wenn er jetzt abends sein Bierchen trinken möchte und die Tochter sagt "Ne, der Arzt hat aber gesagt du sollst das nicht" und solche Sachen. Und klar, für die Angehörigen auch, dass sie da in einer Zwickmühle sind, wegen der Pflege und dann das familiäre Verhältnis oder Kind-Eltern-Verhältnis oder so. Häufig habe ich den Eindruck, dass die Ansprüche von den Pflegenden an sich selbst sehr hoch sind, dass das eher das Problem ist, dass die an ihren zu hohen Ansprüchen scheitern. Dass die sich zu viel aufbürden.
66	[0:19:18] I: Okay. Wie kann in Ihren Augen einer solchen kritischen Pflegesituation vorgebeugt werden? Was kann konkret der Hausarzt dazu beitragen?
67	[0:19:27] B: Frühzeitig beraten, dass die sich Hilfe holen (unverständlich), jemanden einbinden aus der Familie. Dass die gar nicht erst in die Situation der Überlastung kommen und Hilfe annehmen oder aufzeigen, dass das sinnvoll ist und auch gerechtfertigt, weil wie gesagt das kann niemand leisten über einen langen Zeitraum so eine Pflege von Familienangehörigen, das geht nicht gut. Also das sehe ich auch bei Allen, dass die irgendwann auch an ihre Grenzen kommen, emotional und körperlich.
68	[0:20:10] I: Inwieweit wird in Ihrer Praxis das Personal bei der Identifikation und/oder Unterstützung pflegender Angehöriger einbezogen?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

69	[0:20:20] B: Ja die sind ja schon offensichtlich, vielleicht haben die sogar mehr damit zu tun als ich, also die machen ja vorne die Verordnungen, nehmen die Telefonate entgegen, die wissen auch schon eigentlich alles und sind da voll integriert, die wissen da wer das ist und wenn mit dem Patienten was ist, dann müssen wir die Tochter anrufen und es gibt noch zwei andere Jungen oder...die sind da voll integriert bei dem Thema.
70	[0:20:55] I: Und wenn es da irgendwelche Dinge abzuklären gibt, kommen die dann zu Ihnen und besprechen das mit Ihnen?
71	[0:21:00] B: Genau. Das kriege ich ja nicht mit was die alles machen ohne mich, aber das ist auf jeden Fall schon viel, also der Kontakt findet ja hauptsächlich oder zum Großteil zwischen den MFA und den Angehörigen oder Patienten statt. Ich sehe die ja nur, wenn die hier hinkommen.
72	[0:21:23] I: Okay. Ist Ihnen die S3-DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“ bekannt?
73	[0:21:29] B: Ne.
74	[0:21:32] I: Inwiefern nutzen Sie bereits weitere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder anderweitige Hilfsmittel für die Identifikation und den Umgang mit pflegenden Personen?
75	[0:21:39] B: Ne.
76	[0:21:41] I: Würden Sie sich da etwas wünschen oder sagen Sie das ist eigentlich so in Ordnung?
77	[0:21:45] B: Kann ich so nicht sagen, da müsste ich mir ja schon stellenweise die Angebote angucken, was es da so gibt. Da habe ich mich jetzt so noch nicht mit beschäftigt. Ja.
78	[0:22:09] I: Wie könnte die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden?
79	[0:22:17] B: Vielleicht müsste es da noch mehr Möglichkeiten geben, das herauszustellen.
80	[0:22:38] I: Was meinen Sie damit genau?
81	[0:22:40] B: Also, dass die Situation, dass da allein pflegende Angehörige sind, das ist ja so nicht irgendwie nicht dargestellt oder dokumentiert. Wenn man das als eigenständige Gruppe noch mal explizit herausstellt, dass man da noch Möglichkeiten hat, eventuell da zu unterstützen. Aber das wird ja so wenig offiziell wirklich dargestellt.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

82	[0:23:19] I: Und würden Sie sich da auch Abrechnungsziffern wünschen?
83	[0:23:26] B: Das wäre dann das, was daraus folgt.
84	[0:23:30] I: Okay. Inwiefern wären verstärkte Schulungen für Hausärzte zur Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll?
85	[0:23:36] B: Also das schadet ja nie, wenn man sich fortbildet. Mit Sicherheit auch sinnvoll, wobei meine Erfahrung vom Profil ist das schon, wenn man die Angehörigen darauf aufmerksam macht, dass sie sich nicht übernehmen, dass man die Situation nochmal vor Augen führt oder sie selber vielleicht darstellen und dass das eben an der ein oder anderen Stelle, heraushebt. Das ist immer sehr respektabel, wenn das Menschen machen, wenn sich ein Mensch dazu entschließt, ihre Angehörigen zu pflegen. Ich habe da sehr viel Respekt vor den Sachen. Das ist eine sehr schwere Aufgabe und ich würde das niemandem verdenken, wenn er sagt "Das schaffe ich nicht oder das kann ich nicht".
86	[0:24:31] I: Was sollten solche Schulungen Ihrer Ansicht nach vermitteln?
87	[0:24:39] B: Genau, das wollte ich noch sagen, dass diese psychische/ psychosomatische Komponente, dass das eben sehr wichtig ist, dass man darauf guckt. Kommt darauf an ob man psychosomatisch schon geschult ist oder nicht, aber der Umgang mit den pflegenden Angehörigen ist ein großes Feld. Auch für den Angehörigen eben, vielleicht nicht für den Patienten, aber eben als Arzt, der die Person wahrnimmt. Das ist eben auch so ein Setting, wo man sagt man hat eine Pflegende oder eine zu pflegende Person, dass man das eben auch abrechnungstechnisch und so darstellen kann. Da habe ich mir noch nicht so viele Gedanken darüber gemacht, aber das wäre eine Möglichkeit. Es gibt ja auch psychosomatische Beratung für Patienten, die (KV) könnte dann irgendwann auch mal sagen "Beratung der Pflegenden" oder sowas.
88	[0:25:52] I: Gut, dann wären wir mit dem Interview durch.

Anhang 5.5. Interview E

1	[0:00:00]
2	[0:01:51] I: Also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting. Und mit den pflegenden Angehörigen sind die Privatpersonen gemeint, die im häuslichen Umfeld nahestehende Verwandte oder Angehörige pflegen. Wie oft haben Sie im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?
3	[0:02:11] B: Meinen Sie täglich oder meinen Sie das quartalsweise?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

4	[0:02:20] I: Also, wenn Sie täglich mit den pflegenden Angehörigen zu tun haben, wäre täglich eine gute Antwort.
5	[0:02:25] B: Es ist ja so, also das Prinzip der Praxis sieht ja so aus: Die Leute versorgen ihre Angehörigen zu Hause zum Teil und kommen immer dann, wenn sie irgendwas haben wollen, sei es eine Verordnung für Krankengymnastik oder sonst irgendwas. Also wir haben jeden Tag 1-2 Patienten bzw. Angehörige, die hierherkommen und irgendwelche Dinge mitnehmen, Medikamente, Verordnungen und sowas, also täglich 2 Mal bis 3 Mal.
6	[0:02:52] I: Inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger, mit denen Sie Kontakt haben, in den letzten Jahren zugenommen?
7	[0:02:59] B: Naja also zugenommen würde ich nicht sagen, also es ist aufgrund der Krankenhauspraxis, die Leute relativ schnell zu entlassen, gibt es immer wieder eine Kurzzeitpflege von Angehörigen, also es muss jetzt keine Dauerpflege von Angehörigen sein, von der Sorte habe ich ganz wenige auch. Die kann ich an einer Hand abzählen, also die sind kurzzeitig Pflegenden, wenn Patienten operiert worden sind, wenn sie aus irgendwelchen Gründen im Krankenhaus waren und müssen noch länger betreut werden, die haben zugenommen.
8	[0:03:27] I: Okay. Wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen? Ist der Kontakt eher regelmäßig oder unregelmäßig/sporadisch?
9	[0:03:39] B: Das ist situationsangepasst. Regelmäßig insofern, dass die natürlich regelmäßig kommen und wollen ihre Verordnungen haben und sind dann wieder weg. Also direkten persönlichen Kontakt habe ich mit den Leuten eher selten, weil, die Pflegedinge meistens delegiert werden auch so in Kombination Angehörige mit Pflegediensten und ich werde da nur gelegentlich gefragt, wenn es irgendwelche speziellen Themen sind.
10	[0:04:07] I: Suchen Sie selbst aktiv den Kontakt oder kommen pflegende Angehörige auf Sie zu?
11	[0:04:12] B: Die kommen auf mich zu.
12	[0:04:15] I: Okay. Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zu pflegenden Angehörigen?
13	[0:04:18] B: Ja Tumorerkrankungen, Schlaganfälle, allgemeine Kachexie, also so ganz alte Leute, sowas.
14	[0:04:35] I: Okay und In welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson? Familiär oder freundschaftlich und wenn ja, wie sind die Verhältnisse?
15	[0:04:48] B: Fast ausschließlich familiär.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

16	[0:04:54] I: Und was würden Sie sagen ist das für ein familiäres Verhältnis?
17	[0:05:01] B: Es sind meistens die Kinder. Meistens, oder Geschwister.
18	[0:05:06] I: Und würden Sie sagen, dass es da einen geschlechtsspezifischen Unterschied in Bezug auf die pflegenden Angehörigen gibt?
19	[0:05:11] B: Also ich würde sagen es sind mehrheitlich Frauen, die das übernehmen. Auch Ehefrauen sind natürlich auch dabei.
20	[0:05:24] I: Welche Aufgaben übernehmen diese vorrangig?
21	[0:05:27] B: Das sind meistens koordinative Dinge oder einfache medizinische Sachen. Meistens in Kombination mit Pflegediensten. Also organisatorisch, sowas halt.
22	[0:05:41] I: Dass einfach alles seinen Weg geht?
23	[0:05:42] B: Genau.
24	[0:05:44] I: Welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen, also dass Sie die in der Praxis auch wirklich als solche erkennen?
25	[0:05:56] B: Dass wir die Pflegenden erkennen?
26	[0:06:01] I: Die pflegenden Angehörigen, genau. Also wie ist es, wenn jemand neu pflegebedürftig wird und?
27	[0:06:09] B: Also, wenn jemand neu pflegebedürftig wird, da hat er meistens irgendeine Art Krankenhausbericht, da kommen die Patienten bzw. die Angehörigen kommen hier her und wir lesen dann diesen Bericht, wir stellen dann fest "Was ist denn zu machen?", das wird dann mit den Angehörigen abgesprochen, die übernehmen die normale alltägliche Pflege, so will ich das mal nennen. Und die Spezialaufgaben übernimmt ein Pflegedienst. Das heißt das geht relativ schnell, es ist ja immer am Bedürfnis derjenigen gekoppelt, die akut jetzt betroffen sind.
28	[0:06:41] I: Und legen Sie Wert darauf, die pflegenden Angehörigen dann frühzeitig zu kontaktieren?
29	[0:06:48] B: Eigentlich nicht.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 30 [0:06:51] **I:** Okay, alles klar. Welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?
- 31 [0:07:00] **B:** Es gibt ja meistens Vorgaben von Pflegediensten oder Vorgaben vom Krankenhaus und das soll dann eben umgesetzt werden, also in Form von entsprechenden Verordnungen. Oder, wenn es spezielle Fragen gibt, die an mich gestellt werden, dass ich natürlich dazu was sage. Wenn es um spezielle Themen geht, z.B. um die Versorgung einer Wunde oder bestimmte Abläufe, Mobilisation, diese ganzen Dinge.
- 32 [0:07:28] **I:** Okay. Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?
- 33 [0:07:35] **B:** Ja gut, das ist für die Pflegenden ist das schon eine bewusste Entscheidung. Es gibt ja auch nach wie vor Leute, die machen das nicht. Also braucht es schon eine bewusste Entscheidung sowas zu machen oder machen zu wollen. Gewisse Aufgaben übernehmen zu wollen, die muss natürlich von den Pflegenden ausgehen. Meistens ist das Verhältnis gut zu den zu Pflegenden, dann erfolgt oft eine Absprache, wenn sie denn noch können, weil man einfach sich abspricht und sagt "Okay Pflegeheim wollen wir nicht, übermäßigen Alters- und Pflegedienst wollen wir auch nicht, Teile sollen halt im Privaten stattfinden."
- 34 [0:08:13] **I:** Okay und für Sie als Hausarzt? Meinen Sie das gehört zu Ihren Aufgaben dazu, sich mit den pflegenden Angehörigen auseinanderzusetzen?
- 35 [0:08:22] **B:** Nur dann, wenn Fragen sind.
- 36 [0:08:25] **I:** Okay. Wenn Sie das machen, worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung pflegender Angehöriger?
- 37 [0:08:35] **B:** Also die Hauptaufgabe, zumindest bei uns ist es, man muss natürlich eines dazu sagen, meine Praxis ist keine typische allgemeinmedizinische Praxis. Ich habe große Anteile von Sportmedizinproblemstellungen, orthopädische und tatsächlich zu Pflegenden habe ich eher selten im Gegensatz zu vielen anderen Leuten. Deswegen sind unsere Aufgaben sind primär koordinativ und organisatorisch, also wir greifen selbst in die eigentliche Pflege nicht ein. Das macht der Pflegedienst. Dafür haben wir einfach keine Zeit. Wir können da nicht irgendwo rumfahren und uns das angucken, wie das alles aussieht. Das kann man einmal machen, um einen Status festzustellen, ansonsten gibt es dann direktiv an den Pflegedienst oder an die Pflegenden und die organisieren das dann. Mehr Kontakt haben wir nicht.
- 38 [0:09:27] **I:** Das wollte ich Ihnen auch noch mal kurz sagen: Ich habe Sie schon extra deswegen auch ausgewählt, denn ich wollte ja ein Portfolio haben, was ein bisschen gemischt ist und nicht nur die mit Fachkunde Geriatrie darin haben.
- 39 [0:09:46] **I:** Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

40	[0:09:49] B: Also mit den Pflegenden gibt es keine Schwierigkeiten normalerweise. Wenn es Schwierigkeiten gibt, dann gibt es die mit dem Pflegedienst, dass der Pflegedienst irgendwelche Vorstellungen hat, die wir nicht teilen. Aber mit den Pflegenden gibt es keine Probleme. Meistens sind das langjährige Patienten, die man kennt, die mich kennen, die ich kenne und da gibt es keine Probleme.
41	[0:10:14] I: Wie schätzen Sie den zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein?
42	[0:10:21] B: Also der zeitliche Aufwand für mich persönlich ist relativ gering, das meinte ich auch vorhin, für meine Mitarbeiterinnen ist er relativ hoch, denn das sind alles bürokratische Akte, die dazu beitragen mit entsprechenden Papieren, mit ständigen Anforderungen von irgendwelchen Verordnungen, da ist das schon ein entsprechender Aufwand, der eben nicht vergütet wird, denn das verschwindet in der ganz normalen Ordinationszahl.
43	[0:10:48] I: Würden Sie sich in Zukunft eine Abrechnungsziffer dafür wünschen oder sagen Sie sie haben nicht so viel damit zu tun, das ist in Ordnung so?
44	[0:10:55] B: Naja gut, also sagen wir mal so, wenn dieser bürokratische Aufwand vergütet werden würde, dann würde ich das schon begrüßen, denn das nimmt natürlich schon auch meine Mitarbeiterinnen in Beschlag, die haben dann weniger Zeit für andere Dinge, d.h. wenn es da noch etwas gäbe, wäre es recht, aber nach meiner Erfahrung ist das nur eine Hoffnung. Wir leben damit.
45	[0:11:19] I: Gibt es denn weitere organisatorische oder verwaltungstechnische Probleme in der Angehörigenbetreuung?
46	[0:11:30] B: Also abgesehen von Änderungen im Heilmittelkatalog und in diesen ganzen Verordnungskatalogen, die öfter mal stattfinden, eigentlich nicht.
47	[0:11:40] I: Okay. Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige kennen Sie?
48	[0:11:47] B: Also außer den Pflegediensten kenne ich keine.
49	[0:11:54] I: Okay. Kommt es vor, dass Sie pflegende Angehörige an die Pflegedienste verweisen bzw. dorthin vermitteln?
50	[0:12:02] B: Vermitteln nicht. Wir sagen dann "Diese und diese Aufgabe muss der Pflegedienst übernehmen", das muss dann der Pflegende selbst organisieren und muss viel telefonieren und fragen welcher Pflegedienst in Frage kommt und wer Kapazitäten frei hat.
51	[0:12:18] I: Geben Sie da auch Telefonnummern raus oder sagen Sie...?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

52	[0:12:21] B: Nein.
53	[0:12:22] I: Okay, alles klar, gut. Das heißt ich kann eigentlich festhalten, dass Sie es primär nicht als Ihre Aufgabe ansehen, die pflegenden Angehörigen da aktiv zu vermitteln.
54	[0:12:36] B: Nein.
55	[0:12:38] I: Gut. Wie ist es denn mit Hausbesuchen? Führen Sie welche durch?
56	[0:12:45] B: Selten.
57	[0:12:46] I: Selten.
58	[0:12:50] B: Nur hier im unmittelbaren Umfeld, also in der Stadt sind die Patienten ja weit verteilt, die Verkehrssituation ist bei uns katastrophal, man ist ewig unterwegs. Das ist für mich nicht machbar.
59	[0:13:02] I: Okay und wenn Sie die durchführen, machen Sie das dann auch, um sich ein Bild vom Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung zu machen?
60	[0:13:10] B: Ja, gelegentlich schon. Ja.
61	[0:13:14] I: Okay, geschultes Praxispersonal haben Sie dann wahrscheinlich nicht, oder?
62	[0:13:19] B: Für die Pflege? Nein.
63	[0:13:20] I: Also für die Hausbesuche, da gibt es ja die NäPA oder die VERAH.
64	[0:13:23] B: Nein, da gibt es auch für uns kein Erfordernis.
65	[0:13:32] I: Okay gut. Ich wollte noch mal kurz auf kritische Versorgungssituationen eingehen, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark belastet sind. Wie häufig erleben Sie denn sowas?
66	[0:13:44] B: Selten oder nie.
67	[0:13:48] I: Wenn es vorkommt, ...

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

68	[0:13:53] B: Also, wenn es vorkommt, ich habe mal eine Patientin, fällt mir akut ein, die ist dement, das ist zu Hause nicht mehr zu leisten und die muss dann in eine Einrichtung. Das sind ja so die einzigen Dinge, die mir da jetzt einfallen.
69	[0:14:07] I: Können Sie sich vorstellen, warum die pflegenden Angehörigen dann überfordert sind, welche Ursachen das hat?
70	[0:14:11] B: Wenn jemand dement ist, ständig abhaut, irgendwelche Sachen anstellt, nachts rumrandaliert, dann ist das vor allen Dingen überfordernd, das stört ihr eigenes privates Leben, das ist quasi nicht mehr möglich, weil sie die Angehörigen ständig beobachten und so weiter, also die haben kein eigenes Privatleben mehr und auch ein Sicherheitsaspekt oder auch unter Sicherheitsaspekten ist es nicht mehr möglich, die Frau in irgendeiner Weise zu Hause zu lassen.
71	[0:14:38] I: Wie kann in Ihren Augen einer solchen kritischen Pflegesituation vorgebeugt werden? Was kann konkret der Hausarzt dazu beitragen?
72	[0:14:48] B: Ich fürchte nichts. Also das bestimmt ja der Krankheitsverlauf.
73	[0:14:54] I: Okay. Inwieweit wird in Ihrer Praxis das Personal bei der Identifikation und/oder Unterstützung pflegender Angehöriger einbezogen?
74	[0:15:07] B: Die leisten ja die Hauptarbeit dafür. Alles das, was angefordert wird, wird von meinen Mitarbeiterinnen bearbeitet.
75	[0:15:20] I: Wenn es da irgendwelche Neuerungen, neue Informationen oder so gibt, wird dann ein Vermerk in die Akte gemacht oder kommen die zu Ihnen und sprechen dann mit Ihnen über den Fall, wie läuft das dann?
76	[0:15:32] B: Also normalerweise, wenn es neue Informationen gibt, dann wird mir das vorgelegt und ich sage dann wie das, was dann zutun ist.
77	[0:15:42] I: Okay. Hatten Sie noch einen Punkt, den Sie dazu loswerden wollten? Ich hatte Sie da unterbrochen.
78	[0:15:52] B: Nein.
79	[0:15:53] I: Okay gut. Ist Ihnen die S3-DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige von Erwachsenen“ bekannt?
80	[0:16:03] B: Nein.
81	[0:16:06] I: Okay. Inwiefern nutzen Sie bereits weitere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder anderweitige Hilfsmittel für die Identifikation und den Umgang mit pflegenden Personen?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

82	[0:16:13] B: Nein, bisher nicht.
83	[0:16:16] I: Würden Sie sich da etwas wünschen oder sagen Sie das ist Ordnung so?
84	[0:16:19] B: Also wie gesagt, für uns oder für mich persönlich ist das kein großes Ding. Deswegen gab es für mich auch noch keine Notwendigkeit, mich da irgendwie zu orientieren, wie bei so manch anderen Dingen, die mich täglich beschäftigen. Das ist für mich eher nachrangig.
85	[0:16:35] I: Okay. Wie könnte die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden? Sie haben ja schon gesagt, vielleicht wäre es ganz gut, eine Abrechnungsmöglichkeit zu schaffen, fällt Ihnen da noch etwas anderes ein?
86	[0:16:47] B: Also ich glaube, wenn jemand entsprechendes Klientel hat, dann wird er die Frage beantworten können. Solange es bei mir keine Klagen gibt, solange sage ich dann bleibt alles so wie es ist. Also echte Verbesserungsvorschläge habe ich jetzt nicht abgesehen von dieser Vergütung irgendwelcher bürokratischer Aufwände, aber das ist sekundär.
87	[0:17:12] I: Okay. Inwiefern wären verstärkte Schulungen für Hausärzte zur Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll?
88	[0:17:23] B: Kann ich schlecht beantworten, weil wie gesagt für mich gibt es dazu keinen Grund, ich würde sowas nicht machen, weil ich damit zu wenig befasst bin. Wie das bei anderen Kollegen aussieht, die primär geriatrisches Klientel haben, das müssten die beantworten. Das kann ich nicht sagen.
89	[0:17:46] I: Okay, dann wären wir mit den Hauptfragen eigentlich schon durch.
90	[0:17:52]

Anhang 5.6. Interview F

1	[0:00:00]
2	[0:02:24] I: Also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting. Und mit den pflegenden Angehörigen sind die Privatpersonen gemeint, die im häuslichen Umfeld nahestehende Verwandte oder Angehörige pflegen. Wie oft haben Sie im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?
3	[0:02:45] B: Ich sage mal regelmäßig. Ja, genau, also regelmäßig. Wir sind altersmäßig eine sehr gut durchmischte Praxis, aber haben natürlich da auch einige pflegende Angehörige, wenn ich das jetzt so eingrenzen würde, würde ich sagen,

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

also ordnungsmäßig vielleicht so 20 Personen aktuell. Dazu muss ich sagen, dass es uns jetzt gerade 1 Jahr gibt, also wir da noch im Aufbau sind und deswegen wahrscheinlich quantitativ einfach noch nicht so viele haben.

- 4 [0:03:26] **I:** Okay dann weiß ich nicht, inwiefern die nächste Frage sinnig ist. Inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger, mit denen Sie Kontakt haben, in den letzten Jahren zugenommen?
- 5 [0:03:37] **B:** Naja das kann ich schon einschätzen, ich meine das betrifft jetzt natürlich nur meine Praxis, aber ich bin ja schon länger im ambulanten Setting und die hat natürlich zugenommen, weil einfach die Gruppe der Alten angestiegen ist und die Pflegekosten so hoch sind, dass sich doch einige die Betreuung nicht leisten können, jetzt in einem Heim oder so. Und auch wenn ein ambulanter Pflegedienst eingeschaltet ist, doch viele da in die Pflege involviert sind. Wenn vielleicht nicht die unmittelbare, das unmittelbare Waschen sage ich jetzt mal, aber alles, was darum herum ist.
- 6 [0:04:22] **I:** Wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen? Ist der Kontakt eher regelmäßig oder unregelmäßig/sporadisch?
- 7 [0:04:31] **B:** Das ist eher ein regelmäßiger Kontakt.
- 8 [0:04:36] **I:** Und suchen Sie selbst aktiv den Kontakt oder kommen pflegende Angehörige auf Sie zu?
- 9 [0:04:41] **B:** Das ist unterschiedlich. Das ist hier immer sehr individuell je nach Person und je nach Krankheitsspektrum des zu Pflegenden sozusagen. Also das habe ich sowohl als auch.
- 10 [0:04:55] **I:** Okay. Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zu pflegenden Angehörigen?
- 11 [0:05:05] **B:** Bei Demenzen ganz ausgeprägt, bei Diabetikern, bei Patienten mit chronischen Wunden oder auch mit Herz-, fortgeschrittener Herzinsuffizienz, also alles das, was mit einer hohen Symptomlast oder schwierigen Therapien einher geht oder mit Unruhezuständen. Da hat man häufigen Kontakt oder bei chronischen Wunden oder sowas.
- 12 [0:05:32] **I:** In welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson?
- 13 [0:05:37] **B:** Meistens sind es die Kinder, wir haben aber auch Situationen, wo es Cousins oder Cousinen sind, wo keine Kinder mehr da sind oder es nie welche gab. Nichten und Neffen. Aber der überwiegende Anteil sind die Kinder oder die Ehepartner.
- 14 [0:06:00] **I:** Okay und würden Sie sagen, dass es da einen geschlechtsspezifischen Unterschied gibt?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 15 [0:06:09] **B:** Ja, also die Männer werden mehr, ich will jetzt nicht sagen, dass ich jetzt keine pflegenden Männer hätte, aber da würde ich schon immer noch 3/4 Frauen und 1/4 Männer sagen.
- 16 [0:06:22] **I:** Welche Aufgaben übernehmen diese vorrangig?
- 17 [0:06:27] **B:** Naja erstmal alles, was das Administrative angeht, also alle Regelungen mit der Krankenkasse, Pflegekasse, Ordern von Rezepten, dass das geholt wird in der Apotheke, Medikamentenversorgung, hauswirtschaftliche Versorgung, das sind eigentlich so die vorrangigen Sachen. Die tatsächliche körperliche Pflege oder Behandlungspflege oder Medikamentengabe oder sowas, das wird dann häufig von einem Pflegedienst übernommen, aber ich sage mal alles andere, Fahrdienste etc., das sind die Aufgaben, die die Angehörigen übernehmen.
- 18 [0:07:02] **I:** Welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen, also dass Sie die in der Praxis auch wirklich als pflegende Angehörige wahrnehmen?
- 19 [0:07:22] **B:** Die Frage habe ich jetzt nicht ganz verstanden, also dass ich das nicht unterschätze, sozusagen, dass jemand ein pflegender Angehöriger ist? Also, dass ich aktiv frage, haben Sie ein Pflege Thema zu Hause, oder?
- 20 [0:07:40] **I:** Genau das ist gemeint. Und machen Sie das, sprechen Sie die pflegenden Angehörigen an? Wenn ja, welche Chancen sehen Sie darin oder sagen Sie, die müssen erst mal auf mich zukommen, ich mache da aktiv überhaupt nichts?
- 21 [0:07:57] **B:** Also, wenn jetzt die Patienten selber als Patient zu mir kommen, frage ich jetzt nicht ab "Haben Sie einen pflegenden Angehörigen zu Hause", das mache ich nicht, das empfinde ich ehrlich gesagt auch eher als einmischen, weil es gibt ja auch viele, die darin kein Problem sehen. Die meisten erzählen das eben auch von sich aus, weil das ja durchaus auch ein Belastungsfaktor ist. Dann thematisieren die das und dann sehe ich da auch eher meine Aufgabe, aber das jetzt aktiv abzufragen, das ne, das mache ich jetzt nicht. Also ich habe das Gefühl, derjenige, der Unterstützung braucht, der adressiert das auch in aller Regel der Fälle. Wenn es sekundär ist über den Patienten selbst, also andersrum, dass der zu Pflegende mein Patient ist, aber die Pflegeperson bei mir nicht Patient ist, da wäre es wahrscheinlich tatsächlich mal überlegenswert, allerdings ich sage mal man ist ja dann doch so nah dran an der Familie, dass man das auch merkt und da thematisiere ich das schon manchmal, die Belastung und versuche das irgendwie wertschätzend aufzunehmen, aber dass ich das jetzt gezielt frage, das ist nicht der Fall.
- 22 [0:09:11] **I:** Welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?
- 23 [0:09:20] **B:** Also Wünsche in Bezug auf mich als Arzt oder für sich als Person?
- 24 [0:09:25] **I:** Beides.
- 25 [0:09:27] **B:** Beides. Also der Unterstützungswunsch, wenn sie kommen, das ist sehr unterschiedlich. Also im Mittelpunkt würde ich, gerade wenn das sehr unruhige

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	<p>Patienten sind, ich würde fast sagen die Hoffnung auf Erleichterung. Also sie wünschen sich oft Unterstützung, wenn es darum geht, eine höhere Pflegestufe zu bekommen oder ein Hilfsmittel oder eine Heilmittelverordnung oder sowas. Das ist so individuell, das lässt sich wirklich sehr schwer verallgemeinern. Also das ist ganz unterschiedlich.</p>
26	<p>[0:10:16] I: Und dass sie vielleicht auch selbst irgendwie mal eine Auszeit wollen oder so, kommt das auch vor oder eher weniger?</p>
27	<p>[0:10:26] B: Das eher weniger, also das gibt es, aber da bin tatsächlich eher ich diejenige, die das dann mal anspricht, wenn ich das Gefühl habe, dass die Situation kippt oder so, dass ich darauf aufmerksam mache, dass es auch sowas wie Verhinderungspflege gibt oder die Pflegestützpunkte als Beratungsanlaufstellen und so weiter. Aber das wird wenig adressiert. Also ich habe manchmal das Gefühl, dass es so als gottgegeben hingenommen wird, dass halt Pflege der Eltern belastend ist und persönlich einschränkend ist. Teilweise wird damit auch gehadert, aber das ist so wie bei kleinen Kindern. Das ist irgendwie so, gerade, wenn es die eigenen Eltern sind, irgendwie so aufgefasst wie "Ahja, da muss ich jetzt halt durch", aber das ist teilweise auch wirklich so "Naja, meine Eltern waren immer für mich da, jetzt kann ich für sie da sein", das kommt dann auch durchaus. Aber ja, kann ich jetzt nicht so sagen, dass da dann irgendwas speziell adressiert wird.</p>
28	<p>[0:11:43] I: Okay gut. Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an? Worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung pflegender Angehöriger?</p>
29	<p>[0:11:56] B: Also ich habe persönlich glaube ich einen sehr Patientensinn oder Menschensinn (unverständlich) menschenzentrierten Ansatz, was das Allgemeinarzt sein angeht und da ist es wirklich für mich selbstverständlich, dass da die pflegenden Angehörigen irgendwie mit reingezogen werden, weil das Ganze ist ja ein System, was nur mit allen Beteiligten funktioniert. Das ist dann natürlich auch schwierig, wenn es dann mehrere Personen gibt, die dann gegeneinander spielen in manchen Situationen, das haben wir eben durchaus auch, wo man da auch aufpassen muss, dass man nicht zwischen den Parteien zerrieben wird und auch sehr vorsichtig sein muss, wem man da was sagt, aber so ist halt das Leben und so sind halt die Menschen. Genau, also das ist für mich auf jeden Fall selbstverständlich. Und den zweiten Teil der Frage müssen Sie noch mal wiederholen.</p>
30	<p>[0:12:47] I: Ja, worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung pflegender Angehöriger?</p>
31	<p>[0:12:53] B: Vor allen Dingen in der Beratung, ich sage mal das ist wie immer ein Kommunikationsthema. Manchmal werden mir auch Wünsche adressiert, gerade wenn Situationen sehr anstrengend sind, dass wir halt irgendwas machen, dass das aufhört. Aber natürlich gibt es nicht immer Ansatzpunkte, wo man was machen kann. Und dann versuchen wir halt schon irgendwie Unterstützungsangebote ranzuholen und so weiter und überlegen da, das ist auch individuell manchmal sehr schwierig, was geht, was nicht geht. Und man muss natürlich auch aufpassen, dass die Endverantwortung beim Gegenüber bleibt, dass man da also nicht als Retter kommt, sondern ich mache ein Angebot, aber ergreifen muss es derjenige. Das ist manchmal dann ein großer Akt in der Kommunikation, wo man sich abgrenzen und sagen muss "Das kann ich nicht für Sie übernehmen, das müssen Sie jetzt machen", ohne dass</p>

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

man abweisend wird. Genau, aber das ist eigentlich das Wesentliche, weil ich versuche auch immer möglichst aktiv den pflegenden Angehörigen, also für das, was er da leistet, wertzuschätzen und anzuerkennen wie anstrengend das oft ist. Und das führt dann auch oft zu einer Entlastung, dass es einfach gesehen wird.

Teil 2:

- | | |
|---|--|
| 1 | [0:00:00] |
| 2 | [0:00:21] I: Sie haben ja schon gesagt manchmal steht man ein bisschen zwischen den Stühlen, was die Angehörigen angeht. Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie noch im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting? |
| 3 | [0:00:38] B: Meistens ist ja das, was der pflegende Angehörige will, nicht das, was der Patient auch will. Das sind natürlich ganz schwierige Dinge, weil ich ja in erster Linie die Interessen meines Patienten zu wahren habe. Das ist dann manchmal wirklich sehr herausfordernd, dass man die nicht übersieht und überhört in seinen Bedürfnissen, die sie sich auch nicht immer trauen, frei zu äußern, wenn der pflegende Angehörige dabei ist. Da muss man auch immer mal wieder schauen, dass man Eins zu Eins Situationen schafft, aber für beide. Dass dann jeder mal sein Zeug loswerden kann. Und dann, wenn mehrere Kinder zum Beispiel da sind, oder wir haben die Situation in einer Familie, da ist eine Lebensgefährtin da, die da tätig wird und eigentlich haben aber die Betreuung, die Organisation, die Kinder und die sprechen dann nicht miteinander, das geht dann auch gegeneinander, dann werden Anfragen mehrfach gestellt und dann ist eines schon entschieden, dann wird von der anderen Partei noch mal nachgefragt. Das sind dann so Situationen. Oder, wenn wie gesagt, in der Familie mehrere da sind, die unterschiedliche Haltungen auch zu dem Thema haben, mache ich noch mal eine Krankenhauseinweisung, stelle ich die Therapie ein, was für ein Therapiemaximum betreibe ich, das sind dann natürlich schon auch schwierige Situationen, wo man dann irgendwie versuchen muss, (unverständlich) und für alle irgendwie eine Lösung zu finden. Oder auch, wenn unrealistische Erwartungen da sind, was jetzt Verordnungen angeht, sei es Patientenwindeln oder sei es von Heilmitteln, Physio, Ergo und so weiter, da kann es auch sein, dass die das sehr unterschiedlich sehen. Das müssen sie dann selbst bezahlen oder selber gucken, ich verordne es nicht oder sowas. Das sind natürlich auch immer mal schwierige Sachen. |
| 4 | [0:02:55] I: Wie schätzen Sie den zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein? |
| 5 | [0:03:01] B: Also finanziell darf man nicht unbedingt denken in der Hausarztmedizin. Ja, weil wenn ich finanziell denke, dann muss ich nur Patienten durchschleusen, dann ist man niemand, der sich um die Patienten kümmert. |
| 6 | [0:03:24] I: Würden Sie sich denn in Zukunft wünschen, dass es da eine Abrechnungsmöglichkeit gibt? |
| 7 | [0:03:31] B: Ich sage mal so es würde ja reichen, wenn irgendwie mal das ärztliche Gespräch entsprechend honoriert werden würde. Aber das geht ja immer alles in irgendwelchen Pauschalen unter. In Mikropauschalen. Also mir würde es reichen, wenn man einfach mal die Pauschalen entsprechend eben anpassen würde, aber |

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

das lässt sich schwer beziffern. Aber ich sage mal der zeitliche Aufwand, der hält sich wirklich im Rahmen, das ist jetzt nichts was einen irgendwie großartig aufhält im Tagesgeschäft.

- 8 [0:04:08] **I:** Okay, gut. Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige kennen Sie?
- 9 [0:04:16] **B:** Also ich weiß es gibt natürlich die Verhinderungspflege, wenn die mal nicht können, man kann ja auch noch mal eine Tagespflege bieten oder auch solche Personen, die man häufig als auch privat hinzurufen kann, die dann da stundenweise kommen. Irgendwelche caritativen Dienste oder so. Es kommt ja auch immer darauf an wie stark ausgeprägt ist, denn die Pflegebedürftigkeit bei demjenigen, das ist ja auch sehr unterschiedlich. Dann gibt es natürlich die 24 Stunden Hilfen, hier in Rheinland-Pfalz die Pflegestützpunkte, die da beratend und informierend tätig werden. Es gibt Angehörigengruppe, es gibt die Möglichkeit auch bei noch Arbeitstätigen ein Pflegejahr zu machen, es gibt Möglichkeiten, weil oft fehlt es ja auch wirklich am Geld, das muss man ja ganz klar so sagen, das ist ein großes Thema in der Pflege, dann gibt es auch die Möglichkeit für eine RehaMaßnahme mit dem zu Pflegenden. Da habe ich eine Familie von einem Demenzkranken, die das regelmäßig macht und der dann mit betreut wird, wobei das ist auch interessant was dann da zustande kommt, da waren sie irgendwie getrennt untergebracht, weil der wohl nachts total unruhig ist und eigentlich sage ich mal nur ruhig ist, wenn er bei ihr schläft. Aber da waren die dann getrennt untergebracht, was dann aber die Demenzsituation total verschlechtert hat und die Inkontinenz z.B. massiv gefördert hat und als sie dann zu Hause waren, hat sie es dann mit viel Mühe wieder hingekriegt und da sagt sie auch "Da war er gut durcheinander" und da hatte sie auch das Gefühl, dass sich das eher verschlechtert hat und das z.B. nicht noch einmal wollte. Also da merkt man auch einfach diese Ambivalenz oder einfach diese Not plötzlich, das ist ja herzerreißend, wenn man eigentlich weiß die pfeift aus dem letzten Loch, die schläft keine Nacht durch, die ist fix und alle, aber sie sagt "Das ist natürlich noch viel schlimmer für mich, wenn wir beiden getrennt sind und er mich dann nach den 3 Wochen nicht mehr erkennt, weil ich als Bezugsperson verloren gegangen bin." Also das ist auch eine emotionale Ebene, die da mitschwingt, die kann man gar nicht hoch genug würdigen. Also das sind so die Sachen, die mir jetzt so ad hoc einfallen.
- 10 [0:06:56] **I:** Kommt es vor, dass Sie pflegende Angehörige an Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangebote verweisen bzw. dorthin vermitteln?
- 11 [0:07:01] **B:** Ja, also vermitteln, also ja durchaus. Also an Pflegestützpunkte durchaus, ich habe dann auch immer ein paar Flyer, die drücke ich denen dann in die Hand. Oder so Angehörigengruppen, soweit ich das weiß, ist das Angebot da leider nicht so groß, aber wie gesagt da haben wir schon Anlaufadressen, an die wir die Leute dann verweisen.
- 12 [0:07:25] **I:** Inwiefern sehen Sie es als Aufgabe des Hausarztes an, pflegende Angehörige gezielt zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu verweisen?
- 13 [0:07:32] **B:** Das ist mit meine Aufgabe. Also wie gesagt der Patient kann ja auch noch mitreden, sofern sein Umfeld einigermaßen steht. Insofern ist es für mich also als Hausärztin schon selbstverständlich(**unverständlich**).

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 14 [0:07:52] **I:** Welche Rolle spielen Hausbesuche im Umgang mit informellen Pflegenden?
- 15 [0:07:57] **B:** Eine große. Das machen ja leider immer weniger Kollegen. Also wir machen das, aber es ist natürlich wahnsinnig zeitaufwendig, nicht gut vergütet, kräftezehrend, also Hausbesuche sind glaube ich von keinem Arzt so richtig das Lieblingsthema, aber es ist wirklich tatsächlich wichtig, das Ganze auch in der Häuslichkeit zu erleben. Das ist aber beides wichtig. Also man erlebt den Patienten zu Hause anders als in der Praxis. Jetzt habe ich gerade auch eine Patientin, die in ein Heim umgezogen ist und da erlebe ich die noch einmal ganz anders. Also es ist immer wieder spannend.
- 16 [0:08:38] **I:** Führen Sie Hausbesuche durch, um sich ein Bild vom Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung zu machen?
- 17 [0:08:45] **B:** Ja, das bleibt dann ja nicht aus. Aber meistens fahren wir doch hin, wenn wir einfach das Gefühl haben es ist zu mühsam für den Patienten, in die Praxis zu kommen oder wenn es auch einfach schlicht und ergreifend nicht mehr geht. Und da muss man halt gucken. Aber dann sieht man halt auch, warum der HbA1c manchmal so schlecht ist, wenn da die Colaflasche auf dem Nachttisch steht.
- 18 [0:09:13] **I:** Und haben Sie auch geschultes Praxispersonal für die Hausbesuche?
- 19 [0:09:19] **B:** Also meine Mitarbeiterinnen machen jetzt gerade die Ausbildungen zur VERAH und NäPA, also demnächst ja, genau. Das ist sozusagen in Planung.
- 20 [0:09:28] **I:** Wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark belastet sind?
- 21 **B:** Regelmäßig, also eigentlich muss ich wirklich sagen häufig. Irgendwann kommt dieses Thema immer auf, weil Pflege wahnsinnig belastend ist, wirklich. Also da macht man sich keine Vorstellung von und gerade auch wenn das die Ehepartner sind, die dann auch selber alt und eingeschränkt sind und selber kaum noch können, also die gehen alle auf dem Zahnfleisch. Das merkt man nicht immer so, aber das sind dann schon so diejenigen, wo ich dann mal nachhake, wenn sie kommen. Also es gab jetzt eine Patientin, die hatte dann Schmerzen, die auf nichts ansprechen oder Magen-Darm-Geschichten oder sowas, also meistens agieren die dann auch über Schmerzen. Da gibt es auch welche mit Gedächtnisschwund oder Schlafstörungen, auch so ein heikles Thema.
- 22 [0:10:29] **I:** Okay und welche Ursachen hat diese Überbelastung Ihrer Meinung nach außer, dass sie vielleicht selbst schon alt sind?
- 23 [0:10:38] **B:** Das ist wie bei kleinen Kindern. Je ausgeprägter die Pflegebedürftigkeit ist desto größer wächst auch die Verantwortung, der Verantwortungsdruck, dann ist es körperlich tatsächlich richtig anstrengend und wenn jemand nachts zum größten Teil aktiv ist oder rumläuft, dann der fehlende Schlaf, der zermürbt einen einfach. Und das ist die Dauerbelastung und die hört ja nicht auf. Die Kinder gibt man mal zu den Großeltern und man schnauft mal durch und das ist bei den zu Pflegenden wirklich sehr eingeschränkt, weil die auch in der Regel sehr eingeschlossen auf ihre

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	<p>Pflegeperson sind. Und ja, das ist einfach wirklich die Dauer. Das sind keine Kurzzeitbelange und irgendwann gehen die alle in die Knie.</p>
24	<p>[0:11:37] I: Wie kann in Ihren Augen einer solchen kritischen Pflegesituation vorgebeugt werden? Was kann konkret der Hausarzt dazu beitragen?</p>
25	<p>[0:11:44] B: Leider glaube ich wenig. Also man kann natürlich gucken, dass einfach Unterstützungs- und Hilfsangebote weitestgehend bekannt sind, einfach verfügbar sein, das entlastet ja auch, aber es gibt wirklich häufig Situationen, wo man denkt, dass man außer einer Einweisung eigentlich nichts machen kann. Also da ist der Krankenhausaufenthalt auch manchmal einfach ein Rettungsanker für die Pflegenden. Wir weisen den jetzt ein, die sollen den jetzt mal einstellen, aber dann ist es leider halt so, dass die dann wiederkommen mit Wunden oder die behalten die Leute dann nicht und schicken sie postwendend wieder zurück. Und dann haben die vielleicht ein größeres Problem als es vorher war. Dann steht man wieder da und darf das wieder ausbaden als Hausärztin.</p>
26	<p>[0:12:40] I: Inwieweit wird in Ihrer Praxis das Personal bei der Identifikation und/oder Unterstützung pflegender Angehöriger einbezogen?</p>
27	<p>[0:12:50] B: Die sind ja immer erstmal die ersten Ansprechpartnerinnen, wenn die Leute anrufen, und die machen das auch unter sich aus, wobei da kann ich ehrlich gesagt wenig zu sagen, weil ich das nicht so mitkriege. Also wir haben das jetzt nicht in der Praxis, wo wir sagen, da machen die MFA gezielt irgendwas für Pflegepersonen.</p>
28	<p>[0:13:18] I: Alles klar. Ist Ihnen die S3-DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige von Erwachsenen“ bekannt?</p>
29	<p>[0:13:28] B: Ne, tatsächlich nicht, ne.</p>
30	<p>[0:13:32] I: Inwiefern nutzen Sie bereits weitere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder anderweitige Hilfsmittel für die Identifikation und den Umgang mit pflegenden Personen?</p>
31	<p>[0:13:37] B: Also ich nutze natürliche medizinische Leitlinien für Erkrankungen und Handlungsempfehlungen ganz regelmäßig, aber jetzt in Bezug auf pflegende Angehörige erstmal nicht.</p>
32	<p>[0:13:55] I: Würden Sie sich da etwas wünschen oder sagen Sie das ist so in Ordnung?</p>
33	<p>[0:14:01] B: Also ich werde mir das mal durchlesen, jetzt wo Sie das sagen. Dann gucke ich mal was darin steht. Aber wahrscheinlich läuft es darauf hinaus, dass da wahrscheinlich nicht viel Neues drinsteht, sage ich jetzt mal. Also da habe ich jetzt nicht das Gefühl, dass ich da noch sehr viel Neues, also Neues erfährt man immer, aber dass es das jetzt irgendwie grundlegend verändern wird. Glaube ich jetzt mal nicht, würde mich jetzt überraschen.</p>

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 34 [0:14:29] **I:** Wie könnte die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden, was würden Sie sich dazu wünschen?
- 35 [0:14:39] **B:** Letztlich ist es ein Zeitfaktor und auch ganz schwierig. Also wie soll ich das sagen: Man ist ja heute viel eingespannter auch die Ärzte, die ganzen Angehörigen, ob jetzt Ehepartner, das ist ja auch eine Frage der gesellschaftlichen Haltung: Pflege ich oder pflege ich nicht? Und der persönlichen Haltung. Das macht die Sache wirklich schwierig. Also ich sehe da ehrlich gesagt nicht unbedingt die primäre Aufgabe bei den Arztpraxen. Das ist eher ein gesellschaftliches sozialpädagogisches Thema als ein medizinisches. Da muss man natürlich auch aufpassen, dass man sich nicht zu viel einsetzt, außer einer guten konkreten ärztlichen Versorgung der zu Pflegenden, dass man da einfach guckt, dass die anständig mit einem gescheiterten Therapieziel versorgt sind. Und auch wenn ich ansprechbar bin, kann ich die Entlastung der Angehörigen eigentlich nicht übernehmen, alles, was über ein Gespräch hinausgeht. Also das sehe ich mich jetzt auch nicht in der primären Verantwortung.
- 36 [0:16:02] **I:** Und würden Sie sich da auf struktureller oder politischer Ebene Neuerungen wünschen, dass es einfach einfacher ist, die pflegenden Angehörigen besser zu unterstützen, meinetwegen indem einfach das Netzwerk von Hilfsangeboten besser ausgebaut werden würde?
- 37 [0:16:22] **B:** Ich glaube es würde sogar reichen, wenn man besser kommuniziert, also ich finde es gibt da schon eine ganze Menge. Also der Hang ist ja dazu, den Leuten alles aus der Hand zu nehmen. Ich entlaste dich völlig, leg dich in den Liegestuhl, ich Sorge für alles. Das ist schwierig. Das kann nicht die Erwartungshaltung sein, weil das wird weder dem Patienten gerecht, weil da muss man ja auch immer mal wieder den Blick zurück auf den Patienten legen, aber das ist, wie wenn sie Eltern immer wieder erzählen "Ihr seid zu überlastet, ihr seid zu überlastet". Das macht ja was mit einem. Und dann fühlt man sich natürlich auch überlastet und wenn ich den Pflegepersonen auch die ganze Zeit sage "Ihr seid zu belastet, ihr seid zu belastet", dann fühlt sich der, der vielleicht gar nicht so stark belastet ist und das immer als normale Lebenstätigkeit angesehen hat, vielleicht auch plötzlich belastet. Da muss man immer ein bisschen aufpassen finde ich. Also ich sage mal mehr Wertschätzung für die Arbeit von Pflegenden, das würde ich mir gesellschaftlich wünschen. Und dass man da wirklich gut kommuniziert, (**unverständlich**), aber dass man das noch ein bisschen besser für die Pflegenden macht. Aber das ist irgendwie wieder selbstverständlich, das täuscht. Dass Pflege zu Hause erfolgt und dass es irgendwie normal ist und nicht etwas ist, was sich am Geldbeutel entscheidet, sondern der Spruch "Du sollst deine Eltern ehren" steht schon in den 10 Geboten, da gehört für mich auch durchaus die Pflege dazu. Deswegen werde ich da immer ein bisschen kribbelig, dass man alles weg delegieren will und jede Schwierigkeit aus dem Weg schaffen will. Das tut einem als Mensch nicht gut und das tut einem als Gesellschaft nicht gut. Und dass man da vielleicht eher wieder dazu kommt, dass das auch irgendwie was Positives ist durchaus. Also da muss man ein bisschen aufpassen, dass man die nicht zu sehr in die Opferrolle drängt. Weil natürlich bin ich auch als Mutter von zwei Kindern belastet und irgendwie bin ich da auch manchmal am Rande meiner Kräfte, also mir fehlt da auch manchmal die Kraft, von der mentalen ganz zu schweigen, aber deswegen jetzt zu sagen "Es ist ja alles furchtbar" das geht doch nicht. Was ist denn die Konsequenz? Die Konsequenz ist der zu Pflegende stirbt. Also das muss man sich auch mal vor Augen halten. Weil wenn die Pflegesituation eingetreten ist, dann wird die Pflegesituation nur wegen des Todes von demjenigen entlastet oder der Patient ist halt ganz vereinsamt und hat keinen Kontakt mehr. Und deswegen da muss man wirklich Acht geben, dass man das richtig

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

auseinanderdividiert. Und das kommt mir in der Debatte teilweise ein bisschen zu kurz. Natürlich brauchen die Entlastung, natürlich brauchen die Unterstützung, aber das darf ja auch nicht zu Lasten des Patienten gehen, der dann in irgendein anonymes Heim abgestoßen wird. Das ist auch sehr sehr unterschiedlich. Und die Vereinsamung von Pflegebedürftigen, die ist ja ganz immens. Also das ist für mich wirklich ein gesellschaftliches Thema, muss ich sagen.

38 [0:20:16] **I:** Inwiefern wären verstärkte Schulungen für Hausärzte zur Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll?

39 [0:20:28] **B:** Da bin ich jetzt der falsche Ansprechpartner. Also für mich gehört das irgendwie so dazu und wenn man dem Thema Demenz irgendwie zugewandt ist, dann funktioniert das auch. Also ich sage mal, wenn das jetzt Frauenärzte sind, direkt aus der Klinik kommen und den ambulanten Bereich nicht kennen, dann ist es eher Thema der Sozialmedizin sozusagen, dass die überhaupt erstmal wissen, wer macht das denn, wer ist denn da Ansprechpartner. **(unverständlich)** Aber jetzt eine konkrete Schulung dazu, hätte ich jetzt zum Beispiel keinen Bedarf.

40 [0:21:08] **I:** Das ist das Thema, was dann in dem Kurzfragebogen auch noch mal abgefragt wird.

Anhang 5.7. Interview G

1 [0:00:00] **I:** Also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting. Und mit den pflegenden Angehörigen sind die Privatpersonen gemeint, die im häuslichen Umfeld nahestehende Verwandte oder Angehörige pflegen. Wie oft haben Sie im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?

2 [0:00:30] **B:** Das passiert 1–2-mal im Monat, dass sich jemand gezielt an uns meldet und Fragen hat.

3 [0:00:48] **I:** Inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger, mit denen Sie Kontakt haben, in den letzten Jahren zugenommen?

4 [0:00:54] **B:** Das sehe ich eher gleichbleibend. Ne das war auch schon, es ist eher, also ich überblicke mittlerweile 30 Jahre, es ist eher leicht rückläufig aus meiner Sicht. Das ist wahrscheinlich auch der Fluktuation geschuldet, die da auch zu beiträgt und dementsprechend haben wir immer weniger pflegende Angehörige.

5 [0:01:22] **I:** Okay gut. Wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen? Ist der Kontakt eher regelmäßig oder unregelmäßig/sporadisch?

6 [0:01:33] **B:** Das hängt letztlich auch von den pflegenden Angehörigen ab. Ich habe da einen Fall im Auge, da ist der Kontakt mindestens 2–3-mal im Monat, dass irgendwelche Dinge besprochen werden müssen, angepasst werden müssten, weil das auch jemand ist, der multimorbide ist und da ist man relativ nahe dran und da

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	muss man auch Dinge zwangsläufig häufiger mal absprechen. Es gibt auch Fälle da ist es 1-mal im Quartal.
7	[0:02:16] I: Okay und Sie hatten vorhin schon gesagt, dass in der Regel die pflegenden Angehörigen auf Sie zukommen, richtig?
8	[0:02:22] B: Das ist in der Regel so, weil diejenigen, die betreut werden, ja nicht mehr in der Lage sind, Fragen zu äußern und auch die Problematik häufig nicht mehr sehen.
9	[0:02:37] I: Okay. Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zu pflegenden Angehörigen?
10	[0:02:45] B: Tumorleiden, Herzinsuffizienz, Diabetes, das ist allein eben dem geschuldet, dass wir auch einen diabetologischen Schwerpunkt haben. Ja das ist so das häufigste.
11	[0:03:03] I: Wenn Sie an die pflegenden Angehörigen denken, mit denen Sie Kontakt haben: In welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson?
12	[0:03:10] B: Das sind meistens Verwandtschaft 1. Grades, meistens die Kinder. Wobei man sagen muss es gibt auch eine Tendenz, dass zunehmend die Generation dahinter, die Enkel, sich mittlerweile auch um Oma und Opa bemühen. Gerade bei Fixation, gerade wenn es um chronische Erkrankungen geht, das sind ja Erkrankungen des Alters, die wir also im Schnitt mindestens 1-mal im Quartal sehen, da ist es mittlerweile nicht mehr so ganz selten, dass ein Enkelkind Oma oder Opa begleitet.
13	[0:03:42] I: Okay und würden Sie sagen, dass es ein bevorzugtes Geschlecht gibt?
14	[0:03:49] B: Nein.
15	[0:03:51] I: Nein.
16	[0:03:53] B: Das ist komplett offen, das ist nicht geschlechtsspezifisch. Also würde ich sagen.
17	[0:03:57] I: Welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen, also dass Sie wirklich in der Praxis die pflegenden Angehörigen als solche wahrnehmen?
18	[0:04:14] B: Das kommt immer auf das Setting an. Also wir haben pflegende Angehörige, die sich mehr oder minder ausschließlich um die betroffenen Personen kümmern und wir haben natürlich auch pflegende Angehörige, die als Bindeglied zwischen uns, dem Pflegedienst und dem Betroffenen agieren. Das kommt immer ein bisschen auf das Setting an.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 19 [0:04:36] **I:** Und legen Sie darauf Wert, dass Sie die pflegenden Angehörigen frühzeitig identifizieren?
- 20 [0:04:44] **B:** Das ist für uns schon wichtig, um Ansprechpartner zu haben. Also wenn ich jetzt im speziellen Fall die Diabetologie nehme, wo Therapieschemata häufig ja angepasst werden müssen, da ist es immer ganz günstig, wenn man einen Ansprechpartner hat und die Betreuung pflegender Angehöriger im Vergleich zum Pflegedienst ist natürlich noch etwas intensiver und etwas individueller, auch wenn da vielleicht das Fachwissen fehlt, aber eben da so die Betroffenheit macht da ganz viel mit.
- 21 [0:05:24] **I:** Und haben Sie dann in Ihren Akten irgendwelche Vermerke, wer da der Betreuer oder der pflegende Angehörige ist oder wie wird das geregelt?
- 22 [0:05:34] **B:** Prinzipiell nehmen wir das direkt mit auf, weil wenn es irgendwelche Fragen gibt und wir werden alle älter, die Gesellschaft altert deutlich mehr und es ist fortschreitend, das heißt das Thema Demenz ist auch ein zentrales Thema in der hausärztlichen Versorgung und da ist es natürlich gut, wenn man einen Ansprechpartner hat, mit dem man dann Dinge abstimmen kann. Da legen wir einen hohen Wert darauf, dass wir dann auch die Telefonnummern haben für eine Erreichbarkeit der pflegenden Angehörigen.
- 23 [0:06:08] **I:** Welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?
- 24 [0:06:15] **B:** Das ist unterschiedlich. Zum einen, weil wie gesagt, das ist jetzt nicht der Pflegedienst, das ist im Regelfall leicht, wenn wir es mit denen zu tun haben, da geht es darum: Versorgung, Versorgung, das kann sein höhenverstellbares Bett, das kann sein Toilettensstuhl, Gehhilfe, irgendwas in diesem Rahmen. Das können aber auch Fragen zur Erkrankung sein, Behandlungen, Versorgung soweit es geht, was man eben noch an Hilfsmitteln mit einsetzen kann. So in dem Bereich eigentlich. Wo können sich Pflegebetreffende sich einfach Informationen holen, da geht es nicht darum, dass wir das anfangen, sondern die brauchen einfach Hinweise an welche Institutionen sie sich wenden können, Abläufe, die sie umsetzen können. Und da sind wir mehr die Zulieferer.
- 25 [0:07:21] **I:** Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?
- 26 [0:07:27] **B:** Das, was wir machen im Gegensatz zu reinen Fachärzten, wo die Kontakte häufig auf ein Jahr oder geringer beschränkt sind, ist hier etwas komplett anderes. Wir betreuen über Jahre- Jahrzehnte. Und daraus ergibt sich ein ganz anderes Verhältnis, ein Vertrauensverhältnis. Und dass das dann auch noch greift, wenn derjenige, den wir Jahrzehnte lang betreut haben, mehr Hilfe braucht, ergibt sich wirklich aus dem ärztlichen Bild, aus dem ärztlichen Verständnis und der ärztlichen Ethik. Und da ist wirklich auch kein Hausarzt dabei, der sich da irgendwie rausziehen wird. Und dann ist es im Prinzip auch egal, ob es ein Pflegedienst ist oder ein pflegender Angehöriger, wo Sie da unterstützen können, das werden wir dann auch tun. Wobei man auch eines sagen muss, das halte ich auch für einen sehr wichtigen Aspekt: Die hausärztliche Medizin hat das erkannt und hat eine Fortbildung unserer MFA initiiert, die heute als VERAH oder NÄPA/EVA sich auch weiterbilden können, das heißt das sind Mitarbeiterinnen, ausgebildete Fachkräfte, die noch mal

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

eine Zusatzausbildung speziell für diesen Bereich erlangen können und damit wirklich deutlich besser unterstützen können, gerade dann, wenn es um so sozialmedizinische Dinge geht. Was kann ich bei der Krankenkasse beantragen, was ja in unserem Tagesgeschäft nicht mehr so viel zu tun hat, da ist diese Mitarbeit und die Unterstützung ein wesentlicher Bestandteil in diesem Setting. Und das führt letztendlich auch dazu, dass wir die Betreuung intensivieren können, das heißt gerade auch wenn es um Hausbesuche der Betroffenen geht, und Unterstützung der Angehörigen sind wir heute da aus meiner Sicht deutlich besser aufgestellt als in der Zeit, bevor es diesen Rahmen gab.

27 [0:09:24] **I:** Okay und wie viele haben Sie davon?

28 [0:09:28] **B:** Wir haben effektiv in der Praxis ich meine 3, die das machen. Aber noch einmal kurz zu dem diesbezüglich, also Pflegefall, da ist immer eine Dame, von den Dreien, die macht die Ausbildung.

29 [0:09:44] **I:** Okay. Worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung pflegender Angehöriger? Also Sie haben schon gesagt, dass man eben regelmäßig Hausbesuche macht und da auch durch das geschulte Personal unterstützt wird. Haben Sie da noch andere Punkte, die Ihnen dazu einfallen?

30 [0:10:12] **B:** Ja, also das Entscheidende ist im Prinzip, dass man wirklich Fragen, die aufkommen, zeitnah aufnimmt, dass man sich damit beschäftigen kann, das ist eine ganz wichtige Geschichte, weil eines ist auch klar: Die pflegenden Angehörigen sind meistens eben nicht in der Hauptfunktion pflegende Angehörige sondern das ist ein Nebenjob, den die machen, in dem die unterstützen und machen und diesbezüglich auch von den zeitlichen Kapazitäten eingeschränkt sind und da ist es schon relativ wichtig, dass man denen auch einen Rahmen schafft, einen Zeitrahmen schafft, wo die ihre Probleme mit "den Experten" erörtern können und denen weitergeholfen werden kann. Und ich sage ja, dadurch dass wir eben diese unterstützenden Kräfte in der Praxis haben, können wir das noch viel viel besser leisten, weil, ein Großteil geht gar nicht um die medizinischen Belange, sondern da geht es um das was rechts und links ist. Wo kriege ich jetzt das Pflegebett her, ich brauche Sondenkost, wer ist dafür zuständig, solche Dinge. Und das ist wirklich vom Setting her deutlich besser geworden, weil wir da eben auch im ärztlichen Bereich Unterstützung aus den eigenen Reihen erfahren im Rahmen unserer Mitarbeiterinnen.

31 [0:11:30] **I:** Okay gut. Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting?

32 [0:11:42] **B:** Ja natürlich, das ist nicht immer ganz einfach, weil im Gegensatz zu den pflegenden Angehörigen unterliegen wir den Sachen der Krankenkassen. Das heißt also auch wenn wir gerne mal mehr mittragen würden, sind wir immer irgendwo den Kassen gegenüber verpflichtet. Und das ist immer noch praktisch und zweckmäßig. Und da ergeben sich gerne auch mal Diskrepanzen, wo man mal sagen muss "Diese und jene Leistung geht nicht oder ist eine Selbstzahlerleistung, das übernimmt Ihre Kasse nicht." Wobei man schon sagen muss, gerade eben, wenn es um diese Hilfsmittel geht, das hat sich aus meiner Sicht dramatisch verbessert, da werden Bäder umgebaut, da hat vor 15 Jahren niemand dran gedacht. Da werden Treppenlifte eingebaut, wo Sozialkassen mit unterstützen und solche Dinge, also das ist aus meiner Sicht eher besser geworden. Wichtig ist, dass man solche Dinge

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

thematisiert, weil die natürlich auch die Bemühungen der pflegenden Angehörigen, nicht nur unsere, sondern gerade auch deren Bemühungen unterstützen.

- 33 [0:12:54] **I:** Ja. Wie schätzen Sie den zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein?
- 34 [0:13:04] **B:** Ja, das ist ein Problem. Also wenn man die betriebswirtschaftliche Seite nimmt, ist es ein Problem, weil es keine Abrechnungsziffern im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen gibt, die privaten Kassen haben da Gebührensatzungen vorgesehen, das ist etwas, was die gesetzlichen Kassen in der Form definitiv nicht, also Gesprächsziffern im eigentlichen Sinn, können. Wenn man direkt mit den Betroffenen spricht, die können dort abgerechnet werden, aber nicht mit den pflegenden Angehörigen. Da sehe ich noch einen gewissen Handlungsbedarf, weil, das sind ja alles Leistungen, von denen die Kassen auch profitieren, die sich aber bei uns nicht vom Geld her niederschlagen.
- 35 [0:13:51] **I:** Okay. Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige kennen Sie?
- 36 [0:14:01] **B:** Also das kommt immer ein bisschen drauf an, wenn es um die Krankheitsbilder geht, da gibt es so einiges im Rahmen von Selbsthilfegruppen, die da unterstützen können. Ich hatte angesprochen, diverse Dinge im sozialen Rahmen, wenn es um Hilfsmittel geht, da gibt es einen ganzen Katalog. Wobei ich sage, da bin ich nicht der Experte, dafür haben wir unsere VERAH und EVA, die da wirklich unheimlich hilfreich sein können. Das geht letztendlich dahin, also wir leben in Deutschland, alles, was die haben wollen, da brauchen die Anträge für und auch da letztendlich können wir mit unterstützen, wobei wie gesagt, das ist nun mal so, die Ärztin, der Arzt ist der Kopf der Praxis, wir weniger, aber eben durch die Mitarbeiterinnen können wir da eine ganze Menge helfen.
- 37 [0:15:03] **I:** Und Sie hatten ja vorhin auch schon mal gesagt, dass Sie sich als Vermittler sehen. Zwischen den Angehörigen und Unterstützungsangeboten für diese. Wie vermitteln Sie denn? Geben Sie Telefonnummern raus oder haben Sie Flyer bei sich in der Praxis, wie läuft das?
- 38 [0:15:24] **B:** Sowohl als auch. Da wo es eben sinnig ist, wenn es um hochspezialisierte Leistungen geht, Sondernkosten solche Dinge, das sind dann meistens spezialisierte Pflegedienste, das ist sinnig aus meiner Sicht. Wir müssen ja immer ein bisschen aufpassen, dass man uns nicht Wettbewerbsverzerrung vorwirft, da ist es wichtig, dass wir dann auch solche Empfehlungen weitergeben für alles, was speziell ist. Ich denke jetzt auch mal an den diabetologischen Bereich, wenn es um Wundversorgung und so geht, es gibt da Pflegedienste, die sich da spezialisiert haben. Dass man zumindest mal thematisiert, dass es diese Pflegedienste gibt, wobei das letzte Wort haben dann immer die pflegenden Angehörigen, die dann ja auch die Vormundschaft haben. Zumindest Hinweise, um da hinweisend zu sein, ich meine das ist vollkommen legitim und sollte eine Praxis machen.
- 39 [0:16:31] **I:** Okay. Dann sehen Sie es auch als Ihre Aufgabe an, die Angehörigen zu vermitteln.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 40 [0:16:39] **B:** Auf alle Fälle, auf alle Fälle, weil das nimmt denen auch Arbeit ab. Nochmal: Der Hauptberuf ist bei denen nicht die Pflege und die sind eben auch eingetaktet und dort eingeschränkt und die nehmen natürlich sehr gerne solche Angebote an, wo man sagt "Sie können sich an diese oder jene Einrichtung/Institution wenden, die da weiterhelfen kann."
- 41 [0:17:03] **I:** Okay. Welche Rolle spielen Hausbesuche im Umgang mit informellen Pflegenden? Führen Sie Hausbesuche durch, um sich ein Bild vom Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung zu machen?
- 42 [0:17:20] **B:** Das ist eigentlich das Entscheidende bei den Hausbesuchen. Also die Hausbesuche heute sind medizinisch so spezifisch geworden, dass viele Dinge, wenn es um Diagnostik geht, geht es eigentlich nur in den Praxen. Da bin ich mehr oder minder doch gezwungen, einen Krankentransport zu beauftragen, einen Patienten in die Praxis zu bringen und dort Diagnostik zu machen. Das sind jetzt andere Dinge, wo man einfach guckt wie ist denn das Umfeld, geht das denn noch zu Hause und das ist ganz wichtig, dass man mal in den Kühlschrank guckt und vielleicht hinten rüber fällt, weil nur noch verschimmelte Sachen darin sind. Das hat nichts mit Neugier zu tun, sondern wenn man sieht, dass da irgendwo mnestische Einschränkungen sind und dementsprechend muss man auch reagieren und wie gesagt das machen eben nicht nur wir. Man muss immer sehen, die ärztliche Leistung ist immer eine sehr sehr begrenzte. Wir haben glücklicherweise deutlich mehr Damen, die uns zuarbeiten und da ist das Zusammenspiel zwischen VERAH und EVA und den Ärztinnen und Ärzten, da kriegen wir eben häufig Hinweise so nach dem Motto "Da müssen wir noch mal gucken oder hier gibt es ein Problem, da muss man mehr machen." Und das ist vom System her wirklich eine absolut wertvolle Geschichte, weil nochmal: Die Ärzte arbeiten eigentlich nur im ärztlichen Bereich und dass wir jemanden haben, der da vorweg arbeitet und unendlich viel abnimmt, ist natürlich absolut (**unverständlich**). Die fahren viele Hausbesuche, wo wenig an Anspruch mehr rauskommt sondern eigentlich nur gezielt die Dinge, wo wir dann auch wirklich handeln. Eine deutliche Ökonomisierung unserer Arbeit.
- 43 [0:19:11] **I:** Wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark belastet sind?
- 44 [0:19:22] **B:** Das ist ein riesiges Problem, insofern: Angehörige kommen ja auch als die Ehepartner vor und sind dann häufig auch gerne gleichaltrig. Und das Problem und das ist das, also für mich so die Hauptaufgabe, die wir haben, dass wir diesen pflegenden Angehörigen zwingend schützen. Das heißt wir müssen ein Gefühl entwickeln, wann Belastungsgrenzen erreicht sind. Und dann muss man auch Alternativen geben. Das kann zum Beispiel sein "Beim besten Willen, jetzt sind mal 14 Tage Urlaub angesagt und der Angehörige geht jetzt mal in die Kurzzeitpflege." Da helfen wir mit, zu organisieren, das heißt die kriegen von uns Adressen von Einrichtungen, die das machen und die können dort dann jemanden auch mal 14 Tage parken, um runterzukommen, die Anspannung abwälzen. Und am Ende des Tages ist eines klar: In dem Moment, wo die sich verbrauchen, haben die wieder mehr Probleme. Das heißt wir haben einen hohen Anspruch und Interesse daran, dass deren Leistungen sich auch kontinuierlich fortsetzen und haben auch immer ein Stück weit ein Auge darauf, das ist ein bisschen Erfahrungssache, aber die die etwas länger dabei sind, die wissen schon, worum es geht. Dass man die dann irgendwo auch schützt und sagt "Wissen Sie, jetzt sind Sie mal dran. Bitte mal an sich denken und jetzt mal 14 Tage ausspannen und danach können sie ja wieder mit frischem Elan ans Werk gehen."

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 45 [0:20:47] **I:** Und wenn Sie so ungefähr sagen sollten wie häufig sowas vorkommt, können Sie da grob was sagen? 1–2-mal im Quartal, oder?
- 46 [0:21:00] **B:** Das ist so. Das ist schwer zu sagen, insofern dass das von der Fallzahl abhängig ist, derer die sie betreuen. Ich glaube man muss es anders sehen: Ich persönlich bin der Meinung, wenn jemand, je nachdem wie intensiv er in der Betreuung involviert ist, ich sage ja gerade bei älteren Angehörigen, da muss man schon sehen, dass die mindestens 1-mal im Jahr diese 14 Tage bekommen, weil das ist ja im Prinzip ein Vollzeitjob. Das muss man auch sagen, den die machen. Gerade wenn es um Demenz geht. Das sind Leute, die pflegen, dann müssen sie aufpassen, dann müssen sie die Tür abschließen, der Schlüssel muss weg sein, sonst sind die morgens nicht mehr da. Und all solche Dinge. Und das ist eine riesige Aufgabe für jemanden, der vielleicht auch schon etwas fortgeschritten vom Alter ist. Und da muss man wirklich auch ein Auge darauf haben, dass die sich nicht überlasten und dann irgendwann selber da liegen.
- 47 [0:21:58] **I:** Gut. Dann gibt es ja auch die S3-DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“. Ist Ihnen die bekannt?
- 48 [0:22:07] **B:** Kennen ja, gelesen nicht. Weil, das ist ein typisch deutsches Problem. Keine Leitlinie unter 50 Seiten, sonst wäre es ja keine Leitlinie. Ich wüsste jetzt auch nicht, dass es da irgendwie ein Flowchart oder so etwas gibt. Das will ich jetzt aber nicht hier unterschreiben. Ich meine jedenfalls, dass es das noch nicht gibt. Eine Geschichte, eine andere Geschichte ist ich glaube das ist so eine Sache von Erfahrungswert. Wenn man etwas sehr lange gemacht hat, dann kriegt man ein Gespür wie Dinge laufen und je mehr Erfahrung man hat, desto weniger braucht man so etwas. Das heißt nicht, dass man da nicht auch mal gucken muss, wie es denn weitergeht und wie man sich weiterbilden kann. Aber da muss ich sagen bin ich unendlich dankbar, dass wir unsere VERAH und EVA haben, die sich in der Pflege einfach deutlich besser auskennen, weil, wir haben ja auch noch eine Regelversorgung zu gewährleisten und diesbezüglich ist es schon irgendwie in der Praxis implementiert, dass die Damen, die sich speziell damit auskennen, sodass ich da auch, was die Weiterbildungspflicht angeht, so ein bisschen, nicht komplett raus bin. Die Erfahrung gibt es bei uns aber, dass ich mich doch ein bisschen zurücknehmen darf.
- 49 [0:23:18] **I:** Neben dem geschulten Personal, nutzen Sie denn da auch andere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder anderweitige Hilfsmittel für die Identifikation und den Umgang mit pflegenden Personen?
- 50 [0:23:30] **B:** Selbstverständlich. Das ist ja jetzt keine Frage. Das ist aber der Hauptteil der Praxis ist es einfach der Altersstruktur geschuldet, dass die Medizin für Hochbetagte sich immer weiter von der Medizin der Jüngeren unterscheidet. Ob ich, hat sich durchgesetzt, es gibt diese FORCA Liste, wo man eben gucken kann welche Medikamente sind für Hochbetagte eher geeignet wo ist es etwas weniger. Das ist die eine Geschichte. Die zweite Geschichte ist gerade bei den älteren Hochbetagten immer wieder klinische Untersuchungen laufen, sodass auch für Chroniker, wo man guckt wie ist es mit den mnestischen Fähigkeiten, wie ist es mit dem Gehen, da gibt es diese diversen Vorgaben, dass (**unverständlich**) bei diabetologischen Erkrankungen weiter ausführen, weil gerade dann die spezielle Problematik noch dazu kommt. Bei alten Patienten, die immer älter werden, die Pumpen haben, die noch in der Lage sind, solche Devices auch vernünftig anzuwenden, da muss man

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

gar nicht das ganze reduzieren also das sind Fragen, die natürlich auch im täglichen Alltag beschäftigen und wo wir auch Lösungen suchen.

51 [0:25:02] **I:** Okay. Wie könnte die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden? Was würden Sie sich hierzu wünschen?

52 [0:25:11] **B:** Das ist immer so von der Einzelperson abhängig. Was wir insgesamt sehen, ist, wir versuchen alles zu strukturieren, aber da fehlt mir eigentlich eine basale Struktur, wo man ein bisschen wie Standing Orders, wo man Dinge einfach abhaken kann. Dann fehlt mir noch, es sind zu wenig Items, die wir wirklich identifiziert haben, das wäre ganz schön, wenn man so etwas hätte, wie so einen Bogen, den man durch geht wo die wichtigen Dinge eigentlich geregelt sind. Da ist nicht letztlich die Frage wer hat jetzt die Vorsorgevollmacht, sondern wirklich auf den Fall bezogen was ist in diesem Fall eigentlich am günstigsten. Wenn man da so eine Struktur hätte, das würde glaube ich denen die Arbeit erleichtern und letztendlich auch uns und da ist mir eigentlich nichts bekannt.

53 [0:26:13] **I:** Okay. Inwiefern wären verstärkte Schulungen für Hausärzte zur Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll?

54 [0:26:27] **B:** Das ist ein etwas heikles Device, sofern Hausärzte und Fortbildungen das geht nicht so gut, weil wir für alles, was wir tun prinzipiell irgendwelche Fortbildungen brauchen und wir sind einige der wenigen Berufsstände, die ja nachweisen müssen, dass sie ständig sich fortbilden, weil man eben sonst irgendwo Dinge finanzieller Art streicht. Das heißt, also das ist so eine Geschichte. Ich glaube nicht, dass das ein Problem ist. Ich glaube, dass wir diese Zusatzbezeichnung Geriatrie, dass das eigentlich der richtige Hebel ist, dass dort eigentlich mehr Förderung laufen muss. Es gibt mittlerweile die geriatrischen Abteilungen. Es gibt mittlerweile auch die Fortbildung Geriatrie, aber das, was da an Output ist, reicht nicht annähernd, um das zu bewältigen, was wir in Zukunft zu bewältigen haben, das heißt wir werden immer älter und wir brauchen immer mehr Leute, die sich darum kümmern. Und da müsste man aus meiner Sicht ansetzen. Es kann nicht sein, der Ansatz was ich sage, dass also irgendein Hausarzt, auch einer der jüngeren Kolleginnen und Kollegen noch mal zwei Jahre in die Klinik muss, um so eine Weiterbildung zu machen. Das ist total daneben. Also geht gar nicht. Da würde ich im Kurrikulum erwarten, für die die interessiert sind, ich glaube das sind nicht wenige, weil viele von uns sehen wir werden alle älter, was ja auch schön ist, aber es muss eine Struktur da sein, die auch jetzt ermöglicht, in der laufenden Praxis, also etwa ein Passant vernünftig noch mal zu lernen und umzusetzen. Und dann kann es wirklich nicht sein, dass wir noch mal 1,5 Jahre irgendwo in einer Klinik Frontdienste leisten müssen, wenn ich das wirklich irgendwo hintereinander gekriegt habe.

55 [0:28:25] **I:** Okay. Gut, dann sind wir damit durch.

Anhang 5.8. Interview H

1 [0:00:00] **I:** Also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting. Und mit den pflegenden Angehörigen sind die Privatpersonen gemeint, die im häuslichen Umfeld nahestehende Verwandte oder

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	Angehörige pflegen. Wie oft haben Sie im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?
2	[0:00:25] B: Also ich würde sagen täglich. Täglich bis also mindestens 3-mal wöchentlich.
3	[0:00:35] I: Okay. Inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger, mit denen Sie Kontakt haben, in den letzten Jahren zugenommen?
4	[0:00:38] B: Ja so viel wie die zu Pflegenden zugenommen haben. Also unsere Bevölkerung wird immer älter und älter und also ich würde sagen die meisten wollen ihre Angehörigen so lange wie möglich zu Hause betreuen. Oder sehen zu, dass die irgendwie durch Nachbarschaftshilfe oder irgendjemanden Niederschwelliges da mit reinholen, wenn die in der Zeit zum Beispiel nicht da sind, dass jemand dann nach denen guckt.
5	[0:01:17] I: Wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen?
6	[0:01:27] B: Also das kommt immer darauf an wie stark pflegebedürftig die sind. Wenn die zum Beispiel dement sind, dann kann ich mit der Person ja selber kaum kommunizieren, das heißt es geht nur über die pflegenden Angehörigen oder über den Pflegedienst. Bei Dementen ist ja meistens der Pflegedienst auch noch mit eingebunden. Bei Angehörigen, die noch klar bei Verstand sind, da würde ich sagen ist der Kontakt weniger. Das regeln dann die Patienten selbst noch.
7	[0:02:03] I: Würden Sie trotzdem sagen, dass ein regelmäßiger Kontakt ist?
8	[0:02:07] B: Also ich würde mal sagen auch bei Leuten, die klar im Kopf sind, die alles noch selber regeln, kann es sicherlich so einmal im Quartal in meinen Augen noch mal einen Kontakt zu pflegenden Angehörigen geben. Oder wissen Sie wir leben hier in einer kleinen Stadt und wenn ich die dann beim Einkaufen treffe, dann frage ich auch mal "Und wie ist es jetzt mit Ihrer Mutter?" und dann sagt der "Ja geht ganz gut" und dann ist das für mich eine Information, das ist jetzt nicht über die Praxis und nicht abgerechnet und kein extra Termin, sondern man regelt das halt so. Das ist für mich so ein Hintergrundwissen. Oder wenn ich dann Bedenken habe, ich habe so ein älteres Pärchen, die sind beide etwas dement. Ganz liebe Leute und die erzählen mir was sie alles machen im Garten und kommen also nicht vom Aufzug bis hier. Das kann ich mir nicht vorstellen, dass die im Garten auch noch ihre Wäsche aufhängen und all so einen Kram machen. Also frage ich dann, rufe ich dann bei der Tochter an und frage "Sagen Sie mal, wie sieht es denn jetzt in Wirklichkeit aus?" Also ich vergewissere mich dann auch über den Zustand.
9	[0:03:28] I: Jetzt haben wir ja gerade die Demenz schon angesprochen. Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie noch vorrangig Kontakt zu pflegenden Angehörigen?
10	[0:03:34] B: Ja zum Beispiel, wenn die bettlägerig sind. Also wir haben einige, die einen Oberschenkelhalsbruch haben und danach nicht wieder auf die Beine

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	gekommen sind oder bei Leuten mit Herzinsuffizienz, die halt nicht mehr so mobil sind. Parkinsonpatienten auch viele, die dann auch nicht mehr so mobil sind.
11	[0:04:01] I: Okay und in welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson?
12	[0:04:07] B: Also das sind entweder Ehepartner oder Kinder. Also selten mal Nichten oder Neffen. Das hatten wir auch mal bei einem alleinstehenden Mann, aber wenn die alleinstehend sind muss ich sagen, dann wird es schwierig. Dann gibt es keinen pflegenden Angehörigen bzw. dann gibt es immer mal eine Freundin oder irgendwie eine Nachbarin, die sich ein bisschen kümmert, aber das geht dann immer nur bis zu einem gewissen Grad. Also wenn das dann in Arbeit ausartet, dann ist das ganz schnell beendet.
13	[0:04:45] I: Würden Sie sagen, dass es da ein Geschlecht gibt, was vorrangig die Aufgaben übernimmt oder ist das ziemlich gleich verteilt?
14	[0:04:55] B: Ich würde sagen 3/4 Frauen und 1/4 Männer, so vom Bauchgefühl her.
15	[0:05:08] I: Und welche Aufgaben übernehmen diese vorrangig?
16	[0:05:10] B: Also erstmal sich kümmern. Erstmal diese ganzen Behördengänge, dann mit der Krankenkasse, sich um den Pflegedienst bemühen, sich vielleicht auch um einen Pflegeplatz bemühen, dann meistens am Anfang waschen die die auch noch und machen die komplett fertig. Tabletten stellen, solche Sachen alle. Und einkaufen, kochen und dafür sorgen, dass die was zu essen kriegen, entweder bei Essen auf Rädern oder sie selber bringen etwas vorbei oder sie organisieren jedenfalls, dass die was zu essen kriegen. Und dann auch organisieren, dass wer putzt, selber putzen oder organisieren, dass jemand zum Putzen kommt, dass jemand denen hilft, bei der Gartenarbeit hilft und so weiter.
17	[0:06:10] I: Also das volle Programm.
18	[0:06:12] B: Ja genau. Eigentlich jetzt so hauptsächlich Organisation und dann fragen mich auch viele pflegende Angehörige, ob es da nicht noch irgendwelche Hilfen gibt und wir haben hier vom Kreis ein Pflegehandbuch, da sind alle Adressen und so drin, wo man dann zum Beispiel auch der Hospizverein ist darin oder Erbschaftsangelegenheiten, Testament und all sowas, alles, was sich da drumherum rangt für pflegende Angehörige ist einem Heft gebündelt und das gebe ich denen dann auch meistens. Wo auch der Sozialdienst drin ist, oder manchmal werden alten Menschen dann ja auch die Wohnung genommen, müssen aus der Wohnung raus, weil die Miete erhöht wird und dann haben die zwei Jahre, um eine neue Wohnung zu suchen und dann steht da auch Hilfe bei Wohnungssuche, also altengerechte Wohnungen oder welche mit Aufzug und wie ist das, wie kann ich Sozialhilfe beantragen und all sowas.
19	[0:07:26] I: Das hört sich gut an.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 20 [0:07:27] **B:** Ja. Das ist vom Kreis, das kann man kostenlos anfordern und dann bekomme ich das immer und ich habe die da immer liegen, ich kann Ihnen jetzt leider keins mitgeben, weil ich keine mehr habe. Aber es gibt die auch glaube ich bei der Kreissparkasse, da liegen die glaube ich auch aus.
- 21 [0:07:49] **I:** Okay, dann schaue ich da mal. Welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen durch die Hausarztpraxis, also dass diese auch wirklich als solche erkannt werden?
- 22 [0:08:03] **B:** Die Frage verstehe ich nicht.
- 23 [0:08:04] **I:** Also, wenn jetzt jemand neu pflegebedürftig wird zum Beispiel, dann müssen Sie ja wissen, wer die pflegenden Angehörigen sind.
- 24 [0:08:11] **B:** Ja die kommen ja immer zu zweit hin. Die sagen dann: "Unsere Mutter kann nicht mehr, was gibt es da für Möglichkeiten?"
- 25 [0:08:17] **I:** Das heißt das ist Ihnen auf jeden Fall wichtig, frühzeitig mit den pflegenden Angehörigen in Kontakt zu treten?
- 26 [0:08:21] **B:** Ja die kommen ja auf mich zu, nicht ich auf die. Also die haben ja einen Bedarf, das heißt die kommen auf mich zu und sagen "Also mit unserer Mutter geht es nicht mehr. Die kriegt das nicht mehr auf die Kette. Was für Hilfen gibt es, wie können wir tätig werden, was können Sie machen, was machen wir?"
- 27 [0:08:48] **I:** Okay damit wären wir auch eigentlich schon bei der nächsten Frage. Welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?
- 28 [0:08:58] **B:** Also für mich als Hausarzt wären die Wünsche nach Kur, Koordination, nach Hilfen, nach Organisationsschemata, dass die fragen, wo muss ich mich hinwenden, wenn ich das und das haben will und wie geht das, wenn ich jetzt den Pflegedienst besorgen will und wo gibt es die Adressen für den Pflegedienst und solche Sachen. Und da geht es um diese organisatorischen Sachen eigentlich. Natürlich der Wunsch, dass es der Mutter oder dem Vater besser geht. Und dann bin ich natürlich auch Ansprechpartnerin, wenn es Probleme gibt, weil die alten Leute wollen natürlich, also wie gesagt von diesem alten Ehepaar, die sehen ja gar nicht ein, dass die pflegebedürftig sind. Da kam die Tochter ab und zu und hat gesagt "Ich weiß jetzt nicht mehr weiter, ich weiß nicht, wie ich das jetzt machen soll, die schicken jede Putzfrau nach Hause, die stellen den Rollator in den Keller" also dann die Beratung rund um die Probleme mit der Pflege.
- 29 [0:10:16] **I:** Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?
- 30 [0:10:23] **B:** Ja das ist für mich, das gehört zur Hausarztstätigkeit dazu, weil ich meine ich habe ja nicht nur einen einzelnen Menschen hier, ich habe ja den Familienverband. Das ist für mich selbstverständlich.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 31 [0:10:43] **I:** Und worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung pflegender Angehöriger?
- 32 [0:10:47] **B:** Für die pflegenden Angehörigen, also erstens, dass die einen Ansprechpartner haben, den sie immer anrufen können, wenn es irgendwelche Probleme gibt. Und dann eben versuchen, mit der Problemlösung gemeinsam zum Ziel zu kommen. Also ich versuche immer, die möglichst nicht im Stich zu lassen und zu sagen "Das ist jetzt nicht meine Aufgabe, für Ihre Mutter einen Heimplatz zu suchen" sondern ich bin ja auch immer in vielen Altenheimen und dann frage ich auch immer wenn ich da bin "Habt ihr jetzt Plätze frei oder wie sieht das aus". Und dann kann ich dann schon mal sagen "Rufen Sie mal in dem Pflegeheim an, da gab es letzte Woche noch freie Plätze. "Damit die nicht die ganze Liste erst durchtelefonieren müssen und "Nein, wir haben keine Plätze, wir haben keine Plätze", sodass ich immer versuche, das klappt natürlich auch nicht immer. Das war dann letzte Woche und diese Woche sieht es wieder anders aus, aber dass man versucht, da eben zu helfen, damit die nicht so im Regen stehengelassen werden.
- 33 [0:12:00] **I:** Okay. Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting?
- 34 [0:12:08] **B:** Also eigentlich gibt es da gar keine Schwierigkeiten, finde ich jedenfalls. Also die sind nicht unverschämt oder sonst was. Also kann ich eigentlich nicht sagen. Die Zusammenarbeit ist eigentlich immer ganz gut. Das einzige Problem ist immer das mit der blöden Datenschutzerklärung, aber das gibt manchmal Probleme. Dann darf man ja auch zu der Krankheit selber nichts sagen, wenn der Patient mir das verboten hat. Aber das gibt es eigentlich selten. Oder wenn der Patient sagt "aber sagen Sie meiner Tochter oder meine Ehefrau oder sonst wem nichts davon, z.B. wenn die krebskrank sind oder so, dann versuche ich die, im Gespräch umzustimmen und zu sagen, dass wir alle zusammenarbeiten und dass das für die Ehefrau oder für die Tochter nicht fair ist, wenn die nicht Bescheid weiß. Und meistens klappt das dann auch.
- 35 [0:13:16] **I:** Wie schätzen Sie den zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein?
- 36 [0:13:25] **B:** Das sind solche betriebswirtschaftlichen Fragen, die kann ich gar nicht beantworten, das weiß ich nicht, also kann ich Ihnen nicht sagen, also zeitlicher Aufwand: Das sind längere Gespräche, ja und finanziell weiß ich nicht, kann ich ja eh nicht abrechnen, also von daher.
- 37 [0:13:43] **I:** Würden Sie sich denn eine Abrechnungsziffer dafür wünschen oder sagen Sie das ist so in Ordnung?
- 38 [0:13:54] **B:** Ja betriebswirtschaftlich ist das bestimmt sinnvoll, eine Abrechnungsziffer dafür zu haben. Aber das kann ich jetzt nicht so sagen, weiß ich nicht.
- 39 [0:14:09] **I:** Jetzt haben Sie ja gerade schon von dem Pflegehandbuch gesprochen. Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige kennen Sie denn noch?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 40 [0:14:18] **B:** Es gibt noch so eine Selbsthilfegruppe "pflegende Angehörige", da habe ich die auch schon mal hingeschickt. Und dann gibt es von den Altenheimen, die machen manchmal auch so Angehörigenarbeit. Also jetzt zu Coronazeiten natürlich nicht mehr, aber vor Corona war das dann so, dass die mal so ein Dämmerstopp oder so einmal im Quartal oder ein Mal im halben Jahr gemacht haben, wo die pflegenden Angehörigen, also die die halt in einem Heim sind, sich auch mal austauschen können, das fand ich eigentlich auch ganz schön. Aber es gibt auch eine Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige und wenn die ganz stark überfordert sind, das ist natürlich auch immer schwierig, denen dann klarzumachen, dass sie überfordert sind. Da bin ich jetzt auch gerade bei einer Patientin dabei. Die Tochter, die kann einfach nicht mehr und die ruft die dann 10-mal am Tag an und dann kommt die da immer hin und die Tochter kann einfach nicht mehr und jetzt war sie in der Kurzzeitpflege, das hat ihr nicht gefallen, jetzt ist sie wieder nach Hause gegangen und jetzt hatte die Tochter gerade mal 10 Tage, nicht mal die volle Zeit, weil sie so einen Terz gemacht hat und das ist natürlich schon sehr schwierig. Und die Tochter ist überfordert, definitiv, aber man kann ihr das nicht klarmachen, dass sie überfordert ist. Also die ist in einer sehr emotionalen Zwickmühle momentan, also sie kann nicht den Wunsch ihrer Mutter abschlagen. Und dann sagt sie "Ja die ist ja schon 95 Jahre alt, wer weiß wie lange ich sie noch habe. Ich habe die Praxis seit 13 Jahren, seit 13 Jahren geht das so. Man weiß es nicht, also Totgegläubte leben länger, die kann auch locker noch 100 werden. Und das ist dann eine Schwierigkeit, da muss man sehr viel Feingefühl haben und auch sagen "Denken Sie auch mal an sich und gucken Sie mal wie Ihr Leben jetzt ist" und dann hat sie auch Probleme mit dem Ehemann und so aufgrund der intensiven Pflege der Mutter. Und da habe ich auch gesagt "Sie müssen sich entscheiden, was Sie wollen, also Ihre Mutter lebt nicht ewig und wenn Sie Ihre Partnerschaft dafür aufs Spiel setzen, das müssen Sie sich gut überlegen." Naja, aber das sind keine Prozesse, die von heute auf morgen gehen, das sind halt längere Prozesse.
- 41 [0:17:19] **I:** Also ich höre da auf jeden Fall raus, dass Sie es schon als Ihre Aufgabe sehen, die pflegenden Angehörigen auch zu solchen Hilfsangeboten zu vermitteln.
- 42 [0:17:29] **B:** Ja. Ja.
- 43 [0:17:30] **I:** Jetzt gibt es ja auch die Hausbesuche. Welche Rolle spielen Hausbesuche im Umgang mit informellen Pflegenden?
- 44 [0:17:40] **B:** Das ist ja eine ganz große Rolle. Also ein Hausbesuch sagt mehr als 1000 Worte. Also erstens sieht man ja, in welchem Zustand die Wohnung ist, schaffen die das überhaupt. Dann sieht man ob da irgendwo Essensreste rumliegen und so, also man kann da schon viel daraus sehen. Und ich meine die Hausbesuche sind ja angekündigt. Also das heißt, wenn man angekündigt kommt und das Geschirr türmt sich und die Essensreste sind da, dann schaffen sie es definitiv nicht. Unangekündigte Hausbesuche mache ich nicht.
- 45 [0:18:20] **I:** Haben Sie denn auch geschultes Praxispersonal für die Hausbesuche?
- 46 [0:18:23] **B:** Ja, ich habe eine EVA und die nimmt dann ab und zu Blut ab und die ist auch sehr geschult und berichtet mir dann auch.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 47 [0:18:37] **I:** Jetzt haben wir ja gerade schon mal die Überforderung der pflegenden Angehörigen angesprochen. Wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark belastet sind?
- 48 [0:18:51] **B:** Also am Anfang ist es so, z.B. am Anfang von einer Krebsdiagnose, nehmen wir mal an Darmkrebs, es ist schon klar, Lebermetastasen, Lungenmetastasen, es geht jetzt nicht mehr so lange, dann sind alle ganz euphorisch "Wir behalten Papa zu Hause, der wollte immer zu Hause sterben usw.". Wenn das in die 6. Woche geht, dann gehen die Angehörigen so langsam am Krückstock und überlegen sich so langsam Alternativen, was es denn noch gäbe. Und wenn es dann an das konkrete Sterben geht, das ertragen die wenigstens. Dann muss plötzlich von jetzt auf gleich das Hospiz her. Und das versuche ich immer schon, im Vorfeld zu sagen, also ich rede denen nicht aus, dass sie den zu Hause pflegen können, aber dass sie sich bitte frühzeitig um einen Hospizplatz bemühen und sie auf die Liste kommen. Man kann den immer absagen, aber draufzukommen ist immer schwierig.
- 49 [0:20:02] **I:** Also würden Sie schon sagen, dass es häufig vorkommt?
- 50 [0:20:08] **B:** Bei Krebspatienten kommt es sehr häufig vor, sage ich mal so bei chronisch Kranken, Herzinsuffizienz und so, wo man auch nicht so, wo die Angehörigen auch nicht checken, dass das von heute auf morgen zu Ende sein kann, da ist es eher so im langfristigen Bereich, dass die dann überfordert sind, wenn das also über Jahre geht.
- 51 [0:20:33] **I:** Welche Ursachen hat denn die Überforderung?
- 52 [0:20:38] **B:** Also ich denke die Ursache liegt darin, dass man ja sein eigenes Leben nicht mehr leben kann. Das ist ja so: Man ist zeitlich gebunden oder bei Demenzkranken, die kann man ja auch ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr alleine zu Hause lassen oder die müssen die einschließen oder so und das ist natürlich auch... dann wollen sie mit ihrer Freundin Kaffee trinken gehen und wissen genau, dass ihr Vater da eingeschlossen in einem Zimmer hockt. Da hat man natürlich keine Ruhe dabei und ich sage immer bis zu einem halben Jahr ist das alles kein Thema und wenn dann derjenige gestorben ist, dann ist es auch gut gewesen, aber wenn das länger als ein halbes Jahr dauert, dann geht das leicht in die Überforderung.
- 53 [0:21:33] **I:** Jetzt haben Sie ja gerade schon gesagt Sie versuchen da frühzeitig zu intervenieren und zu sagen "Überlegen Sie sich wie es weitergehen könnte", gibt es noch andere Möglichkeiten, wie Sie als Hausärztin dazu beitragen können, solchen kritischen Versorgungssituationen vorzubeugen? Das ist wahrscheinlich der Hauptpunkt, oder?
- 54 [0:21:55] **B:** Ja, vorzubeugen...ich kann immer nur versuchen, den Pflegedienst mitreinzunehmen, die zu entlasten, es gibt hier auch ehrenamtliche Pflegepartner, die bleiben mal eine Stunde bei jemandem und lesen dem vor oder spielen mit dem Schach oder was weiß ich bei so Demenzkranken. Dann gibt es die Tagespflege, die auch ganz gut bei Demenzkranken hilft, sodass die Angehörigen wenigstens mal einen ganzen Tag für sich haben und auch sicher wissen "Da ist er gut untergekommen". Aber so die Hauptpflege bleibt ja an denen kleben. Also ich will mal

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

sagen, die Ehefrauen und Ehemänner, die dann noch zusammenwohnen, das klappt alles. Bei denen ist die Überforderung auch nicht so stark, außer wenn die natürlich über 80 sind und selber nicht mehr können. Das tun die eigentlich ganz gerne für den Partner. Und sie sind nicht alleine. Aber die Überforderung kommt leicht bei den Kindern, weil, die sind auch in einer anderen Familiensituation, die haben selber noch Kinder, die vielleicht gerade im pubertierenden Alter sind und müssen sich dann zwischen jenen Kindern und den Eltern aufgreifen.

- 55 [0:23:16] **I:** Vielleicht haben Sie ja auch noch eine Arbeitsstelle.
- 56 [0:23:19] **B:** Ja, vielleicht arbeiten sie ja auch noch, die meisten arbeiten ja auch noch. Und das wird dann leicht zu viel.
- 57 [0:23:27] **I:** Inwieweit wird in Ihrer Praxis das Personal bei der Identifikation und/oder Unterstützung pflegender Angehöriger einbezogen?
- 58 [0:23:37] **B:** Also die organisieren halt die Unterlagen für den Pflegedienst, die stellen die Formulare zusammen, auch Hausnotrufdienst und so weiter, was es alles so gibt und die geben auch ihre Informationen weiter, aber durch die Hausbesuche geben die natürlich auch Tipps, was man da so machen kann.
- 59 [0:24:17] **I:** Also sind die quasi auch teilweise Vermittler zwischen Ihnen und den pflegenden Angehörigen?
- 60 [0:24:23] **B:** Ja. Ja.
- 61 [0:24:23] **I:** Okay. Ist Ihnen die S3-DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“ bekannt?
- 62 [0:24:29] **B:** Nein.
- 63 [0:24:33] **I:** Inwiefern nutzen Sie bereits weitere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder anderweitige Hilfsmittel für die Identifikation und den Umgang mit pflegenden Personen?
- 64 [0:24:39] **B:** Ich weiß, dass es die gibt, und ich lese sie nicht immer regelmäßig, weil ich mit diesen Leitlinien ehrlich gesagt nicht so richtig etwas anfangen kann, egal was für eine Krankheit das ist. Also ich finde das schon gut, dass es da bei COPD zum Beispiel also "wenn das so ist, dann muss man das machen und das machen und das machen" im Flussdiagramm, das ist sicherlich ganz gut, weil man lernt. Aber wenn man lange im Beruf ist, dann muss man das Individuum sehen und wie es damit klarkommt. Es gibt zum Beispiel eine Leitlinie zur KHK, da muss das LDL unter 70 liegen. Also wenn ich dem so viel Statin und Ezetimib und alles gebe, dann kriechen die mir hier auf allen Vieren rein und sagen "Das ist kein Leben". Und dann denke ich mir "Ja was wollen wir denn?" Sollen die ewig leben, bis sie 100 sind und die Zeit rumkriegen oder wollen sie jetzt noch was von ihrem Leben haben und sterben vielleicht 5 Jahre eher. Also das bespreche ich aber auch mit den Patienten, das

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	entscheide ich nicht von mir aus und sage "Ne das kriegen sie jetzt nicht" und ich sage "Das müssen Sie sich selbst überlegen, was wollen Sie?".
65	[0:26:04] I: Und so etwas wie ein Flussdiagramm, könnten Sie sich vorstellen, sowas irgendwie für die Unterstützung der pflegenden Angehörigen anzuwenden oder sagen Sie das ist so in Ordnung?
66	[0:26:15] B: Also ich glaube ich würde es nicht anwenden.
67	[0:26:19] I: Okay. Wie könnte die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden?
68	[0:26:25] B: Also wünschenswert wäre für mich vielleicht eine Zentralstelle entweder beim Kreis oder bei irgendeinem Krankenhaus oder so, das Krankenhaus hat ja auch so einen Übergang, Krankenhauspflege, die haben da also eine ganz tolle Koordinatorin, die organisiert auch sehr viel z.B. bei Schlaganfallpatienten, dass die also die Krankengymnastiktermine dahinter haben und so, also das ist schon gut, was die machen. Aber das ist alles, das ist dann mal das Krankenhaus, dann ist das wieder ein Pilotprojekt, dann ist die Stelle wieder weg, dann gibt es das ganze Mal beim Kreis oder über die Schlaganfallstiftung und jedes Jahr ist das jemand anders und immer muss man da hinterhergucken "Wo ist denn jetzt diese Übergangsstelle Pflege, also Krankenhauspflege". Und da würde ich mir einen festen Ansprechpartner wünschen, also im Palliativnetz da läuft das echt gut, da haben wir einen festen Ansprechpartner, da können wir das hin faxen, da kommt dann auch innerhalb von einem Tag eine Antwort, das ist ja auch nicht immer so. Und sowas würde ich mir vielleicht wünschen, dass das dann verbessert ist. Dass man sagen kann "Also wenden Sie sich an Organisation XY, da kriegen Sie alle Informationen, die sie noch brauchen. Aber begleiten würde ich Sie trotzdem."
69	[0:28:09] I: Also, dass es einfach vielleicht auch politisch etwas besser strukturiert ist.
70	[0:28:14] B: Ja, ich weiß ja nicht, aus welchen Töpfen, die bezahlt werden, das tut mir leid, ich weiß das nicht. Das Palliativnetz weiß ich auch nicht, wovon das bezahlt wird, ob das von der KV bezahlt wird oder von irgendwelchen politischen Töpfen, keine Ahnung.
71	[0:28:31] I: Okay gut. Inwiefern wären verstärkte Schulungen für Hausärzte zur Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll?
72	[0:28:36] B: Ja, also ich fände das, also eine richtige Schulung, also so brauche ich nicht, aber dass man vielleicht bei einer Fortbildungsveranstaltung, dass man vielleicht einen Vortrag "pflegende Angehörige" und noch mal so ein paar Tipps macht. Also z.B. wir müssen ja immer so DMP-Fortbildungsveranstaltungen machen und dass man dann vielleicht 1-mal im Jahr oder einmal halt so einen Vortrag da hat "pflegende Angehörige", das wäre nicht schlecht. Aber eine ganze Schulung, einen ganzen Tag pflegende Angehörige, weiß ich nicht, ob das notwendig ist. Also ich denke mal die meisten Hausärzte wissen ja sowieso, was mit den pflegenden Angehörigen zu tun ist.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

73 [0:29:28] **I:** Okay. Ja gut, perfekt, dann wären wir durch.

Anhang 5.9. Interview I

1 [0:00:00]

2 [0:00:59] **I:** Also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting. Und mit den pflegenden Angehörigen sind die Privatpersonen gemeint, die im häuslichen Umfeld nahestehende Verwandte oder Angehörige pflegen. Wie oft haben Sie im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?

3 [0:01:20] **B:** Also meinen Sie jetzt wie oft in der Woche?

4 [0:01:26] **I:** Genau.

5 [0:01:26] **B:** Also in einer Woche so 1-2 Mal. Meistens nur gerade zu Hausbesuchen. Das würde ich jetzt so größtenteils vermuten.

6 [0:01:39] **I:** Inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger, mit denen Sie Kontakt haben, in den letzten Jahren zugenommen?

7 [0:01:46] **B:** Nein, das ist eigentlich aus meiner Sicht weitgehend gleichgeblieben. Es gibt ja immer eine bestimmte Anzahl von Patienten, die pflegebedürftig werden und dementsprechend habe ich jetzt aus meiner Sicht nicht das Gefühl, dass es mehr wird. Sie meinen im Vergleich zu externen Pflegediensten, oder?

8 [0:02:14] **I:** Ne, generell so im Vergleich zu Ihrem hausärztlichen Klientel.

9 [0:02:20] **B:** Ne da habe ich das Gefühl, dass es weitgehend konstant ist.

10 [0:02:22] **I:** Okay. Wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen? Ist der Kontakt eher regelmäßig oder unregelmäßig/sporadisch?

11 [0:02:38] **B:** Das kommt ein bisschen darauf an, ob die Patienten mit den Angehörigen im gleichen Haushalt leben. Dann hat man so 3–4-mal im Quartal Kontakt, im Rahmen der Hausbesuche. Wenn das nicht der Fall ist, entweder telefonisch oder mal sind sie dann vielleicht 1-mal im Quartal vor Ort bei dem Patienten während eines Hausbesuches.

12 [0:03:07] **I:** Okay. Suchen Sie selbst aktiv den Kontakt oder kommen pflegende Angehörige auf Sie zu?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

13	[0:03:15] B: Es ist unterschiedlich. Es kommt auch ein bisschen darauf an wie eingespielt die Kommunikation ist. Wenn ich das Gefühl habe, dass irgendetwas verbessert werden muss pflegerisch oder sich etwas an dem Gesundheitszustand des Patienten geändert hat, dann suche ich aktiv den Kontakt mit den Angehörigen und ansonsten warte ich eher bis die Angehörigen auf mich zukommen, entweder im Rahmen der Sprechstunde oder telefonisch oder sich eben mal im Rahmen eines Hausbesuches zeigen.
14	[0:03:48] I: Okay, gut. Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zu den pflegenden Angehörigen?
15	[0:03:58] B: Ganz klar demenzielle Erkrankungen natürlich. Wobei auch da auch meistens externe Pflege notwendig ist, und da ist auf jeden Fall regelmäßiger Kontakt wichtig. Ansonsten auch alle Erkrankungen, die mit einer Bettlägerigkeit und chronischen Wunden zu tun haben. Wobei ich da auch regelmäßig Kontakt habe (unverständlich)
16	[0:04:24] I: Und In welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson? Welche Aufgaben übernehmen diese vorrangig?
17	[0:04:36] B: Verwandtschaftsverhältnis meinen Sie?
18	[0:04:37] I: Genau, zum Beispiel.
19	[0:04:39] B: Das sind meistens die Kinder oder die Schwiegertöchter oder Schwiegersöhne. Das ist der überwiegende Anteil.
20	[0:04:48] I: Und haben Sie das Gefühl, dass es da ein Geschlecht gibt, was da bevorzugt tätig ist?
21	[0:04:54] B: Ja das sind die Frauen, die da ganz klar in der Mehrheit sind.
22	[0:05:02] I: Welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen?
23	[0:05:14] B: Also das habe ich jetzt nicht ganz verstanden die Frage.
24	[0:05:17] I: Also, dass Sie in der Praxis wirklich auch frühzeitig die pflegenden Angehörigen als solche wahrnehmen. Welche Chancen sehen Sie darin? Legen Sie darauf Wert, im Praxisbetrieb, die frühzeitig anzusprechen und Kontakt aufzunehmen?
25	[0:05:37] B: Ja ganz klar. Also es ist ganz unterschiedlich. Man sieht manchmal die Konstellation, da ist das so wie jetzt gerade beschrieben und bei anderen ist es so, dass man eher den Hinweis gibt, externe Pflege in die Wege zu leiten, weil man das Gefühl hat, das ist vom Gesamtumfang zu groß oder die Leute könnten dem im

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	<p>Einzelfall auch einfach nicht gewachsen sein. Hängt so ein bisschen vom Gesamtpaket ab.</p>
26	<p>[0:06:10] I: Das heißt Sie sprechen dann mit den pflegenden Angehörigen, machen sich ein Bild und schauen ob eventuell ein Pflegedienst dazu gerufen wird.</p>
27	<p>[0:06:19] B: Genau, das kann man ja für die Grundpflege machen und die Angehörigen machen den Rest sozusagen. Aber es gibt eben auch Fälle, da macht man das lieber ganz extern durch einen Pflegedienst.</p>
28	<p>[0:06:34] I: Okay und welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?</p>
29	<p>[0:06:48] B: Also die möchten natürlich in erster Linie, dass ihre zu Pflegenden gut medizinisch versorgt sind, gut pflegerisch versorgt sind, alle Zusatzmittel bekommen, die sie auch bekommen sollen. Das fängt ja schon beim Rollstuhl an, Rollator, Nachtstuhl. Da haben wir ja mitunter auch viele Diskussionen mit den Krankenkassen wegen der Genehmigung etc. So das sind so die Erwartungshaltungen. Die Erwartungshaltung an mich ist natürlich die medizinische Koordination, gegebenenfalls auch mit Kollegen. Also die Haufterwartungshaltung an mich ist ganz klar medizinisch.</p>
30	<p>[0:07:34] I: Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?</p>
31	<p>[0:07:43] B: Ja das gehört zu meinem Beruf als Allgemeinmediziner dazu. Wobei man natürlich auch beachten muss, dass es einen gewissen Grad auch nicht überschreiten sollte. Also wenn jetzt jeden zweiten Tag jemand dasitzen würde und da sind jeweils noch Fragen, dann muss man das halt auch kommunizieren. Das ist sehr selten der Fall, also es spielt sich in der Regel ein.</p>
32	<p>[0:08:09] I: Und ist da vor allem die fehlende finanzielle Abbildung das Problem?</p>
33	<p>[0:08:18] B: Das Problem der Tatsache, dass die Angehörigen pflegen oder dass die auf mich zukommen?</p>
34	<p>[0:08:26] I: Quasi, dass sie auf Sie zukommen.</p>
35	<p>[0:08:31] B: Ja das kommt schon vor. Es gibt schon oft auch Probleme, eben was ich gerade ansprach in der Kommunikation mit der Krankenkasse, dass die Angehörigen sagen "Können Sie mir das so und so aufschreiben, ich hätte gerne das!". "Die Krankenkasse hat aber gesagt meine Mutter oder mein Vater soll nur das kriegen und nichts anderes." Also sowas kommt auf jeden Fall vor. Sicher in der Hälfte der Fälle. Das ist auch schon mal ein Problem für viele Menschen.</p>
36	<p>[0:09:11] I: Worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung pflegender Angehöriger?</p>

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

37	[0:09:20] B: Ich hatte schon erwähnt, zu gucken, dass das Gesamtpaket stimmt. Also, dass eben auch die pflegenden Angehörigen nicht überfordert sind mit der Situation, weder logistisch noch medizinisch, das ist ganz wichtig. Perspektiven darlegen und auch gucken wie man gemeinsam Dinge noch verbessern oder strukturieren kann.
38	[0:09:46] I: Okay, das heißt Sie legen da vor allem Wert auf die frühzeitige Kommunikation mit den Angehörigen.
39	[0:09:52] B: Ja klar, auf jeden Fall.
40	[0:09:55] I: Jetzt haben wir gerade die Herausforderungen und Schwierigkeiten im Umgang mit den pflegenden Angehörigen schon angerissen. Kennen Sie denn noch andere Herausforderungen oder Schwierigkeiten, die sich da ergeben?
41	[0:10:12] B: In der...?
42	[0:10:16] I: Einfach im Umgang mit den pflegenden Angehörigen.
43	[0:10:22] B: Im Umgang mit also von den pflegenden Angehörigen mit den...?
44	[0:10:25] I: Mit Ihnen.
45	[0:10:27] B: Mit mir selbst? Was halt manchmal ein Problem ist, dass man die Erwartungshaltung nicht erfüllen kann. Das ist schon ein Problem, dass die Leute natürlich möglichst viel wollen und viele Automatismen auch wollen, die man aber selbst gar nicht beeinflussen kann. Zielt jetzt auf die Dinge ab, die wir schon besprochen haben. Dass dann sozusagen eine Schuld zugewiesen werden könnte, dass ich mich nicht ordentlich darum kümmere, dass das alles läuft. Also da spielt auch immer noch viel die moralische Verantwortung mit rein.
46	[0:11:20] I: Wie schätzen Sie den zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein?
47	[0:11:27] B: Meinen?
48	[0:11:31] I: Ja Ihren.
49	[0:11:34] B: Meinen zeitlichen Aufwand. Also es geht wie gesagt, wenn es sich eingespielt hat, ist es so, dass 1-2 längere Gespräche im Quartal reichen. Und bei manchen natürlich mehr, wo es sich noch nicht so eingespielt hat. Und finanziell ist das jetzt für mich ein geringer Zugewinn, wenn Sie das meinen. Also ein Angehörigengespräch wird vergütet ich glaube mit 10 oder 15€, aber das ist ja im

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	Prinzip, also die Gesamtversorgung. Also mehr bringt das nicht "finanziell", aber es gehört eben auch einfach mit dazu muss man sagen.
50	[0:12:15] I: Und würden Sie sich da in Zukunft wünschen, dass es vielleicht abrechnungstechnisch besser abgebildet werden könnte?
51	[0:12:22] B: Das wünschen wir uns schon seit vielen Jahren. Aber da sind wir auch, ich bin jetzt schon 15 Jahre im System und wir wissen, dass da eher Leistungen gekürzt als neu erfasst werden. Also das kann ich mir jetzt nicht vorstellen, dass in dem Kontext die Leistungen erhöht werden.
52	[0:12:47] I: Okay, dann kommen wir jetzt auf die Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige zu sprechen. Welche kennen Sie denn da?
53	[0:12:50] B: Von außen? Also ich kenne auf jeden Fall, ich weiß, dass es viele Vereine gibt, es gibt natürlich die Sozialstationen mit der professionellen Pflege, also ambulante Pflegedienste, Selbsthilfegruppen, bei Dementen gibt es auch manchmal so Projekte, dass die einen Fahrdienst haben und 1–2-mal die Woche ins Pflegeheim gefahren werden, damit die in Gesellschaft sind, sowas gibt es. Aber das ist sehr regional.
54	[0:13:33] I: Und kommt es vor, dass Sie pflegende Angehörige an Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangebote verweisen bzw. dorthin vermitteln?
55	[0:13:40] B: Ja, wenn ich davon Kenntnis habe, dann kommt es auf jeden Fall vor, dann rege ich das an.
56	[0:13:46] I: Wie machen Sie das? Geben Sie da die Telefonnummer raus oder haben Sie Flyer vor Ort?
57	[0:13:55] B: In den meisten Fällen gebe ich die Telefonnummern oder Kontakte oder Internetadressen raus. Flyer kommt vor, also es gibt einfach Vereine, die ihre Flyer auslegen in Arztpraxen, aber das ist eher weniger.
58	[0:14:12] I: Inwiefern sehen Sie es als Aufgabe des Hausarztes an, pflegende Angehörige gezielt zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu verweisen?
59	[0:14:26] B: Das gehört schon zu meinen Aufgaben. Also diese (unverständlich) im geriatrischen Betreuungskomplex wie das so schön heißt gehört das halt schon dazu. Natürlich bedeutet das nicht, dass ich Mittwochnachmittag zur Selbsthilfegruppe fahre und mich um Plätze bemühe, sondern dass ich das an die Angehörigen weitergebe, aber man will ja seine Patienten gut versorgt wissen. Und wirklich wissen, also es geht ja um Lebensqualität. Das hatte ich noch nicht erwähnt: Es geht um Lebensqualität für die Patienten und zum Teil für deren Angehörige, weil die ja auch mit der Pflege teilweise sehr beschäftigt sind. Es gibt immer wieder diese Konstrukte zwischen Pflegepersonen und zu Pflegenden, wo wirklich einfach rund um die Uhr jemand da ist, da sollte man natürlich gucken, dass man das irgendwie vielleicht auch mal unterbrechen kann tageweise oder halbtagsweise.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

60	[0:15:42] I: Damit es zu keiner Überlastung kommt.
61	[0:15:42] B: Genau.
62	[0:15:45] I: Jetzt haben wir auch schon die Hausbesuche angesprochen. Sie haben ja gesagt Sie führen Hausbesuche durch. So 3–4-mal im Quartal pro Person oder wie häufig kommt das vor?
63	[0:16:05] B: Es gibt Patienten, die besuche ich 1 Mal im Quartal und es gibt Patienten, die besuche ich 4-6 Mal im Quartal. Das ist sehr unterschiedlich je nach Krankheitsbild und Erfordernis.
64	[0:16:19] I: Okay und führen Sie Hausbesuche auch durch, um sich ein Bild vom Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung zu machen?
65	[0:16:24] B: Auf alle Fälle. Das gehört ja auch zur Wahrnehmung dazu, man sieht wie ist die Hygiene, wie ist der Haushalt geführt, da hat man einen Eindruck von der Ordnung und der Struktur der Angehörigen. Wenn der um 12 Uhr noch ungewaschen im Bett liegt, dann sollte man einfach auch die Kommunikation suchen.
66	[0:16:51] I: Haben Sie geschultes Praxispersonal für die Hausbesuche?
67	[0:16:58] B: Nein, ich habe das in meiner kleinen Praxis leider nicht.
68	[0:17:03] I: Okay, würden Sie sich das wünschen?
69	[0:17:04] B: Ja. Also es gibt ja diese NäPA oder VERAH in dem Fall, das haben wir auch mal mit meiner Hauptkraft versucht, da reichen die Voraussetzungen leider nicht aus, aber selbstverständlich würde ich mir das auf jeden Fall wünschen.
70	[0:17:23] I: Okay. Wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark belastet sind?
71	[0:17:42] B: Das kommt schon vor, also quantitativ würde ich sagen 1 Mal im Quartal. Das ist immer schwer in Zahlen zu fassen, aber es kommt immer mal wieder vor, dass die Leute auch an ihre Grenze kommen, gerade in der Anfangsphase oder dem ersten Vierteljahr.
72	[0:18:09] I: Warum gerade dann?
73	[0:18:09] B: Weil es eine komplette Lebensumstellung aller Beteiligten ist. Es ist eine Lebensumstellung für die zu pflegende Person, die kommt in eine Abhängigkeit zum Teil, das ist für die auch, wenn die ihr ganzes Leben lang selbstständig war, eine ganz schwierige Situation. Und für die Angehörigen ist es auch aufgrund dessen eine

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	<p>schwierige Situation, das macht dann ganz viel auch mit einem. Wenn man auch sieht, dass der eigene Vater, die eigene Mutter dann näher ans Lebensende kommt und weil es einfach viel beansprucht, viel Zeit nimmt, die Arbeit erfordert. Das sind so die Hauptursachen. Und das sind Leute, die ihr eigenes Leben noch zu bewerkstelligen haben.</p>
74	[0:18:53] I: Ja.
75	[0:18:56] B: Dann gibt es noch die Dimension, die einfach in der Interaktion derjenigen liegt, also gerade so in den Kommunikationsmustern, die von Eltern-Kindern auf das Pflegeverhältnis.
76	[0:19:13] I: Okay. Also einfach, dass es da familiäre Ungereimtheiten gibt und dadurch vielleicht die pflegenden Angehörigen sich zu viel an Arbeit aufbürden?
77	[0:19:26] B: Ja das zum einen, dass es zu einer unausgesprochenen Vorwurfshaltung kommt und da wird eben einfach das Kräfteverhältnis so verändert. Für die Kinder sind ja die Eltern häufig etwas starkes und die kriegen dann automatisch eine schwächere Position, das ist hier für beide beteiligten Seiten natürlich nicht so einfach.
78	[0:19:52] I: Okay, wie kann in Ihren Augen einer solchen kritischen Pflegesituation vorgebeugt werden? Was kann konkret der Hausarzt dazu beitragen?
79	[0:20:04] B: Ich kann das Gespräch anbieten. Wenn ich merke, dass es irgendwie schwierig ist, dann biete ich auch regelmäßig Gespräche in der Praxis an, um sich gerade von dem Umfeld zu distanzieren. Den Leuten einfach auch mal eine Gelegenheit geben, ich sage mal, sich auszukotzen. Mal die Sachen zu äußern, die sie einfach zu Hause nicht äußern können und vielleicht dann auch eben den Hinweis mitzugeben, wie man das jetzt verbessern kann in der konkreten Situation. (unverständlich)
80	[0:20:42] I: Ja, um die Belastung einfach zu verringern.
81	[0:20:46] B: Genau.
82	[0:20:48] I: Gut. Wir kommen noch einmal kurz auf das Praxispersonal zu sprechen. Inwieweit wird in Ihrer Praxis das Personal bei der Identifikation und/oder Unterstützung pflegender Angehöriger einbezogen?
83	[0:21:02] B: Das ist ganz wichtig. Auch das Praxispersonal hat einen Eindruck von den Leuten. Und in den Fällen, wo es eben neue Pflegefälle im weiteren Sinne gibt oder neue Pflegesituationen, beziehe ich auch mein Personal mit ein. Dann redet man darüber, automatisch wie sich die Situationen zu Hause dann verändern und wie man das einschätzt. Da haben die natürlich auch noch einmal einen ganz anderen Eindruck als ich, weil beim Arzt erzählt man immer eine andere Geschichte als bei der Mitarbeiterin. Also es hat keinen festen Rahmen, was schön wäre, aber dafür gibt es keine Zeit. Aber das ist mir dann schon auch wichtig, die Eindrücke meines Personals zu haben. Wie kommunizieren die gegenüber meinem Personal,

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	was haben die für einen Eindruck wie es emotional aussieht, das spielt schon eine Rolle.
84	[0:22:05] I: Und kommt das Praxispersonal dann auf Sie zu und gibt Ihnen die Informationen oder wird das in der Akte vermerkt?
85	[0:22:16] B: Also das wird natürlich in der Akte vermerkt, aber in der Akte wird viel vermerkt, da liest man ja nicht ständig drin rum. Das kriegt man in einer relativ kleinen Praxis immer mit, da unterhält man sich darüber: "Herr so und so ist jetzt Hausbesuchspatient". Allein das ist ja bei uns schon eine andere Schublade im wahrsten Sinne des Wortes. Da werden die Patienten auch klar kommuniziert und dann habe ich auch eine andere Wahrnehmung meines Personals den Leuten gegenüber. Dann wird das vermerkt in der Patientenakte: Wer ist erste Bezugsperson. Kann ich auch irgendwie so vermerken, dass das als Popup kommt, wenn man die Patientenakte öffnet. Das kann man variieren, aber das kriegt jeder mit.
86	[0:23:05] I: Okay gut.
87	[0:23:14] I: Jetzt gibt es noch eine S3-DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“. Ist Ihnen die bekannt?
88	[0:23:20] B: Ne, die kenne ich nicht tatsächlich.
89	[0:23:24] I: Okay, nutzen Sie denn andere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder anderweitige Hilfsmittel für die Identifikation und den Umgang mit pflegenden Personen?
90	[0:23:32] B: Nein, gar nicht.
91	[0:23:35] I: Würden Sie sich da etwas wünschen für die Zukunft?
92	[0:23:38] B: Fände ich gut, absolut. Gerade in so einem Kontext, weil man viel aus dem Gefühl heraus entscheidet, je nach Situation entscheidet und da ist so eine gewisse Standardisierung gar nicht verkehrt.
93	[0:23:53] I: Okay wie könnte die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden? Was würden Sie sich hierzu wünschen?
94	[0:24:02] B: Entschuldigen, können Sie die Frage noch mal wiederholen?
95	[0:24:12] I: Ja. Wie könnte die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden? Was würden Sie sich hierzu wünschen?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

96	[0:24:21] B: Ja eben konkrete Angebote. Konkrete Angebote, regionale Angebote. Bessere Vernetzungen, eine Homepage, sowas wäre klasse, wo man Diagnosen eingibt oder wo sich vielleicht auch für Ärzte Kontaktadressen schnell finden lassen, ohne eine halbe Stunde Googlen zu müssen. Also auf diesem interaktiven Sektor auf jeden Fall einiges.
97	[0:24:52] I: Okay und dann hatten Sie ja gesagt die Abrechnungsverbesserung wäre ja auch nicht schlecht.
98	[0:25:02] B: Ja klar, das ist sicher nicht der Hauptpunkt, aber dass man zumindest die Sachen abrechnen kann, ja das wäre schön.
99	[0:25:08] I: Dann kommen wir jetzt zur letzten Frage. Inwiefern wären verstärkte Schulungen für Hausärzte zur Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll?
100	[0:25:23] B: Ja das könnte ich mir schon vorstellen. Es muss natürlich einen attraktiven Rahmen haben, es soll jemand moderieren, man darf Ärzte nicht zu sehr zu Wort kommen lassen, sonst ist das meistens zu ausschweifend. Also eine gute Moderation, ein guter Input und ich sage das jetzt mal ganz klar, kein ellenlanges Gequatsche und sich gegenseitig Bemitleiden, sondern einfach ganz konkrete Hilfestellungen.
101	[0:25:55] I: Okay und hätten Sie auch konkrete Themenwünsche für diese Fortbildungen?
102	[0:26:00] B: Also das ist eigentlich hauptsächlich diese Vernetzungsgeschichte, die ich auch schon angesprochen habe. Ansonsten kenne ich mich da ganz gut aus, ich brauche keine Betreuung, aber vielleicht schätze ich das auch ganz falsch ein. Sie sprachen von einem Leitfaden und wenn wir so etwas haben, dann sehen wir die Dinge ja auch als Ärzte vielleicht noch mal anders. Das würde uns vielleicht auch mehr öffnen, also vielleicht sind wir da auch gegenüber Dingen gerade als Allgemeinmediziner zu festgefahren.
103	[0:26:38] I: Ja, dass sie quasi nicht offen für die leitfadengestützte Medizin sind, meinen Sie?
104	[0:26:47] B: Ja. Auf jeden Fall. Es gibt sicher viele Kollegen, bei denen es so ist. Ich will mich da jetzt auch gar nicht rausnehmen, vielleicht bin ich auch in vielen Dingen zu festgefahren, kann ja sein.
105	[0:27:05] I: Okay, dann wären wir damit durch.

Anhang 5.10. Interview J

1	[0:00:00] Gut, also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting. Mit den pflegenden Angehörigen sind wirklich
---	--

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	Privatpersonen gemeint, die im häuslichen Umfeld Verwandte oder nahestehende Personen pflegen. Wie häufig haben Sie mit pflegenden Angehörigen zu tun?
2	[0:00:31] B: Häufig.
3	[0:00:36] I: Und inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger, mit denen Sie Kontakt haben, in den letzten Jahren zugenommen?
4	[0:00:42] B: Da kann ich jetzt leider nur für die letzten 5 Jahre sprechen, da habe ich noch nicht so viel Überblick, ich bin ja auch noch nicht so lange niedergelassen. Es ist mehr geworden, ich kann das aber nicht genau quantifizieren, weil ich ja jetzt auch mehr Patienten betreue, ob das einfach nur mehr ist, weil ich mehr Patienten betreue oder ob die Anzahl mehr geworden ist.
5	[0:01:08] I: Wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen? Ist der Kontakt eher regelmäßig oder unregelmäßig/sporadisch?
6	[0:01:22] B: Das ist ein eher regelmäßiger Kontakt, mehrmals im Quartal, ich würde sogar fast sagen mindestens 1 Mal im Monat auf jeden Fall und das dann ja auch jeweils manchmal mit den Angehörigen und manchmal mit der pflegenden Person mit allen dann halt.
7	[0:01:45] I: Und suchen Sie selbst aktiv den Kontakt oder kommen pflegende Angehörige auf Sie zu?
8	[0:01:52] B: Das ist unterschiedlich, also häufig suchen sie natürlich auch selber den Kontakt, es ist aber auch so, dass viele von den zu Pflegenden auch chronisch erkrankt sind und dann im speziellen Programm drin sind, also diese DMPs und dann sehe ich die ja sowieso mindestens 1 Mal im Quartal regelmäßig und manchmal auch öfter, wenn irgendetwas nicht stimmt.
9	[0:02:19] I: Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zupflegenden Angehörigen?
10	[0:02:24] B: Dass die dann zu pflegen sind, meinen Sie jetzt?
11	[0:02:28] I: Genau, also dass es einfach einen Kontakt zu den pflegenden Angehörigen gibt.
12	[0:02:36] B: In den meisten Fällen bei Demenzerkrankungen. Oder wenn die halt körperlich nicht mehr so können. (unverständlich) Meistens ist es Demenz.
13	[0:02:45] I: Okay. In welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson? Ist das ein familiäres oder...?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

14	[0:02:56] B: Ja, meistens familiär. Also Eltern, Geschwister.
15	[0:03:07] I: Gibt es denn ein vorrangiges Geschlecht?
16	[0:03:12] B: Das kann ich so nicht beantworten. Das weiß ich jetzt nicht. Meistens ist ja irgendwo die ganze Familie damit vertraut. In den meisten Fällen wird das wahrscheinlich schon so sein, dass da hauptsächlich die Frauen dabei sind, weil die Männer dann meistens arbeiten. Das ist dann noch die klassische Rollenverteilung.
17	[0:03:39] I: Welche Aufgaben übernehmen diese vorrangig?
18	[0:03:45] B: Das ist ganz unterschiedlich, also von ganz einfachen Betreuungsaufgaben, Einkaufen, Putzen, bis hin wirklich zur richtigen Pflege mit Waschen, Anziehen, das ist ganz unterschiedlich, aber eher so diese niederschweligen Betreuungen, also nur Einkaufen und Betreuen halt, Alltagsbetreuung.
19	[0:04:07] I: Okay und das steigert sich dann gegebenenfalls einfach mit in den medizinischen Bereich.
20	[0:04:10] B: Ja.
21	[0:04:11] I: Okay. Gut, welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen, also dass Sie in der Praxis die pflegenden Angehörigen auch wirklich als solche wahrnehmen?
22	[0:04:27] B: Quasi schon Chancen sind eigentlich als Hausarzt und speziell bei mir relativ hoch, weil ich ja meistens die gesamte Familie betreue. Also ich kriege das ja relativ früh mit, die Verläufe und dann kenne ich ja meistens auch, diejenigen, die dafür zuständig sind, die Betreuungspersonen. Das ist immer sehr unterschiedlich, aber es wäre gut, wenn man das vorher schon immer wüsste.
23	[0:04:58] I: Das heißt Sie legen da auf jeden Fall Wert darauf, frühzeitig...
24	[0:05:00] B: Ja.
25	[0:05:01] I: Okay gut. Welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?
26	[0:05:16] B: Ja, Hilfe und Unterstützung, wenn es mal nicht geht, wenn dann doch mal ein Kurzzeitpflegeplatz gesucht wird oder Entlastung oder wenn die eigenen Krankheiten dann auch mal zunehmen, dann natürlich auch möglichst mit schneller und unkomplizierter Hilfe was das angeht. Also wenn der Rücken dann mal wehtut

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	oder es nicht mehr so klappt, weil die Demenz so schlimm ist oder so, also das ist sehr unterschiedlich.
27	[0:05:43] I: Okay. Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?
28	[0:05:51] B: Es ist ja als Hausarzt meine Aufgabe, Familienbetreuung. Ich finde das ist damit inklusive.
29	[0:06:04] I: Worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung pflegender Angehöriger?
30	[0:06:12] B: Dass ich als Arzt dann auch da bin und helfe, wenn auch medizinisch Dinge zu behandeln, entlasten sind. Ich führe auch immer viele Gespräche und möchte denen halt auch Möglichkeiten aufzeigen und auch mal der neutrale Ansprechpartner zu sein, der auch wichtig ist, um denen mal Wege aus dem Chaos aufzuzeigen, das würde ich meinen.
31	[0:06:36] I: Also höre ich da raus, dass die Kommunikation da eine ganz große Rolle spielt.
32	[0:06:39] B: Ja, Kommunikation ist immer eines meiner Hauptmittel.
33	[0:06:46] I: Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting?
34	[0:06:54] B: Eine Herausforderung ist natürlich immer, wenn der Zustand des zu Pflegenden sich verschlechtert, wenn die Notwendigkeit der Pflege mehr wird. Auf der anderen Seite ist es aber auch meist recht schwierig für die Angehörigen, die adäquate Hilfe zu suchen. Der Wust an Möglichkeiten und Beantragungswegen und Formularen, das ist ja schon hoch. Und das kenne ich jetzt auch nicht alles, alle Möglichkeiten und alle Wege, aber das würde es deutlich vereinfachen, wenn das einfacher wäre.
35	[0:07:40] I: Quasi, dass Sie einfach einen Leitfaden hätten, wo Sie sagen könnten das und das gibt es, das kann ich Ihnen mitgeben.
36	[0:07:52] B: Ja, zum Beispiel, also ein paar Broschüren oder so etwas, ja das gibt es ja. Ja aber auch mal, dass manche Beantragungswege etwas einfacher wären. Da müsste man auf jeden Fall auch Ansprechpartner bei der Krankenkasse oder bei der Pflegekasse für sowas haben, die sich dann auch damit auskennen und wirklich nicht nur Kosten vermeiden wollen.
37	[0:08:13] I: Damit sind wir eigentlich auch schon bei der nächsten Frage. Welche Probleme organisatorischer- oder verwaltungstechnischer Art gibt es denn sonst noch mit den pflegenden Angehörigen oder ist das so das Hauptproblem?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 38 [0:08:31] **B:** Ja, also ja. Ja also eigentlich ist die Organisation des Ganzen, weil Sie ja auch noch einen eigenen Tagesablauf haben. Da ist die Organisation des Ganzen schon das Entscheidende und das ist eine unglaubliche Masse an Beantragungswegen und Möglichkeiten und Beantragungsstellen, sei es jetzt Schwerbehindertenausweis oder Pflegegrad oder was auch immer, das ist ja alles eher kompliziert gehalten und das macht es natürlich organisatorisch nicht einfacher, weder für mich noch für die andere Seite.
- 39 [0:09:16] **I:** Und wie schätzen Sie da den zeitlichen und finanziellen Aufwand ein? Also Ihren zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung.
- 40 [0:09:28] **B:** Meiner, mein zeitlicher Aufwand? Der ist hoch und das ist ja das, was beim Hausarzt nicht adäquat vergütet wird. Es ist für mich dann immer eigentlich draufgehende, unbezahlte Zeit.
- 41 [0:09:46] **I:** Und würden Sie sich da in Zukunft etwas zu wünschen, dass es da Abrechnungsmöglichkeiten gibt?
- 42 [0:09:51] **B:** Selbstverständlich würde ich mir das Wünschen, wenn es mehr Abrechnungsmöglichkeiten gäbe. Das Einfachste wäre halt einfach mal raus aus den Quartalspauschalen, aus dieser pauschalen Behandlung und wieder in die leistungsfokussierte Vergütung wieder einzusteigen, wie es früher halt mal war. Weil das ja in den meisten Fällen hier auf dem Land einfach nicht abgebildet wird wegen der Altersstruktur.
- 43 [0:10:22] **I:** Ja, das stimmt. Dann kommen wir jetzt noch auf die Hilfs- und Unterstützungsangebote zu sprechen. Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige kennen Sie?
- 44 [0:10:35] **B:** Ach ich arbeite hier sehr intensiv mit dem Demenznetzwerk bei mir vor Ort zusammen und natürlich dann auch mit dem palliativärztlichen Netzwerk hier vor Ort und dann hat die Diakonie hier noch ein Programm, also mehrere, nicht nur die Diakonie, auch die anderen, was dann so Tagesbetreuung angeht, also diese niederschwellige Betreuung, da stehe ich auch mit den Pflegediensten und Einrichtungen auch relativ eng in Kontakt.
- 45 [0:11:08] **I:** Und wenn Sie sagen, Sie stehen im engen Kontakt zu denen, verweisen Sie die pflegenden Angehörigen dann auch wirklich an solche Hilfs- und Unterstützungsangebote und wenn ja, wie läuft das?
- 46 [0:11:24] **B:** Also direkt verweisen tue ich ja meistens nur an das Demenznetzwerk und an das palliativärztliche Netzwerk. Und da ist es so, dass ich als koordinierender Hausarzt quasi den Antrag stelle, sich dann das Demenznetzwerk zum Beispiel darum kümmert, dann kommt eine Pflegekraft, die dann vor Ort noch mal guckt und den Bedarf aufnimmt, schaut, was alles notwendig ist. Und dann bin ich da erst mal im Ansatz raus. Beim palliativärztlichen Netzwerk ja auch, so kann ich mich mehr auf die ärztlichen Seiten konzentrieren und die pflegerische Unterstützung kommt dann eher von diesem Netzwerk.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

47	[0:12:08] I: Okay und gibt es da auch Flyer in der Praxis oder geben Sie auch Telefonnummern raus?
48	[0:12:18] B: Ja, also da kann ich jetzt wieder nur für das Demenznetzwerk und das palliativärztliche Netzwerk sprechen, da habe ich Flyer, Broschüren und auch die Einschreibenotwendigkeiten, das Formular dazu. Das ist bei mir in der Praxis vorrätig, ja.
49	[0:12:31] I: Inwiefern sehen Sie es als Aufgabe des Hausarztes an, pflegende Angehörige gezielt zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu verweisen?
50	[0:12:41] B: Naja, es ist eine Selbstverständlichkeit. In der hausärztlichen Betreuung ist das ja quasi klar. Sicher. Das ist total selbstverständlich, das gehört ja mit dazu. Man kann ja das eine vom anderen nicht trennen. Ich bin ja nicht als Chirurg quasi, rausschneiden, zunähen, wegschicken. Bei mir ist es ja ein bisschen umfangreicher, die Gesamtbetreuung.
51	[0:13:13] I: Jetzt sind wir am Anfang auch schon mal kurz auf die Hausbesuche zu sprechen gekommen. Welche Rolle spielen Hausbesuche im Umgang mit informellen Pflegenden?
52	[0:13:26] B: Das kommt immer auf den Bedarf an, also die Hausbesuchszahl ist natürlich insgesamt gerade in diesem Bereich nicht etwas, was es am meisten notwendig macht. Und dann auch am Anfang, dass man auch mal hinfährt und frühzeitig schaut, ob die wirklich pflegend werden müssen, dass man dann auch schon mal guckt und Tipps gibt sowas wie räum mal den Teppich da weg oder da wäre gut, wenn da die Tür mal verbreitert wird, also so diese ganz normalen Beratungen, die man halt mit dabei hat. Also Tipps und Tricks. Und dann später natürlich klar, dass man dann bei medizinischer Notwendigkeit auch zum Hausbesuch da ist und dann spricht natürlich auch mit den Angehörigen dabei.
53	[0:14:18] I: Und gibt es für die Durchführung der Hausbesuche auch geschultes Praxispersonal?
54	[0:14:20] B: Ich habe eine EVA bei mir in der Praxis, das ist diese entlastende Versorgungsassistentin für den Hausarzt, die dann natürlich auch die anfänglichen Hausbesuche auch mit macht, wo nicht unbedingt gleich der Arzt notwendig ist.
55	[0:14:43] I: Jetzt kommen wir noch auf die kritischen Versorgungssituationen zu sprechen. Wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark belastet sind?
56	[0:14:55] B: Schon ein Mittelding, also es kommt immer wieder vor, aber das ist jetzt nicht alltagsfüllend, sagen wir mal so. Das ist schon immer mal wieder und je mehr zu pflegen ist und je weniger Angehörige quasi zur Pflege da sind, je mehr sich das auch auf einer Person abstützt quasi, umso häufiger wird das dann natürlich.
57	[0:15:28] I: Und gibt es da Situationen, an die Sie sich besonders gut erinnern können, die besonders kritisch waren?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

58	[0:15:35] B: Ja, das ist halt dann meistens, wenn es mit der Demenz zu Hause halt nicht mehr klappt. Also das war halt ein quasi Feuerwehreinsatz, wo die Mutter dann fast das Haus angesteckt hat, weil sie auf dem Holzfußboden, weil sie den Herd nicht angekriegt hat, ein Feuer gemacht hat. Also weil dann gar nichts mehr ging und das war dann auch die Entscheidung, dass es mit der Häuslichkeit nicht mehr funktioniert, aber das ist ein Einzelfall.
59	[0:16:14] I: Okay, alles klar. Wie kann in Ihren Augen einer solchen kritischen Pflegesituation
60	vorgebeugt werden? Was kann konkret der Hausarzt dazu beitragen?
61	[0:16:26] B: Der Hausarzt kann prinzipiell ja immer nur gucken und mit offenen Augen durch die Welt gehen und solche typischen Situationen vielleicht vorher schon irgendwo abfangen, aber ansonsten kann ich ja da wenig machen. Außer den Leuten die Gespräche anzubieten und halt zu gucken ihr müsst halt auf euch selbst achten, macht euch nicht kaputt, sonst seid ihr auch für eure Angehörigen nicht mehr da. Aber sonst kann ich da ja eher wenig prophylaktisch eingreifen.
62	[0:17:03] I: Okay, wir kommen noch mal kurz auf das Personal zu sprechen. Inwieweit wird in Ihrer Praxis das Personal bei der Identifikation und/oder Unterstützung pflegender Angehöriger einbezogen?
63	[0:17:14] B: Also eigentlich ja nur, wenn sie auf Hausbesuch fahren, dass sie dann mal mithelfen oder mit gucken, aber ansonsten bei der Pflege direkt eingebunden ist von meinem Personal keiner. Das ist ja dann nur für therapeutische Dinge, also zum Blutabnehmen oder mal zum Barthel- Test oder eine kleine Untersuchung zu Hause für die DMP, aber jetzt so an der Pflege eigentlich nicht.
64	[0:17:47] I: Und wenn jetzt jemand in die Praxis kommt und neu pflegebedürftig wird und das Praxispersonal bekommt quasi mit, da gibt es einen pflegenden Angehörigen. Wie läuft das dann? Kommen die dann zu Ihnen und sagen Bescheid oder gibt es einen Eintrag in die Akte oder kommt so etwas überhaupt nicht vor?
65	[0:18:10] B: Also so direkt nicht. Aber das ist ja wieder das. Also wir kennen ja unsere Patienten, das muss ja nicht besonders eingetragen werden, also selbstverständlich wird dann, wenn wir das wissen, auch die Telefonnummer eingetragen von den pflegenden Angehörigen, damit wir die auch mal erreichen können, wenn etwas ist. Aber wir wissen das ja von vorneherein, man kennt die Leute ja lange.
66	[0:18:39] I: Ja, also auf dem Land ist das auf jeden Fall so, in der Stadt habe ich da von einigen Ärzten auf jeden Fall auch schon andere Antworten bekommen.
67	[0:18:52] B: Ja, das ist die Fluktuation wahrscheinlich auch einfach höher, das ist ja hier auf dem Land, sind die ja schon recht treu. Auf der einen Seite, weil sie es natürlich wollen, man ist aber natürlich dann auch der Einzige, wir sind ein relativ unterversorgter Bereich hier, also da ist schon eine Beständigkeit der Patienten da.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

68	[0:19:14] I: Okay. Jetzt gibt es ja auch noch die S3-DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“. Ist Ihnen die bekannt?
69	[0:19:22] B: Da muss ich erstmal sagen nein. Aber gut zu wissen, da habe ich wieder was zu lesen.
70	[0:19:31] I: Nutzen Sie bereits weitere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder anderweitige Hilfsmittel für die Identifikation und den Umgang mit pflegenden Personen?
71	[0:19:37] B: Ja ich wusste jetzt nicht einmal von dieser Leitlinie. Also eigentlich nach Leitlinie mache ich die Pflege eher nicht, eher so.
72	[0:19:55] I: Okay, würden Sie sich denn da etwas wünschen?
73	[0:19:57] B: Es wäre hilfreich zumindest mal, auf jeden Fall, ja.
74	[0:20:02] I: Okay. Wie könnte die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden?
75	[0:20:10] B: Also ich weiß nicht ob da im Grunde genommen noch eine weitere Verbesserung bei der hausärztlichen Versorgung notwendig ist. Ich würde mir eher einen einfacheren Zugang zur Beratung wünschen, was nicht ich mache, weil ich bin ja immer eher so die letzte Linie der Verteidigung. Ich kümmere mich um medizinische Sachen. Also ich würde mir wünschen, dass das auch auf niederschwelliger Ebene passiert, also auch mal durch die Krankenkassen oder durch die Pflegekassen, so nach dem Motto, dass dann auch mal gefragt wird von den Kassen, weil weiß der Henker, bei alten Leuten über 70 Jahren einfach mal stumpf anfragen, bei den Angehörigen dann sozusagen, weil in den meisten Fällen ist das ja nicht ein medizinisches Problem, sondern ein pflegerisches.
76	[0:21:16] I: Also, dass die Strukturen einfach ein bisschen mehr aufgebrochen werden, dass es leichter wird.
77	[0:21:19] B: Ja, zugänglicher. Das wäre gut.
78	[0:21:25] I: Gut, jetzt kommen wir noch zur letzten Frage. Inwiefern wären verstärkte Schulungen für Hausärzte zur Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll?
79	[0:21:43] B: Es wäre nicht schlecht. Jetzt muss man aber sagen, dass gerade die Hausärzte, was Schulungen angeht schon relativ breit gestreut sind. Das ist ja dann in dem Falle auch, muss man jetzt auch so sagen, auch die pflegenden Angehörigen ja nur ein kleiner Teilbereich der Praxis sind und ja auch nicht unbedingt der Hauptteil. Also es wäre schön, wenn man da irgendwelche Sachen an die Hand bekommt, aber ein höherer Zeitaufwand in Schulungen, weiß ich nicht, ob das so gewollt/gewünscht/durchführbar ist, weil, es ist ja nur ein Teil der ganzen Sache und

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

man braucht ja als Hausarzt schon sehr viel, um medizinisch bei den Leitlinien alles abzudecken, wenn man mal guckt, was sich da in den letzten Jahren alles getan hat.

80 [0:22:34] **I:** Das stimmt. Gibt es da irgendwelche Themen, die Sie besonders interessieren würden?

81 [0:22:44] **B:** Also für mich wäre es mal ganz gut, ein paar Hilfen noch zu kriegen, wo quasi was beantragt werden kann, damit ich es etwas einfacher habe und mir das nicht immer wieder durchlesen oder raussuchen muss. (**unverständlich**) Das ist dann aber wahrscheinlich auch in der Leitlinie von der DEGAM zum Beispiel, die werde ich mir mal angucken. Und dann mal schauen. Also das wäre schon sinnvoll, wenn man da so ein kleines Nachschlagewerk hätte.

82 [0:23:13] **I:** Gut, dann wären wir jetzt durch.

Anhang 5.11. Interview K

1 [0:00:00]

2 [0:00:50] **I:** Das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen durch die Hausarztpraxis. Mit den pflegenden Angehörigen sind wirklich die Privatpersonen gemeint, die im häuslichen Umfeld Verwandte oder nahestehende Personen pflegen. Wie oft haben Sie denn im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?

3 [0:01:12] **B:** Schon häufig.

4 [0:01:14] **I:** Und inwiefern hat die Zahl der pflegenden Angehörigen in den letzten Jahren zugenommen?

5 [0:01:21] **B:** Also offizielle Zahlen kenne ich jetzt nicht, aber so gefühlt ist es zunehmend.

6 [0:01:30] **I:** Wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen? Ist der Kontakt eher regelmäßig oder unregelmäßig/sporadisch?

7 [0:01:41] **B:** Schwierig zu sagen, weil, das ist halt sowohl als auch, also welche sind ganz bemüht, haben viele Rückfragen und welche da läuft es so weit gut, sodass die wenig Fragen haben. Also unterschiedlich.

8 [0:01:56] **I:** Okay, das heißt die pflegenden Angehörigen kommen in der Regel auf Sie zu?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

9	[0:01:59] B: Genau.
10	[0:02:01] I: Okay. Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie denn vorrangig Kontakt zu pflegenden Angehörigen?
11	[0:02:09] B: Ganz klar natürlich die Demenz, Parkinson, allgemeine Zustandsverschlechterungen, Stand- und Gangunsicherheit und halt die damit verbundene Reduktion der Alltagskompetenz.
12	[0:02:31] I: Okay, wenn Sie an die pflegenden Angehörigen denken, mit denen Sie Kontakt haben: In welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson? Ist das ein familiäres oder ein freundschaftliches Verhältnis?
13	[0:02:40] B: Ne, familiär meistens. Meistens die Ehegattinnen- oder gatten. Meistens sind es ja eher die Männer, die dann hauptsächlich pflegebedürftig werden. Oder dann die Kinder.
14	[0:02:56] I: Das heißt Sie würden sagen Frauen sind häufiger die pflegenden Angehörigen?
15	[0:03:01] B: Ja. Definitiv.
16	[0:03:03] I: Okay welche Aufgaben übernehmen die denn vorrangig?
17	[0:03:06] B: Also im Endeffekt das komplette Pflegespektrum teilweise, also das heißt, wenn die irgendwie noch mobil sind, dass sie halt helfen, aufzustehen, beim Toilettengang, Körperhygiene, Körperpflege, Waschen. Bis sie dann komplett bettlägerig sind, dann Anreichen von Urinflasche, Bettpfanne, ja. Je nachdem teilweise übernehmen sie die komplette Pflege der Angehörigen.
18	[0:03:40] I: Okay und wie sieht das mit organisatorischen Aufgaben aus?
19	[0:03:42] B: Sie meinen jetzt Geschäfte machen?
20	[0:03:51] I: Zum Beispiel, ja.
21	[0:03:56] B: Genau also (unverständlich). Die Vorsorgevollmacht (unverständlich) und dann übernehmen die eben die komplette Organisation.
22	[0:04:06] I: Welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen, also dass diese auch als solche in der Praxis erkannt werden?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

23	[0:04:21] B: Wie ich das sehe oder wie ich die erkenne?
24	[0:04:27] I: Genau und legen Sie überhaupt Wert darauf, die pflegenden Angehörigen systematisch zu identifizieren und mit denen Kontakt aufzunehmen?
25	[0:04:35] B: Ja, also auf jeden Fall. Also wenn jetzt noch nicht klar ist am Anfang, wenn ein Patient beispielsweise von der Alltagskompetenz schlechter wird und wenn da nicht klar ist wie die Pflegesituation da ist, (unverständlich) da nachzufragen, weil, das wäre immer auch eine gewisse Eigengefährdung.
26	[0:05:02] I: Gut, welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?
27	[0:05:13] B: Also die wünschen sich Unterstützung, sprich Hilfsmittel, dass sie entsprechend angeschafft werden, also von Toilettensitzerhöhung bis zum ganzen Pflegebett. Dann, dass die Pflegeversicherung auch dann Hilfestellung gibt, wenn sie schon sagen, sie wollen selbst die Angehörigen pflegen. Das sind so die Wünsche.
28	[0:05:46] I: Das heißt im Grunde genommen sie wünschen sich irgendwie eine Entlastung im Alltag.
29	[0:05:57] B: Nicht immer, also es kommt halt drauf an. Also wenn jetzt eine Pflegestufe eingerichtet wird, dann haben sie die Wahl: Entweder können sie sagen ab der und der Stufe kommt ein Pflegedienst oder sie sagen ich verzichte auf einen Pflegedienst, mache die Pflege selbst von dem Angehörigen, bekomme dafür aber finanzielle Unterstützung.
30	[0:06:13] I: Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?
31	[0:06:23] B: Absolut selbstverständlich, das gehört mit zu dem Aufgabenfeld eines Hausarztes. Es geht ja da um den Patienten und der ist ja in dem Moment dann meistens nicht mehr geschäftsfähig, er ist ja dann pflegebedürftig und die Pflege ist ja medizinisch auch wichtig, weil man auch Krankheiten abwenden kann und diese gar nicht erst entstehen lassen kann.
32	[0:06:51] I: Und worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung pflegender Angehöriger?
33	[0:06:58] B: Also von, Entschuldigung, Moment.
34	[0:07:05] I: So, gut: Also wir waren bei der Frage: Worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung der pflegenden Angehörigen?
35	[0:07:37] B: Also enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Und je nachdem hin und wieder auch Hausbesuche machen, abhängig von der medizinischen

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	Notwendigkeit natürlich, aber auch, um sich auch mal ein Bild zu schaffen wie sieht die Pflege aus, ob sie entsprechend auch durchgeführt wird.
36	[0:08:01] I: Okay, das heißt Sie legen schon Wert auf ein enges Verhältnis und schauen, dass Sie da frühzeitig unterstützen und kommunizieren können.
37	[0:08:09] B: Genau.
38	[0:08:09] I: Jetzt ist ja nicht immer alles so einfach. Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting?
39	[0:08:22] B: Ja also, wenn jetzt je nachdem die Pflegebedürftigkeit zunimmt, dass die das dann natürlich auch nicht wahrhaben wollen und dann teilweise auch Überforderung, Unsicherheiten z.B. bei Medikamentengaben, das Richten von Medikamenten und die Angst davor, dass sie dann was falsch machen könnten.
40	[0:08:54] I: Und wie schätzen Sie den zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein, also Ihren zeitlichen und Ihren finanziellen Aufwand.
41	[0:09:08] B: Also meinen als Arzt jetzt?
42	I: Ja genau.
43	[0:09:11] B: Der Aufwand allgemein: Also gut es kommt immer darauf an wie viel ein solcher Patient hat. In der Summe ist es überschaubar.
44	[0:09:25] I: Und im Einzelfall?
45	[0:09:27] B: Im Einzelfall kann es natürlich besonders aufwendig sein, wenn halt viele Fragen da sind und auch hier ist es unterschiedlich.
46	[0:09:39] I: Gibt es denn generell noch weitere Probleme oder Herausforderungen organisatorischer, verwaltungs- und abrechnungstechnischer Art im Umgang mit pflegenden Angehörigen?
47	[0:09:52] B: Ja, also wir schauen, dass wir denen mitteilen, dass das Thema Pflegebedürftigkeit demnächst eben kommen wird, dass frühzeitig ein Pflegegrad beantragt wird, weil das dauert natürlich auch eine Weile. Je früher man das beantragt, desto besser.
48	[0:10:16] I: Okay, um noch mal auf die Abrechnung zu sprechen zu kommen: Würden Sie sich da andere oder bessere Abrechnungsmöglichkeiten wünschen oder sind Sie damit soweit zufrieden?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

49	[0:10:35] B: Es kommt immer darauf an in welchem Bereich man das sieht: Ob jetzt privat oder über die gesetzlichen Krankenkassen. Im Kassenbereich gibt es da Zuschläge, geriatrische Assessments, so nennt sich das. Aber im Einzelfall wie immer sind das die lächerlich geringen Beträge. Deswegen damit verdient man dann definitiv kein Geld, eher im Gegenteil, wahrscheinlich ist es sogar eher ein Minusgeschäft. Bei den Privaten sieht es halt je nachdem da kommt es halt drauf an was man macht. Ein Hausbesuch im privaten Bereich, wo man jetzt nicht großartige Untersuchungen macht, ist auch, weil die GOÄ 25 Jahre alt, ist immer noch wenig. Also rein vom Finanziellen ist das eigentlich uninteressant. Ganz im Gegenteil: Rein nur vom Wirtschaftlichen betrachtet müsste man sagen lohnen sich alte, betagte, pflegebedürftige Patienten nicht.
50	[0:11:35] I: Okay, das heißt neue Abrechnungsziffern wären schon wünschenswert.
51	[0:11:44] B: Ja, mit den entsprechenden Beträgen, die dahinterstecken und den Aufwand auch widerspiegeln, klar.
52	[0:11:48] I: Jetzt kommen wir auf die Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige zu sprechen. Welche kennen Sie denn da?
53	[0:11:57] B: Für die Angehörigen selbst?
54	[0:12:04] I: Genau, ja.
55	[0:12:06] B: Okay also als erstes natürlich die Pflegeversicherung, die machen auch entsprechend die Angebote da wenden die sich als erstes hin und dann gibt es zum Beispiel noch die Demenzgesellschaft, da kann man sich als Angehöriger beispielsweise melden. Ich möchte vielleicht mal in die Stadt gehen und brauche jemanden, der zu Hause ist, aber nur für eine Stunde oder zwei. Da kann man sich z.B. an die Demenzgesellschaft wenden. Das ist jetzt so das, was mir spontan einfällt.
56	[0:12:47] I: Kommt es denn auch vor, dass Sie pflegende Angehörige an Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangebote verweisen bzw. dorthin vermitteln?
57	[0:12:54] B: Ne, aktiv nicht, sondern immer nur Empfehlungen aussprechen. Wenn das ein Thema ist, dass man sagt, wenden Sie sich doch mal dahin.
58	[0:13:04] I: Okay, haben Sie da auch Flyer oder geben Sie Telefonnummern raus? Wie läuft das?
59	[0:13:08] B: Wir haben jetzt in der Tat keine Flyer hier liegen.
60	[0:13:16] I: Sind das die Angebote, auf die Sie die Pflegenden auch aufmerksam gemacht haben oder gibt es da noch andere Angebote?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

61	[0:13:28] B: Also es kann durchaus sein, dass es noch andere Angebote gibt, aber das weiß ich jetzt gerade nicht mehr. Eigentlich so vom Pflegesystem her, wenn man dann die Pflegeversicherung eingeschaltet und einen Pflegegrad hat und der Pflegedienst kommt, dann war es das eigentlich vom System her, aber mit Sicherheit gibt es noch andere Angebote.
62	[0:13:49] I: Okay, inwiefern sehen Sie es als Aufgabe des Hausarztes an, pflegende Angehörige gezielt zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu verweisen?
63	[0:14:01] B: Je nach Bedarf, also wenn dann entsprechende Fragen aufkommen, dann klar, dann gibt man halt Tipps oder sagt "Gucken Sie mal da".
64	[0:14:18] I: Okay, jetzt haben wir vorhin schon mal ganz kurz die Hausbesuche angesprochen. Welche Rolle spielen Hausbesuche im Umgang mit informellen Pflegenden?
65	[0:14:27] B: Also, wenn der Patient nicht mehr mobil ist und nicht mehr in meine Praxis kommen kann, dann kann man auch sehen, dass man zu ihm nach Hause fährt. Das ist ein wichtiges Tool, um dem Patienten zu begegnen und ihn entsprechend dann zu besuchen, ja also enorm wichtig.
66	[0:14:49] I: Und führen Sie Hausbesuche auch durch, um sich gezielt ein Bild vom Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung zu machen?
67	[0:14:57] B: Ja, also das habe ich auch schon gehabt. Also wenn alles ziemlich unklar war, wie das jetzt zu Hause aussieht, dann habe ich deswegen einen Hausbesuch gemacht, ja.
68	[0:15:09] I: Und haben Sie in der Praxis auch geschultes Personal, wie z.B. eine NÄPa oder eine VERAH für Hausbesuche?
69	[0:15:15] B: Wir hatten das eigentlich vorgehabt, dann kam aber Corona dazwischen und da konnte man keine Menschen dazu ausbilden. Wir haben aktuell keine VERAH oder NÄPA.
70	[0:15:26] I: Okay, das heißt sie teilen sich die Hausbesuche auf oder jeder hat seine Patienten, die er da besucht?
71	[0:15:36] B: Genau, also wir sind ja zu 4 in der Praxis und jeder der 4 Kollegen hat dann ab und zu mal einen Hausbesuch zu machen. Viele sind es aktuell aber nicht.
72	[0:15:47] I: Okay. Wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark belastet sind?
73	[0:16:03] B: Es kommt hin und wieder vor. Aber häufig ist es dann so, dass sie sich sagen das soll der Pflegedienst dann machen und das selbst erkennen. Genau,

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	andere Angebote im Übrigen noch mal natürlich gibt es aus dem Ausland die 24 Stunden Pflegekräfte, meistens ja aus Osteuropa.
74	[0:16:27] I: Und da haben Sie auch Telefonnummern, die Sie weitergeben?
75	[0:16:29] B: Ne, da habe ich keinen Kontakt, also (unverständlich)
76	[0:16:38] I: Wenn wir noch mal auf die kritischen Versorgungssituationen zu sprechen kommen: Welche Ursachen hat denn wohl die Überlastung der Angehörigen häufig?
77	[0:16:53] B: Ähnlich wie ich eben schon sagte, also häufig ist es eben die Angst, etwas falsch zu machen. Also ein Mensch, der in seinem Leben nichts mit Pflege zu tun hatte, soll dann auf einmal einen Angehörigen pflegen oder möchte das tun und dann wächst natürlich die Angst davor, etwas falsch zu machen. (unverständlich)
78	[0:17:17] I: Okay also höre ich da raus: Vor allem bei neuen Situationen kann es dazu kommen?
79	[0:17:23] B: Genau. Dann müssen sie natürlich auch mit Symptomen umgehen, da kommt dann vielleicht etwas Neues dazu. Dann die Verunsicherung, dann gibt es Fragen, ja.
80	[0:17:33] I: Okay, was können Sie denn konkret als Hausarzt dazu beitragen, diesen kritischen Pflegesituationen vorzubeugen?
81	[0:17:43] B: Entsprechende Aufklärung betreiben. Also die Angehörigen frühzeitig zu informieren, z.B. wenn das und das passiert, dann machen Sie das. Also Beratung in erster Linie.
82	[0:17:56] I: Okay dann habe ich noch mal eine Frage zum Personal: Inwieweit wird in Ihrer Praxis das Personal bei der Identifikation und/oder Unterstützung pflegender Angehöriger einbezogen?
83	[0:18:11] B: Also Sie meinen jetzt, dass denen dann auffällt, dass jemand pflegebedürftig wird?
84	[0:18:20] I: Zum Beispiel, genau.
85	[0:18:25] B: Also die reden ja ganz normal in der Praxis miteinander und wenn das eine Helferin erkennt, dass es da vielleicht ein Pflegeproblem gibt, dann wird das offen kommuniziert.
86	[0:18:40] I: Alles klar, dann gibt es ja auch noch eine S3-DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“. Ist Ihnen die bekannt?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

87	[0:18:50] B: Ehrlich gesagt nein.
88	[0:18:53] I: Nutzen Sie andere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder Hilfsmittel für die Identifikation und den Umgang mit pflegenden Personen?
89	[0:19:02] B: In der Tat also eine andere Leitlinie zum Thema pflegende Angehörige habe ich jetzt auch keine gesehen.
90	[0:19:13] I: Würden Sie sich da etwas wünschen?
91	[0:19:18] B: Das ist gut, dass Sie mir das gesagt haben, da werde ich definitiv mal reinschauen, was es da so gibt. Auch interessant, wusste ich noch nicht.
92	[0:19:25] I: Okay, wie könnte denn Ihrer Meinung nach die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden? Was würden Sie sich hierzu wünschen?
93	[0:19:37] B: Also ich sehe da jetzt nicht so das Problem, aber ich könnte mir vorstellen, dass wirklich Praxen, die viele solcher Patienten haben, ein wirtschaftliches Problem bekommen, wenn es zu viel wird und viel Zeit in Anspruch nimmt, dann muss das entsprechend auch vergütet werden und dann wird die Versorgung ja auch besser werden.
94	[0:20:13] I: Okay inwiefern fänden Sie verstärkte Schulungen für Hausärzte zur Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll?
95	[0:20:27] B: Ich bilde mich ja regelmäßig fort, gehe auf Kongresse und sowas und mir ist bisher nie ein Seminar aufgefallen zu diesem Thema, also könnte man da ein Angebot machen erstmal, das ist das eine. Das andere könnte auch gut sein, dass die Pflegeversicherungen solche Angebote mal machen und dann auch in die Praxis kommen und uns schulen.
96	[0:20:52] I: Und welche Inhalte sollten da Ihrer Meinung nach vermittelt werden?
97	[0:20:58] B: Also im Endeffekt diese Aspekte, die Sie ja jeden Tag um sich haben, also was gibt es noch so für Angebote, wo kann man noch besser unterstützend beraten, was gibt es sonst noch als Versorgungs- oder Hilfsmöglichkeiten oder wo kann man da noch unterstützen.
98	[0:21:16] I: Okay, ja perfekt, dann wären wir mit dem Interview durch.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Anhang 5.12. Interview L

1	[0:00:00] I: Also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting. Mit den pflegenden Angehörigen sind wirklich die Privatpersonen gemeint, die im Alltag eben Angehörige pflegen. Wie oft haben Sie im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?
2	[0:00:26] B: Es kommt eigentlich so häufig gar nicht vor. Oft werden die mehr oder weniger von den Helferinnen beraten. Also das ist eher so eine Aufgabe, die die Helferinnen dann übernehmen, die die so nebenbei erledigen.
3	[0:00:48] I: Inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger, mit denen Sie Kontakt haben, in den letzten Jahren zugenommen?
4	[0:00:54] B: Ich glaube das ist eher gleichbleibend.
5	[0:01:04] I: Wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen? Ist der Kontakt eher regelmäßig oder unregelmäßig/sporadisch?
6	[0:01:20] B: Eigentlich eher unregelmäßig würde ich sagen.
7	[0:01:27] I: Okay und kommen dann die pflegenden Angehörigen auf Sie zu oder suchen Sie aktiv den Kontakt?
8	[0:01:31] B: Die kommen dann eher auf mich zu und wie gesagt auch auf die Helferinnen, die dann beratend zur Seite stehen.
9	[0:01:39] I: Okay, bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zu pflegenden Angehörigen?
10	[0:01:47] B: Ja das ist ja mehr so bei Demenz, bei Schlaganfallpatienten, das ist denke ich so das Hauptklientel.
11	[0:02:01] I: Wenn Sie an die pflegenden Angehörigen denken, mit denen Sie Kontakthaben: In welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson? Ist das ein familiäres Verhältnis, oder?
12	[0:02:18] B: Ja, das ist in der Regel ein familiäres Verhältnis.
13	[0:02:18] I: Und gibt es da familiäre Verhältnisse, die da gehäuft vorkommen?
14	[0:02:24] B: Meistens sind es halt Ehepartner. Bei den Kindern ist es schon eher so, dass die Angehörigen dann eher irgendwo im Heim untergebracht werden. Da ist diese Schwelle etwas geringer als bei Ehepartnern.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

15	[0:02:44] I: Die Schwelle, jemanden ins Heim zu geben?
16	[0:02:48] B: Jemanden ins Heim zu geben, ja.
17	[0:02:49] I: Und würden Sie sagen, dass es ein Geschlecht gibt, was da bevorzugt tätig ist? Oder ist das relativ gleich verteilt?
18	[0:02:58] B: Ja meistens sind es ja doch Frauen, die die Pflege ausführen.
19	[0:03:05] I: Okay, welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen, also dass Sie die auch wirklich als die pflegenden Angehörigen erkennen, die da zuständig sind.
20	[0:03:25] B: Da habe ich mir so große Gedanken gar nicht gemacht bislang. Es läuft einfach so, hat so einen gewissen Ablauf, ohne dass man sich groß Gedanken machen muss.
21	[0:03:39]
22	[0:03:50] I: Gut, also wir waren bei: Welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen?
23	[0:03:59] B: Identifikation in welcher Form, dass die halt an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit kommen, oder wie?
24	[0:04:06] I: Ne, dass Sie erstmal als pflegende Angehörige überhaupt erkannt werden.
25	[0:04:12] B: Ich meine das läuft ja, eigentlich war es bisher immer selbstverständlich. Da habe ich mir bisher keine großen Gedanken darüber gemacht, dass die pflegenden Angehörigen ja auch einer besonderen Belastung unterlegen sind.
26	[0:04:34] I: Das heißt, wenn jetzt jemand...
27	[0:04:36] B: Ich habe eigentlich immer erst dann reagiert, wenn die Leute dann von sich aus gekommen sind und gesagt haben "Ich schaffe es nicht mehr!". Dass man dann ein Beratungsgespräch führt, was kann man machen, welche Alternativen gibt es. Ja, so.
28	[0:04:52] I: Wenn jetzt jemand neu pflegebedürftig wird, fragen Sie dann aktiv nach den Angehörigen, die sich um ihn kümmern?
29	[0:05:01] B: Ja, also ich frage dann schon ob die sich in der Lage fühlen, das zu leisten. Meistens ist es ja so, dass dann noch ein Pflegedienst mit eingeschaltet wird. Das sind dann oftmals Dinge, die dann eher so belastend sind, wenn die Leute dann

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	in der Nacht unruhig sind und so und Dinge tun, die den anderen den Nachtschlaf rauben. Das ist dann halt schon eine besondere Belastung, die man dann auch schwer in den Griff kriegt.
30	[0:05:39] I: Ja klar, genau. Welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?
31	[0:05:45] B: Ja, dass man halt dafür sorgt, dass die Leute, wenn es jetzt gerade um Unruhezustände geht, dass man da halt entsprechend medikamentös eingreift, zum Beispiel oder dass man vielleicht die Frequenz der Pflege, des Pflegedienstes erhöht.
32	[0:06:12] I: Sodass es dann eine Entlastung gibt?
33	[0:06:13] B: Dass es eine Entlastung gibt, ja. Oder halt, dass man guckt, gut, da kümmern sich die Leute selbst drum, einen Kurzzeitpflegeplatz zu bekommen, eigentlich ist das ja Aufgabe der Angehörigen, sich darum zu kümmern, das läuft dann eigentlich eher so als Beratung und wie gesagt dann oft über die Helferinnen.
34	[0:06:34] I: Okay, inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?
35	[0:06:40] B: Die Arbeit, die die Angehörigen verrichten?
36	[0:06:48] I: Ne, Ihre Arbeit mit den pflegenden Angehörigen.
37	[0:06:49] B: Meine Arbeit? So viel habe ich ja eigentlich mit denen nicht unbedingt zu tun.
38	[0:06:56] I: Also würden Sie sagen die Mitarbeiterinnen hier haben den Hauptpart, was die...
39	[0:07:04] B: Was die Beratung betrifft, ja.
40	[0:07:05] I: Okay, und worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle Unterstützung pflegender Angehöriger (durch die Mitarbeiterinnen)?
41	[0:07:16] B: Ja zum Beispiel was es für Möglichkeiten gibt, Hilfsmittelbeschaffung. Dinge, die zur Entlastung beitragen, die ich jetzt konkret auch nicht weiß, was es da halt so gibt. Es geht also mehr oder weniger darum, die ganze Pflege zu organisieren. Das ist eine organisatorische Geschichte.
42	[0:07:46] I: Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

43	[0:07:53] B: Direkt Schwierigkeiten, dass sie manchmal die ärztliche Versorgung überschätzen. Wenn jemand pflegebedürftig ist, dann ist letztendlich die Krankheitsverbesserung mehr oder weniger außen vor. Dann geht es ja mehr um das Verwalten der Krankheit. Und manche Angehörige verstehen das nicht, die erwarten dann schon, dass der Arzt kommt und dass er dafür sorgt, dass es dem Patienten dann auch besser geht. Und da stoße ich dann auch an meine Grenzen. Das, was halt machbar ist.
44	[0:09:01] I: Okay, das heißt sie kommen einfach mit zu hohen Erwartungen auf Sie zu.
45	[0:09:05] B: Genau.
46	[0:09:05] I: Und sind dann vielleicht auch manchmal geknickt, wenn es dann nicht so läuft, wie sie denken.
47	[0:09:13] B: Ja.
48	[0:09:14] I: Okay wie schätzen Sie denn Ihren zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein? Oder vielleicht auch den zeitlichen Aufwand der Mitarbeiterinnen.
49	[0:09:26] B: Das lässt sich ja schwer abschätzen. Mit Zahlen kann ich das nicht beantworten.
50	[0:09:30] I: Und wie ist das abrechnungstechnisch? Gibt es da irgendwelche Möglichkeiten?
51	[0:09:40] B: Da gibt es eigentlich keine zusätzlichen Möglichkeiten. Man kann diese Demenztests machen, die kann man aber auch nicht überall einzeln abrechnen. Es gibt diese geriatrische Basisuntersuchung, die kann man abrechnen, mehr geht da nicht.
52	[0:10:06] I: Und würden Sie sich da Verbesserungen wünschen?
53	[0:10:11] B: Im Grunde schon, ja. Ich meine es ist ja schon ein erhöhter Zeitaufwand, der eigentlich so nicht geleistet werden kann. Es ist immer ein finanzieller Verlust.
54	[0:10:26] I: Ein Minusgeschäft, sozusagen.
55	[0:10:30] B: Ja
56	[0:10:31] I: Jetzt haben wir ja gerade die Hilfs- und Unterstützungsangebote für die pflegenden Angehörigen schon angerissen, welche kennen Sie denn da noch? Außer dem Pflegedienst.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

57	[0:10:39] B: Pflegedienst, ja. Es gibt diese für Demenzkranke oder auch für Pflegebedürftige gibt es ja auch so Zentren, Altenzentren, da kann man Patienten stundenweise für einen Nachmittag hinbringen, die werden dann entsprechend betreut, das finde ich ganz gut. So hat man eine Entlastung für die Angehörigen.
58	[0:11:18] I: Kurzzeitpflege hatten wir schon kurz.
59	[0:11:18] B: Kurzzeitpflege ist eine Möglichkeit.
60	[0:11:23] I: Wissen Sie wie die Mitarbeiterinnen das machen? Haben die auch Flyer oder geben die die Telefonnummern raus, wenn sie dahin vermitteln?
61	[0:11:34] B: Ich denke das läuft ja oft über den Pflegedienst und die informieren die Angehörigen dann schon, dass es solche Möglichkeiten gibt. Es gibt ja auch so Pflegestützpunkte, die Stadt hat zwei Sozialarbeiterinnen, die das machen. Und die beraten die Angehörigen halt auch was es da für Möglichkeiten gibt und sind dann auch dafür zuständig und stellen das ein oder andere Mal auch eine Verbindung zu denen her.
62	[0:12:04] I: Inwiefern sehen Sie es als Aufgabe des Hausarztes an, pflegende
63	Angehörige gezielt zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu verweisen?
64	[0:12:14] B: Ja schon, ich halte es schon für sinnvoll, aber es geht vielleicht doch manchmal unter. Wie gesagt die Angestellten, die MFAs machen das dann auch.
65	[0:12:30] I: Okay, welche Rolle spielen Hausbesuche im Umgang mit informellen
66	Pflegenden?
67	[0:12:34] B: Ja, habe ich eigentlich regelmäßig gemacht, da hatten wir ja schon mal drüber gesprochen, dass ich das jetzt im Rahmen der Situation (Coronapandemie) stark zurückgefahren habe. Auch meine NÄPA ist jetzt eigentlich eher mit dem Impfen beschäftigt. Aber sonst haben wir das gemacht.
68	[0:12:59] I: Und haben Sie das auch gezielt gemacht, um sich ein Bild vom
69	Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung zu machen?
70	[0:13:02] B: Ja, ja. Im Moment ist es halt so, dass ich mehr oder weniger auf Abruf da bin. Also ich mache die Hausbesuche schon, aber eher auf Abruf.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

71	[0:13:20] I: Falls es nötig ist.
72	[0:13:20] B: Ja.
73	[0:13:22] I: Wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen
74	Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark
75	belastet sind?
76	[0:13:31] B: Ja das kommt schon recht häufig vor.
77	[0:13:37] I: Und welche Ursachen hat das Ihrer Meinung nach?
78	[0:13:39] B: Ja wie gesagt, es liegt halt oft an dem Krankheitsbild, wenn die Leute sehr unruhig sind oder dement und Dinge tun, was ständig unter Beobachtung sein muss. Da stoßen die Leute schon, die versorgen, schon an ihre Grenzen.
79	[0:13:55] I: Also würden Sie sagen einmal vielleicht ein Zeitfaktor und vielleicht Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die da zentrale Faktoren sind für eine Überlastung der pflegenden Angehörigen?
80	[0:14:10] B: Das habe ich nicht verstanden.
81	[0:14:13] I: Also kommt diese Belastung der pflegenden Angehörigen vor allem durch einen hohen Zeitaufwand zustande und durch Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten?
82	[0:14:24] B: Sowohl als auch. Und halt wie gesagt auch nächtliche Unruhe ist halt ein Faktor, der ziemlich stark das Befinden der Pflegenden beeinträchtigt, das ist ja klar. Wenn die nachts nicht schlafen können, ist dann eine Tag-Nacht-Umkehr da. Da muss man halt gucken, dass man die Leute sediert. Das ist dann natürlich auch immer eine Gratwanderung wie weit macht es Sinn, die Patienten dann zu sedieren, dass sie halt unter Umständen gar nicht mehr Schlucken können oder gar nicht mehr auf die Beine kommen. Das ist dann immer schwierig, da eine Entscheidung zu treffen.
83	[0:15:05] I: Wie kann denn in Ihren Augen einer solchen kritischen Pflegesituation
84	vorgebeugt werden? Was kann konkret der Hausarzt dazu beitragen?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

85	[0:15:16] B: Ja dass ich halt gucke, dass die Leute sich nicht übernehmen, dass sie halt doch in Situationen, wo ich merke, die schaffen das nicht mehr, dass doch ein Pflegeheimplatz gesucht wird.
86	[0:15:35] I: Die nächste Frage haben wir eigentlich fast schon abgefrühstückt. Inwieweit wird in Ihrer Praxis das Personal bei der Identifikation und/oder Unterstützung pflegender Angehöriger einbezogen? Da haben Sie gesagt der Hauptteil liegt da.
87	[0:16:00] B: Genau, die kommen dann halt mit ihren Fragen eher zu den MFAs und weinen sich dann aus.
88	[0:16:08] I: Und ist das Personal auch speziell geschult?
89	[0:16:13] B: Ne, das ist dann lediglich die Erfahrung, die sie haben. Die sind alle schon relativ lange im Geschäft, die wissen dann schon Bescheid und machen mich dann schon darauf aufmerksam "die kann nicht mehr" oder so, da müssen wir was machen. Die kommen dann zu mir und dann überlegt man halt, was gemacht werden kann.
90	[0:16:40] I: Jetzt gibt es ja auch noch eine S3-DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von
91	Erwachsenen“ bekannt?
92	[0:16:46] B: Ne.
93	[0:16:49] I: Kennen Sie bereits andere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder
94	anderweitige Hilfsmittel für die Identifikation und den Umgang mit
95	pflegenden Personen?
96	[0:16:54] B: Ne, da habe ich mir ehrlich gesagt noch keine Gedanken darüber gemacht.
97	[0:16:59] I: Würden Sie sich da etwas wünschen?
98	[0:17:00] B: Gibt es das denn?
99	[0:17:03] I: Ja gibt es.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

100	[0:17:03] B: Gibt Leitlinien. Naja gut, ich muss halt einfach mal reingucken bevor ich mir da etwas Neues wünsche, muss ich erstmal die Alten angucken.
101	[0:17:14] I: Wie könnte die Unterstützung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting in Zukunft verbessert werden? Was würden Sie sich hierzu wünschen? Wir haben ja vielleicht schon mal angerissen, vielleicht eine bessere Vergütung wäre nicht schlecht. Gibt es da noch andere Punkte?
102	[0:17:35] B: Naja gut, man schiebt es halt schon ein bisschen in die Eigenverantwortung der pflegenden Angehörigen. Ich sage immer ich kann mich ja nicht um alles kümmern und das sind halt oftmals Dinge, die halt dann auch innerhalb der Familie geregelt werden sollten. Das ist so. Man kann sich ja wirklich nicht immer um alles kümmern und nur wenn ich dann merke innerhalb der Familie klappt es nicht oder die haben keine Familie, dann greife ich dann schon ein und inwieweit das dann besser vergütet werden muss (ist die Frage). Es ist natürlich auch immer ein Zeitaufwand.
103	[0:18:29] I: Oder würden Sie sich vielleicht sogar wünschen, dass es einfach eine bessere außermedizinische Versorgung gibt?
104	[0:18:39] B: Ja es gibt ja sowas wie bei der Palliativversorgung, das finde ich natürlich sehr gut. Und es wäre natürlich klasse, wenn das dann auch dafür jemanden gebe, eine Art Anlaufpunkt. Die dann jetzt sagen wir mal über die medizinische Versorgung hinausschauen, was da machbar ist vor Ort, zu Hause. Wird ja teilweise auch durch den MDK gemacht, wenn die eine Pflegeeinstufung bekommen. Da gibt es ja auch dann Empfehlung was geändert werden kann und wo man unterstützen kann. Das sollte vielleicht ein bisschen verstärkt werden. Das würde ich mir wünschen.
105	[0:19:19] I: Ja und inwiefern wären verstärkte Schulungen für Hausärzte zur Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll?
106	[0:19:28] B: Das halte ich jetzt nicht für sinnvoll oder notwendig.
107	[0:19:32] I: Wahrscheinlich einfach auch schon, weil Sie die Erfahrung haben.
108	[0:19:39] B: Ja ich glaube schon, dass ich weiß, wie ich mit denen umgehe.
109	[0:19:40] I: Okay, perfekt. Dann wären wir durch.

Anhang 5.13. Interview M

1	[0:00:00] I: Also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger in der Hausarztpraxis. Und mit den pflegenden Angehörigen sind halt wirklich Privatpersonen gemeint, die im häuslichen Umfeld Verwandte oder
---	--

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	nahestehende Personen pflegen. Wie häufig haben Sie denn im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?
2	[0:01:21] B: Täglich.
3	[0:01:24] I: Und inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger in den letzten Jahren zugenommen?
4	[0:01:28] B: Also sie hat zugenommen, definitiv. Aber sagen kann ich es nicht. (unverständlich)
5	[0:01:42] I: Und wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken: Wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen? Ist der Kontakt eher regelmäßig oder unregelmäßig/sporadisch?
6	[0:02:01] B: Eher regelmäßig.
7	[0:02:01] I: Suchen Sie selbst aktiv den Kontakt oder kommen pflegende Angehörige auf Sie zu?
8	[0:02:08] B: Also bei Personen, bei denen ich beim Hausbesuch bin, dann machen wir das praktisch alle 4 Wochen oder alle 6 Wochen oder auf Wunsch des Patienten. Und bei akuten Fällen werden wir dann natürlich von den pflegenden Angehörigen gerufen.
9	[0:02:29] I: Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zu pflegenden Angehörigen?
10	[0:02:32] B: Schlaganfälle, Herzinsuffizienz oder auch Zustand nach Oberschenkelhalsfrakturen und die Demenz.
11	[0:02:56] I: Okay, alles klar. In welchem Verhältnis stehen diese Personen zur Pflegeperson?
12	[0:03:06] B: Das sind häufig die Kinder, Neffen.
13	[0:03:15] I: Gibt es da ein Geschlecht, was da bevorzugt vorkommt?
14	[0:03:16] B: Ja, würde ich sagen doch deutlich eher weiblich. Ich schätze mal so 40-45 % sind männlich, der Rest eher weiblich.
15	[0:03:42] I: Welche Aufgaben übernehmen denn die pflegenden Angehörigen vorrangig?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

16	[0:03:46] B: Essen zubereiten, Hilfe bei der Körperpflege, Arzneimittel richten, die medizinische Betreuung geht über die Sozialstation, dh. Verbände, Bestücken einer PEG, Dekubitusprophylaxe machen die Angehörigen auch häufig, indem sie angeleitet werden. (unverständlich)
17	[0:04:26] I: Welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen durch die Hausarztpraxis?
18	[0:04:32] B: Die Frage verstehe ich nicht ganz.
19	[0:04:40] I: Dass die pflegenden Angehörigen auch als solche erkannt werden, also wenn jemand jetzt neu pflegebedürftig wird, dann muss man ja erstmal schauen, wer kümmert sich um den: Und das ist mit der Identifikation gemeint.
20	[0:04:54] B: Das wird häufig ja schon durch eine Patientenverfügung und eine Betreuungsvereinbarung vermerkt, wer für die Betreuung zuständig sein kann. Wenn die Leute das unterschrieben haben oder zum Teil schon ausgefüllt haben, dann ist in der Regel auch schon klar, wer die Pflege übernimmt. Es gibt auch noch viele, die sich darüber keine Gedanken machen wollen. Selbst wenn ich alt bin und pflegebedürftig bin, da muss ich dann mit der Familie reden, ob die sich darüber Gedanken gemacht haben. Es ist immer einfacher, wenn man das vorher weiß, aber gut. Das lässt sich nur mit den Leuten klären, die sich darüber auch Gedanken machen möchten.
21	[0:05:41] I: Okay, das heißt Sie legen in Ihrem Praxisbetrieb schon Wert darauf, pflegende Angehörige systematisch und frühzeitig zu identifizieren und mit ihnen Kontakt aufzunehmen?
22	[0:05:53] B: Ja, ich lege Wert darauf, dass die Patienten Patientenverfügungen haben und eine Vorsorgebetreuung- oder vollmacht, da hat man sich ja schon Gedanken gemacht wer ist für medizinische Belange sozusagen zuständig. Da frage ich nach und ich lege auch Wert darauf. Aber es gibt ja auch einen Teil der Patienten, die sich da einfach keine Gedanken drüber machen möchten.
23	[0:06:18] I: Welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche stehen bei pflegenden Angehörigen, mit denen Sie zu tun haben, Ihrer Erfahrung nach im Mittelpunkt?
24	B:
25	[0:06:27] B: Bedürfnisse sind ganz häufig, dass sie auch mal eine Entlastung bekommen. Pflegende Angehörige haben in der Regel keinen Samstag und keinen Sonntag oder Feierabend. Das kann man in einer Palliativsituation häufig mal machen, es geht ja auch darum, dass jemand im Haus ist und nicht unbedingt immer um die Pflege. Da haben wir hier bei mir im Ort sehr gute Unterstützung durch die Palliativstation. Also es gibt zum Beispiel eine Palliativschwester, die einfach nur kommt und die ist dann für 2-3 Stunden im Haus, ohne dass sie die Pflege übernimmt. Und das entlastet viele Angehörige schon. Wünsche und Bedürfnisse. Also Wünsche sind, dass wir sie in eine Schulung schicken. Das geht hier über die Sozialstation, das

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	ist eine Basisschulung für Pflege. Die Wünsche sind auch eine gute Erreichbarkeit des Hausarztes (unverständlich).
26	[0:07:33] I: Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?
27	[0:07:41] B: Zu 100%.
28	[0:07:42] I: Worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung pflegender Angehöriger?
29	[0:07:49] B: Es geht darum, einfach zu zeigen wo kann ich mir Hilfe holen. Sozialstationen, wo kann ich Entlastung finden, Palliativstation oder auch Sozialstation. Wie ist das mit den Pflegehilfsmitteln, wer kann mich da unterstützen? Das kann die Apotheke machen mit langfristigen (unverständlich). Wie kann ich Dekubitusprophylaxe betreiben, was medizinisch auch sehr oft bei der regelmäßigen Betreuung der Angehörigen wichtig ist. Man kann dann auch den Kontakt zu Selbsthilfegruppen herstellen.
30	[0:08:29] I: Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit pflegenden Angehörigen im hausärztlichen Setting?
31	[0:08:38] B: Häufig sind die pflegenden Angehörigen überfordert, weil ihnen meistens nicht klar ist, was sie wirklich übernehmen, wie viel Arbeit das ist und wie emotional anstrengend das ist, weil der Vater oder die Mutter, die man so von früher kennt, verändert sich ja im Alter. Wenn sie dann pflegebedürftig wird, dann ist das emotional für viele auch schon beeindruckend. Und durch Überforderung ist es häufig so, dass die pflegenden Angehörigen eine gewisse Aggressivität gegenüber dem zu Pflegenden entwickeln. Nicht körperlich, aber empfunden, entwickeln, weil die pflegenden Angehörigen häufig überfordert sind. Insbesondere bei dementen Patienten ist das oft der Fall, dass das furchtbar emotional anstrengend ist.
32	[0:09:31] I: Und Sie versuchen dann quasi, die pflegenden Angehörigen frühzeitig abzuholen und denen das zu erklären?
33	[0:09:37] B: Ja, ich versuche bei Demenzerkrankten also frühzeitig die Angehörigen vielleicht nicht die pflegenden Angehörigen werden, sondern dass die professionell betreut werden. Was wirklich schwierig ist.
34	[0:09:50] I: Gut, wie schätzen Sie den zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein, also Ihren Aufwand?
35	[0:09:59] B: Meinen? Das kann ich schlecht sagen, ich finde das gehört zu meiner Arbeit, während meiner Arbeit mache ich halt 40 Stunden die Woche. (unverständlich)
36	[0:10:20] I: Okay, das heißt Sie sind auch mit der finanziellen Abbildung eigentlich ganz zufrieden?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

37	[0:10:25] B: Ja, Jain. Wenn man jetzt weiß wie viel man für einen Hausbesuch kriegt, dann ist man natürlich nicht zufrieden, wenn man dazu noch Arzthelferin und Auto und Koffer und auch medizinische Expertise stellen muss, das bildet sich nicht wirklich ab. Ansonsten bin ich trotzdem zufrieden mit meiner finanziellen Situation. Das ist ja immer eine Pauschale, die man bekommt. Die rechnet sich in der Summe dann schon, aber wenn man nur diesen Bereich rausnimmt, bildet sich das nicht wirklich ab. Ein Hausbesuch mit 12€/13€ bildet natürlich keinerlei meine 12 Jahre Ausbildung plus (unverständlich) plus Arztkoffer ab. Das natürlich nicht, aber über die Summe gesehen, über alle Patienten, die ich betreue, bildet sie sich trotzdem ab.
38	[0:11:27] I: Okay, würden Sie sich denn da andere Abrechnungsmöglichkeiten wünschen in Zukunft?
39	[0:11:39] B: Ja definitiv. Ich würde gerne von der Pauschale weg und die Einzelleistungen in Summe bekommen, so wie es sich eigentlich gehört. Das würde ich mir wünschen.
40	[0:11:51] I: Gibt es denn noch weitere Probleme oder Herausforderungen organisatorischer, verwaltungs- und abrechnungstechnischer Art im Umgang mit pflegenden Angehörigen?
41	[0:11:58] B: Eines der Probleme ist, dass die pflegenden Angehörigen mit ihrer Überforderung natürlich ein bisschen überfordert reagieren und dann anrufen und sofort einen Hausbesuch wollen, am besten in dem Moment, in dem sie anrufen und das ist organisatorisch nicht zu leisten. Eine echte Lösung diesbezüglich sehe ich nicht, aber das ist eine große Herausforderung. (unverständlich)
42	[0:12:34] I: Jetzt haben wir ja gerade schon mal die Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige angerissen. Welche kennen Sie denn da noch?
43	[0:12:44] B: Es gibt Pflegestützpunkte, die Sozialstationen, aber es gibt auch Betreuungsvereine, also die haben zum Beispiel hier den Diakonissenverein, den Pflegeverein, da findet man zumindest im finanziellen Rahmen Hilfe und manchmal auch im Rahmen des Vereins eine Helferin. Es gibt auch die Palliativpflege, dann die Krankenkassen, an die man sich wenden kann, die Apotheker, die Hausärzte. Das sind eigentlich die.
44	[0:13:28] B: (unverständlich)
45	[0:13:34] B: So, ich bin wieder bei Ihnen.
46	[0:15:46] I: Genau, wir waren ja bei den Hilfs- und Unterstützungsangeboten und da hatten Sie ja gesagt, dass Sie auch die Patienten aktiv dahin vermitteln, richtig?
47	[0:16:00] B: Jawohl.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

48	[0:16:00] I: Wie machen Sie das? Geben Sie da Telefonnummern raus oder haben Sie Flyer oder wie läuft das?
49	[0:16:03] B: Wir haben Telefonnummern und die geben wir dann raus oder rufen auch tatsächlich dann bei den Palliativstationen an.
50	[0:16:11] I: Okay und stellen dann direkt den Kontakt her.
51	[0:16:21] B: Genau.
52	[0:16:22] I: Inwiefern sehen Sie es als Aufgabe des Hausarztes an, pflegende
53	Angehörige gezielt zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu verweisen?
54	[0:16:32] B: Zu 100%.
55	[0:16:36] I: Gut und jetzt sind wir auch schon kurz auf die Hausbesuche zu sprechen gekommen. Welche Rolle spielen denn Hausbesuche im Umgang mit den informellen Pflegenden? Und führen Sie die Hausbesuche auch durch, um sich ein Bild von der häuslichen Umgebung zu machen?
56	[0:16:53] B: Ja, ein Hausbesuch hat mehrere Aspekte: Einmal ganz klar der Zustand des Patienten, ja. Darunter fällt nicht nur der krankheitsbedingte Zustand, sondern auch der Pflegezustand, der Zustand der Wohnung. Ich gucke, ob die Angehörigen, die zu Pflegenden auch baden können, leider auch wie es bei mir gehäuft vorgekommen aber auch (unverständlich). Und andersrum aber auch kommen die pflegenden Angehörigen damit zurecht? Geht das mit der häuslichen Pflege oder nicht? Und es braucht vielleicht auch kleine Hinweise: Sturzprophylaxe, genug Licht, Essen und Allgemeinzustand, also auch Ernährungszustand.
57	[0:17:48] I: Okay und haben Sie zur Durchführung der Hausbesuche auch geschultes Praxispersonal?
58	[0:17:55] B: Jawohl, ich habe eine NäPA, die auch regelmäßig vorbeischaute, gerade auch bei chronischen Wunden, die sich ein Bild davon macht und die auch wirklich gut ist.
59	[0:18:03] I: Okay. Wie häufig erleben Sie kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld, also dass pflegende Angehörige durch die Pflege zu stark belastet sind?
60	[0:18:21] B: Manchmal, würde ich sagen. Manchmal erlebt man das.
61	[0:18:25] I: Und welche Ursachen?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

62	[0:18:25] B: Es gibt dann also die, die einfach sehr stark belastet sind, das erlebe ich häufig. Das dann aber der Pflegezustand des Patienten kritisch wird, das erlebe ich nur manchmal.
63	[0:18:39] I: Okay und welche Ursachen hat das Ihrer Meinung nach?
64	[0:18:40] B: Das fehlende Leben, das wir Samstag und Sonntag haben. Die fühlen sich immer verantwortlich, weil es der Vater oder die Mutter ist oder auch mal Onkel oder Opa und damit sind sie emotional noch eingebunden jeden Tag, das ist natürlich schwer. Das Gefühl, dass sie nie frei haben, weil immer die Mutter oder die Oma oder sonst wer eine Anforderung hat, das führt auch zur Überlastung und auch die falsche Einschätzung durch die Arbeit, die eine Pflegeperson hat.
65	[0:19:24] I: Welche kritischen Versorgungssituationen haben Sie da schon erlebt?
66	[0:19:27] B: Einmal in einer Wohnung, die wirklich nicht aufgeräumt war, die hygienisch in einem Zustand war, wo die Pflege nicht mehr gewährleistet werden konnte. (unverständlich)
67	[0:19:53] I: Wie kann denn in Ihren Augen einer solchen kritischen Versorgungssituation vorgebeugt werden? Was können Sie als Hausarzt konkret dazu beitragen?
68	[0:20:02] B: Vorbeugung ist vornehmlich die Aufklärung der pflegenden Angehörigen, wie viel Arbeit das ist, was auf sie zukommt. Welche Umstände hat der Patient, hat er vielleicht eine Demenz oder hat er eine Operation erlitten und Angebote und hauptsächlich Hausbesuche und dann sieht man weiter.
69	[0:20:32] I: Jetzt haben wir ja gerade schon mal die NÄPa angesprochen, inwieweit wird denn generell das Praxispersonal bei der Identifikation oder bei der Unterstützung der pflegenden Angehörigen mit einbezogen?
70	[0:20:41] B: Die werden insofern mit einbezogen, als dass sie den ersten telefonischen Kontakt haben und sie auch in die Sprechstunde weiterleiten, wenn sie Fragen haben. Ansonsten ist es meine NÄPA, die das mitmacht und (unverständlich)
71	[0:21:05] I: Das heißt wenn die jetzt mitbekommen, da gibt es den und den pflegenden Angehörigen, den haben wir noch nicht auf dem Schirm, kommen die dann zu Ihnen und besprechen das oder machen die einen Vermerk in die Akte? Wie läuft das?
72	[0:21:20] B: Meistens werden die dann einfach in die Sprechstunde einbestellt.
73	[0:21:24] I: Okay, dann gibt es ja noch eine S3-DEGAM Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“. Ist Ihnen die bekannt?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

74	[0:21:34] B: (unverständlich) Nein.
75	[0:21:38] I: Das habe ich jetzt nicht verstanden.
76	[0:21:40] B: Ich muss ehrlich antworten ich kenne sie nicht, nein.
77	[0:21:44] I: Okay, alles klar. Nutzen Sie denn weitere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder Hilfsmittel im Umgang mit den pflegenden Angehörigen?
78	[0:21:52] B: Nein.
79	[0:21:56] I: Würden Sie sich da etwas wünschen?
80	[0:22:00] B: Ne, wenn es so eine schon gibt, muss ich die mal lesen, aber da habe ich jetzt eine Wissenslücke meiner Seite entdeckt. Da brauche ich jetzt nicht unbedingt noch weitere Hilfsmittel für die pflegenden Angehörigen. Aber durch das Gespräch werde ich sie mir jetzt zu Gemüte führen.
81	[0:22:21] I: Okay, wie könnte denn die Unterstützung der pflegenden Angehörigen in Zukunft verbessert werden? Was würden Sie sich dazu wünschen?
82	[0:22:32] B: Ja, dass es mehr solcher Angebote gibt, dass vielleicht die pflegenden Angehörigen, also es geht jetzt nicht um 2 Wochen Urlaub, aber dass man denen vielleicht auch mal unter der Woche eine Auszeit gibt, das gibt es schon über die Palliativstation, aber vielleicht könnte das auch wirklich von der Pflegekasse übernommen werden, einfach mal eine Auszeit für 3-4 Stunden. (unverständlich)
83	[0:23:12] I: Und für die Hausarztpraxis? Da haben wir ja schon gesagt vielleicht bessere Abrechnungsmöglichkeiten. Genau, sonst noch irgendetwas, was Sie sich da wünschen würden?
84	[0:23:25] B: Ne, da bin ich wunschlos glücklich. Da komme ich gut mit zurecht.
85	[0:23:29] I: Okay, inwiefern wären denn verstärkte Schulungen für Hausärzte im Umgang mit den pflegenden Angehörigen sinnvoll?
86	[0:23:43] B: Da ich jetzt das Gefühl habe, dass ich die gut betreue, kann ich das gar nicht so beurteilen, ob eine Schulung da Sinn macht. (unverständlich) Klar, wenn man auf einer Schulung ist, lernt man immer was Neues. Deswegen finde ich das gut, man kann das gerne anbieten. Zum Beispiel jetzt bei unserem Gespräch habe ich eine neue Leitlinie kennengelernt, die werde ich mir angucken, aber ansonsten sehe ich für mich jetzt wenig Schulungsbedarf.
87	[0:24:17] I: Okay, gut, dann wären wir auch schon durch mit dem Interview.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Anhang 5.14. Interview N

1	[0:00:00] I: Ja das Thema ist ja pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis.
2	[0:00:10] B: Genau.
3	[0:00:11] I: Dabei geht es halt wirklich um die normalen Angehörigen, die jetzt nicht irgendwie in einem Pflegeberuf tätig sind, sondern wirklich die Angehörigen, die da die Pflege durchführen. Noch mal kurz eine Sache zur Datenschutzerklärung: Ich würde Ihnen da im Nachhinein jetzt noch eine zuschicken, die sie einmal unterschreiben müssten.
4	[0:00:37] B: Ja.
5	[0:00:37] I: Es ist also so, dass die Daten pseudonymisiert werden und dann eben als Paper oder auf einer Tagung veröffentlicht werden.
6	[0:00:49] B: Gut
7	[0:00:50] I: Ja, noch mal ein bisschen zu dem Stil: Ich stelle Ihnen offene Fragen, Sie antworten einfach frei, gerne ausführlich. Und das Ganze findet leitfadengestützt statt, das heißt, dass sich manche Fragen eventuell ein bisschen ähneln.
8	[0:01:09] B: Okay.
9	[0:01:13] I: Und bei quantitativen Fragen antworten Sie einfach nach Ihrem subjektiven Empfinden, also z.B. häufig oder eher nicht so häufig. Und zum Schluss würde ich Ihnen dann noch einen Kurzfragebogen vorlesen, wo wir dann noch ein Paar vorgefertigte Antwortmöglichkeiten haben. Ja?
10	[0:01:31] B: Gut.
11	[0:01:31] I: Sind Sie mit der Aufzeichnung des Gesprächs einverstanden?
12	[0:01:34] B: Ja.
13	[0:01:35] I: Dann lege ich da jetzt mal los: Wie oft haben Sie denn im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?
14	[0:01:44] B: Täglich.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

15	[0:01:44] I: Und inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger in den letzten Jahren zugenommen?
16	[0:01:52] B: Etwas, ich würde schätzen sie hat etwas zugenommen.
17	[0:02:00] I: Und wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken, wie häufig haben Sie denn Kontakt zu deren Angehörigen? Ist der Kontakt...
18	[0:02:11] B: Da müsste ich jetzt eine von den Dutzenden aussuchen?
19	[0:02:14] I: Ja, ist das ein regelmäßiger Kontakt oder ist der eher sporadisch?
20	[0:02:28] B: Ja also es gibt welche wo ich einen regelmäßigen Kontakt habe und jetzt, es ist schwierig, die Frage zu beantworten, weil ich jetzt mir eine Person raussuchen muss und es gibt halt wirklich welche wo ich nur 2-mal im Quartal Kontakt habe, wenn es Hausbesuch Patienten sind und es wird auch welche geben wo ich nur ein Mal im Quartal hinahre oder meine Frau, wir haben ja eine Gemeinschaftspraxis.
21	[0:02:57] I: Ja okay gut. Und suchen Sie da selbst aktiv den Kontakt oder kommen die Angehörigen auf Sie zu?
22	[0:03:06] B: Das ergibt sich so, also entweder, also in vielen Fällen bei pflegebedürftigen Personen ist der Angehörige natürlich der, mit dem man den Kontakt pflegt, weil die Person das selbst nicht kann. Und selbstverständlich sind das viele Leute, die ich gut kenne.
23	[0:03:37] I: Alles klar. Und bei welchen Krankheitsbildern haben Sie da vorrangig Kontakt zu den pflegenden Angehörigen?
24	[0:03:45] B: Bei Demenz ist das natürlich besonders wichtig, bei allgemein Altersschwäche, bei orthopädischen Leiden, wo jemand pflegebedürftig wird, also ich glaube das deckt sich sehr mit dem Spektrum der Erkrankungen, die ohnehin zur Pflegebedürftigkeit führen.
25	[0:04:10] I: Okay gut und wenn Sie an die pflegenden Angehörige denken, mit denen Sie Kontakt haben: In welchem Verhältnis stehen die häufig zu ihrer Pflegeperson? Sind das familiäre Verhältnisse, oder?
26	[0:04:23] B: Ja zum größten Teil die Töchter.
27	[0:04:27] I: Das heißt Sie sagen auch, dass das meistens die Frauen übernehmen, diese Aufgabe?
28	[0:04:36] B: Ja.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

29	I: Okay und welche Chancen sehen Sie darin, die pflegenden Angehörigen auch als solche zu identifizieren? Also legen Sie in Ihrem Praxisbetrieb Wert darauf, die frühzeitig zu identifizieren und auch anzusprechen?
30	[0:04:56] B: Also es ist so: Es ergibt sich meistens, ich meine wir haben die Schweigepflichtentbindung. Auf dem Weg wird jemand, der pflegebedürftig ist, sehr schnell darauf hingewiesen "Ach da müssen Sie aber mal Ihren Kindern die Schweigepflichtentbindung vorlegen, damit die Rezepte holen können, aber damit die auch, damit wir denen auch erklären können, was für Befunde wir haben und wir das dann mit denen besprechen können".
31	[0:05:25] I: Okay, gut. Mit welchen Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen kommen denn die pflegenden Angehörigen zu Ihnen?
32	[0:05:39] B: Das sind...(unverständlich) Ja, Hilfe bei der Alltagsbewältigung, medizinische Informationen, allgemeine medizinische Ratschläge auch darüber was für Diagnostik notwendig ist. Ein großes Thema sind immer die Medikamentenpläne und gelegentlich eben auch Anträge, wenn es jetzt speziell um das Thema pflegende Angehörige geht, ist es die Beantragung einer Pflegestufe.
33	[0:07:04] I: Also auch die verwaltungstechnischen Dinge.
34	[0:07:06] B: Ja.
35	[0:07:11] I: Gut. Inwiefern sehen Sie denn die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?
36	[0:07:17] B: Ich sehe sie als ziemlich selbstverständlich an, also ich meine die Allgemeinmedizin ist ja in gewisser Weise auch eine Familienmedizin. Das ist ja gerade die Stärke davon, dass man eben die Menschen in ihren sozialen Beziehungen, in ihrem Umfeld behandelt und deswegen ist das, gehören die pflegenden Angehörigen sicherlich dazu, in vielen Fällen sind sie auch unsere Patienten, sodass wir sie schon länger kennen, bevor sich eine Pflegebedürftigkeit zuspitzt. Weil, man kann ja jetzt auch nicht sagen es gibt einen bestimmten Zeitpunkt, ab dem jemand pflegebedürftig ist. Meistens ist es ja so, dass sich das entwickelt.
37	[0:08:08] I: Okay und worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle hausärztliche Unterstützung?
38	[0:08:20] B: In einer problemorientierten, empathischen und auch unseren Möglichkeiten entsprechenden oder auch vermittelnden, also ich meine oft muss man dann auch die Pflege über einen Pflegedienst, der dann ja auch die Angehörigen unterstützen kann, in die Wege leiten.
39	[0:08:52] I: Okay gut welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie denn im Umgang mit den pflegenden Angehörigen?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

40	<p>[0:08:58] B: Das sind Menschen und deswegen ist es, sind es sehr unterschiedliche Herausforderungen: Das kann auch ein Kompetenzgerangel sein, gerade wenn es mehrere Geschwister sind, die nicht genau wissen, die sich nicht genau abgesprochen haben, wer jetzt welche Pflegeaufgaben hat. Dann kommt ja oft noch eine Nicht-Angehörige Pflegeperson dazu, also entweder als eine sogenannte 24-Stunden Kraft aus Osteuropa oder über einen Sozialdienst, der mehrmals am Tag kommt und das sind die Probleme, die Schwierigkeiten sehr unterschiedlich, also. Das kann eben dann auch so sein, dass das Haus schon der einen Tochter gehört, aber die andere Tochter, die weit weg gewohnt hat, da einzieht, um die Eltern zu pflegen und dass dann im Grund genommen die Geschwister über die Geschichte zerstreiten, weil die Schwester kein Wohnrecht hat, aber die Eltern haben natürlich eins. Das Haus gehört der anderen Schwester und da dann zu vermitteln und in beiden, obwohl die ja auch irgendwie beide, die wollen ja das Beste für ihre Eltern, denen dann klarzumachen, dass sie das untereinander abmachen müssen, sonst steht da jeder vor unlösbaren Problemen sozusagen. Also die eine Schwester möchte nicht, weil es halt so abgemacht war, dass das Haus von der anderen übernommen wird, von der anderen eingenommen wird auf Dauer und die Schwester, die dann da kommt, die weiß nicht, was sie an Miete zahlen muss sozusagen und man nimmt sich ja in der Familie nichts und die Anmieter, da hat man ja dann auch manchmal gewisse Hemmungen und dann kommen die Eltern, die dann eine sich entwickelnde Demenz haben, sowas kann sehr kompliziert werden.</p>
41	<p>[0:11:23] I: Wie schätzen Sie denn den zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf die Angehörigenbetreuung ein? Also Ihren...</p>
42	<p>[0:11:34] B: Für uns?</p>
43	<p>[0:11:35] I: Ja.</p>
44	<p>[0:11:37] B: Finanziell ist das jetzt wie so vieles in der Allgemeinmedizin schwer zu beziffern, also das ist eine Mischkalkulation. Da hat mein Weiterbilder mal, also der Arzt, bei dem ich, das Ärzteehepaar, bei dem ich damals die Weiterbildung gemacht hab, da hat er gesagt "Ach, wissen Sie das ist bei uns wie beim Aldi, an manchen Dingen verdienen wir erstaunlich viel und bei anderen, da kommt halt nichts bei raus." Also deswegen ist finanziell zu beziffern, wenn ich eine Beratung mache, da überlegt man sich manchmal was für Ziffern es gibt und ob das jetzt irgendwas ist, wo man guten Gewissens sagen kann, ja das ist Psychosomatik und deshalb mache ich jetzt natürlich eine, also rechne ich das als eine psychosomatische Grundversorgung ab oder dass man sich sagen muss, ja ich muss jetzt erst mal hier den Status erheben, bei der betroffenen Person und das ist dann ein geriatrisches Basis-Assessment oder so ich weiß jetzt nicht wie gut Sie sich da im der Allgemeinmedizin auskennen über diese Dinge.</p>
45	<p>[0:12:58] I: Ja also prinzipiell ist es auf jeden Fall ein guter Punkt, den Sie da anbringen, denn Ziel ist es so ein bisschen herauszufinden, wie schaffen es denn die Hausärzte das finanziell einigermaßen abzubilden und von daher.</p>
46	<p>[0:13:14] B: Also ich meine eine palliativmedizinische Beratung ist auch etwas, was man abbilden kann, und dafür ist es halt so die Frage wie das in ein abrechnungstechnisches Schema reinpasst. Also ich finde...also ich meine gut, für Hausbesuche gibt es ja auch jeweils etwas zum Abrechnen, bei den, wir haben hier</p>

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

einige Landwirte und sind jetzt in der hausarztzentrierten Versorgung der LKK drin, was dann für die Abrechnung noch ein bisschen mehr bringen kann, also, aber trotzdem, wenn ich jemandem gegenüber stehe und versuche, das Problem zu lösen, dann würde mich in dem Moment oft das Problem der Finanzierung eher ablenken und dadurch die Lösung des eigentlichen Problems verlängern. Weil da ist es ja wie so oft in der Medizin, wenn man sozusagen jetzt die Idee hat, die jemandem helfen könnte oder was man jetzt mal ausprobiert und dann schauen kann ob es als Hilfsmittel zum Beispiel hilft, damit jemand nicht so belastet ist, dann ist das die eine Idee, nach der man sucht und dann ist es ungünstig, da zu überlegen ob das jetzt hauptsächlich ein palliativmedizinisches Problem ist und dass man es deswegen als Palliativmedizin abrechnen kann, weil es im Endeffekt dann doch eine Viertelstunde gebraucht hat. Das ist etwas, das kann man sich dann auch im Nachhinein manchmal überlegen, ob das jetzt wirklich so war, dass ich im Endeffekt eine Dreiviertelstunde mich mit dem Betroffenen und dem Angehörigen unterhalten habe und dann natürlich schon irgendwie mir sage, die Dreiviertelstunde sollte auch einen gewissen finanziellen Effekt haben.

47 [0:15:45] **I:** Würden Sie sich denn wünschen, dass es da bestimmte Abrechnungsziffern in Zukunft geben würde in Bezug auf die Angehörigenbetreuung?

48 [0:15:56] **B:** Ja würde ich. Würde ich mir schon wünschen. Also konkret kann man natürlich auch sagen: Durch Corona ist ja die Ziffer 01434, also das, die telefonische Beratung möglich geworden. Also deswegen hat man da bei einem längeren Telefonat unabhängig jetzt davon, ob es mit einem Angehörigen ist oder nicht, ich glaube auch nicht, dass es abrechnungstechnisch so viel Sinn machen würde, da zu unterscheiden, weil wenn ich wo anrufe oder wo angerufen werde, also ich rufe normalerweise den Patienten an und der pflegende Angehörige ist in der Nähe. Und ich finde es auch ganz gut, wenn die beide zuhören. Dass dann beim Patienten nicht alles ankommt, also deswegen bin ich mir gar nicht so sicher, ob das abrechnungstechnisch Sinn machen würde, zu unterscheiden, ob jetzt der Adressat der Beratung der pflegende Angehörige ist oder der Patient, weil in der Praxis immer beide sind, die man am besten adressiert. Gerade bei einer Demenzerkrankung ist es wichtig, dass der Betroffene noch, also der Patient noch merkt, dass er im Mittelpunkt steht und dass er sich äußern darf und dass seine Meinung und sein Empfinden und vor allem auch seine Grundeinstellung sehr wichtig sind, eigentlich das Wichtigste an dem Ganzen, dass aber wenn z.B. typischerweise eine stärkere Schädigung des Kurzzeitgedächtnisses vorliegt, der Angehörige sich die Inhalte des Gesprächs merken muss und danach noch mal vermitteln muss. Das ist ja so ein bisschen die Diskrepanz bei vielen Pflegebedürftigen, dass die selbstverständlich noch ihre Grundmotivation haben und ihre Überzeugungen und dass sie ihre Nöte und ihre Schmerzen nur selbst empfinden können, wie das immer so ist, aber dass es Probleme mit der Organisation und mit dem Gedächtnis gibt. Dabei ist dann der pflegende Angehörige, das macht dann wirklich nur Sinn, wenn man da zu Dritt zusammen ist, mindestens. Und in vielen Fällen ist es dann ja noch der Ehepartner und ein pflegendes Kind.

49 [0:18:50] **I:** Jetzt kommen wir so ein bisschen auf Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige zu sprechen. Welche kennen Sie denn da?

50 [0:19:02] **B:** Ja, die es gibt ein paar Kurse, da weiß ich jetzt allerdings nicht, ob die von der Sozialstation kommen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 51 [0:19:18] **I:** Genau, dann haben Sie ja auch schon die 24 Stunden Pflege angesprochen, das wäre ja auch was. Wie sieht es mit Demenznetzwerken oder anderen Netzwerken aus bei Ihnen?
- 52 [0:19:34] **B:** Habe ich jetzt noch keinen Kontakt mitgehabt, habe ich mal gelesen, es wird ja im Moment sowieso fast alles als Netzwerk erklärt. Es gibt auch Leute, die in sozialen Medien da recht aktiv sind und deswegen...(unverständlich) sich mit anderen über Facebook kurzschließen oder in irgendwelchen Foren.
- 53 [0:20:13] **I:** Im Sinne einer Selbsthilfegruppe z.B.?
- 54 [0:20:16] **B:** Ja genau, also Unterstützungsmöglichkeiten...
- 55 [0:20:28] **I:** Ich frage mal so: Kommt es denn vor, dass Sie pflegende Angehörige an diese Hilfsangebote, also dass Sie die dahin vermitteln, dass Sie denen irgendwelche Nummern rausgeben oder Flyer von irgendwelchen...
- 56 [0:20:42] **B:** Ne kommt bis her leider so noch nicht vor. Also das liegt mehr in der Hand der Sozialstationen und deswegen weiß ich jetzt auch gar nicht wie viel die machen. Also ich hatte davon gehört, dass Leute sozusagen Pflegekurse machen, aber habe ich selber bisher nicht vermittelt und ich habe bisher auch noch von keiner der Sozialstationen hier, also es wären dann ja wahrscheinlich, also das war glaube ich damals Caritas, wahrscheinlich wird das diakonische Werk was ähnliches haben, aber ich habe jetzt in den letzten Monaten oder in den letzten Jahren nichts mehr von gehört hab, dass da jemand beim Kurs war. Und im letzten Jahr wo es ohnehin natürlich, da ist sowieso die Frage "Wie macht man einen Pflegekurs online?" Okay, aber da ist sicherlich Anregungsbedarf, dass Leute die Grundlagen der Krankenpflege erlernen können.
- 57 [0:21:52] **I:** Und Sie würden sich da auch wünschen, dass die Vernetzung vielleicht zwischen Pflegestation und Hausarzt ein bisschen besser wird? Dass Sie besser informiert werden.
- 58 [0:22:01] **B:** Ja, das wäre bestimmt gut, ja. Also ich meine jetzt bei vielen, bei vielen Dingen, wenn es zum Beispiel um das Anlegen von einem Verband geht oder um die Benutzung eines Hilfsmittels oder so, ist es dann auch so, dass ich im Rahmen von einem Hausbesuch mich da dann erstmal selber hinstelle und sage "Schauen Sie mal, so und so kann man das zurecht machen, versuchen Sie es mal heute Abend". Den Verband zum Beispiel.
- 59 [0:22:39] **I:** Da wären wir auch eigentlich schon beim nächsten Thema: Welche Rolle spielen denn Hausbesuche für Sie im Umgang mit den pflegenden Angehörigen?
- 60 [0:22:49] **B:** Ja, eine große Rolle. Das ist jetzt auch so in der Organisation unserer Praxis, dass dann normalerweise 3 Morgen die Woche meine Frau in der Praxis im Vordergrund ist und ich versuche, Hausbesuche zu machen. Im Moment natürlich noch ein bisschen mit Homeschooling dazwischen und dann, also wenn die Praxis jetzt nicht gerade überlaufend ist, setzte ich mich aufs Fahrrad und mache

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	Hausbesuche und kann die deswegen auch sehr großzügig anbieten für die pflegenden Angehörigen.
61	[0:23:36] I: Und machen Sie die Hausbesuche auch, um sich wirklich ein Bild von der häuslichen Umgebung zu machen?
62	[0:23:42] B: Ja klar, das ist ein großer Vorteil davon.
63	[0:23:46] I: Und inwiefern haben Sie da geschultes Praxispersonal für die Hausbesuche, so etwas wie eine NÄPA oder VERAH?
64	[0:23:52] B: Bisher noch nicht, auch deswegen, weil ich damit recht großzügig bin, ich kann durch diese Art wie wir das organisieren, kann ich recht großzügig sagen "Ja ich komme vorbei".
65	[0:24:10] I: Das heißt, also würden Sie sich in Zukunft wünschen, auch geschultes Praxispersonal dafür zu haben oder sagen Sie das ist eigentlich in meiner Hand ganz gut aufgehoben?
66	[0:24:23] B: Ja, war schon eine Überlegung, aber ich glaube wir haben im Moment keine medizinische Fachangestellte, die die Ausbildung macht.
67	[0:24:38] I: Wenn wir jetzt mal an die Überforderung oder Überlastung von pflegenden Angehörigen denken, wie häufig erleben Sie denn kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld?
68	[0:24:52] B: Ja, Sie meinen die Anzahl pro Jahr oder wie gibt man sowas am besten an?
69	[0:25:08] I: Ja also...
70	[0:25:11] B: Das ist halt, ich würde schon sagen alle paar Wochen mal.
71	[0:25:14] I: Also es kommt vor?
72	[0:25:16] B: Ja, ja, natürlich, also das, gerade gestern habe ich wieder eine Frau gehabt, die anruft "Ja, ihre Kinder haben keine Zeit und sie sitzt auf der Treppe, ihr ist so schwindelig, es muss doch mal irgendjemand nach ihr gucken." Und ja, da ist es sicherlich, wenn es sozusagen nur der altbekannte Schwindel ist, und sie aber durchaus telefonieren kann und auch sonst keine Symptome angibt, ist es auf der einen Seite sicherlich nicht notwendig, dass jetzt Fachpersonal vorbeikommt, aber da wäre es dann gut, wenn Angehörige kommen könnten, aber in dem Fall hatten die Angehörigen keine Möglichkeit, zu kommen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 73 [0:26:09] **I:** Wie kommt es denn wohl zu diesen kritischen Versorgungssituationen? Oder zu der Überlastung?
- 74 [0:26:19] **B:** Durch die Mehrfachbelastung der Angehörigen in dem Fall. Zwei Söhne eine Tochter da, Tochter selbst recht krank und hat Familie, hatte vorher die Schwiegermutter betreut, also ihre Schwiegermutter und die ist dann gestorben, dann hat die eigene Mutter gedacht "Ja dann kann sich ja meine Tochter mehr um mich kümmern", die wohnt aber nicht direkt vor Ort und hat trotzdem noch ihre Familie. Da erfüllt die Tochter jetzt nicht die Erwartungen, die zwei Söhne sind auch ein bisschen weiter weg und haben Arbeit und Familie. Die Tochter hat auch Arbeit. Die Söhne sind da vermutlich schon auch irgendwo in klassischen Rollensituationen und sagen sich dann auch "Ja aber im Grunde genommen könnte die Mutter dann auch ins Pflegeheim, da würden wir sie auch gerne besuchen, aber von Pflege haben wir keine Ahnung, so richtig. Da ist dann eine enorme Spannung drin. Also die Mutter möchte zu Hause bleiben, ist verwitwet, sie war in einer Kurzzeitpflege und wollte da unbedingt raus und sitzt jetzt buchstäblich zu Hause auf der Treppe und hat eben von ihren drei Kindern keinen, der mal alles stehen und liegen lassen kann um vorbeizuschauen, um Blutdruck zu messen, um dafür zu sorgen, dass sie genug trinkt, um sich um die Schmerzen in jeder Form zu kümmern, also das war jetzt gerade gestern eine typische Situation und die kommt sicherlich in der ein oder anderen Form etwa monatlich vor.
- 75 [0:28:29] **I:** Das heißt die Last wird quasi auf einem pflegenden Angehörigen abgewälzt und der ist dann irgendwann überfordert.
- 76 [0:28:36] **B:** Ja gut, wobei jetzt in dem Fall sind es drei der Angehörigen, die sich nicht ganz einig sind, wer wie viel macht und die eigentlich (unverständlich) also die Kinder waren der Meinung die Mutter sollte im Pflegeheim bleiben, Mutter war da anderer Meinung.
- 77 [0:28:59] **I:** Was können Sie denn konkret als Hausarzt dazu beitragen, so eine Überforderung der pflegenden Angehörigen zu verhindern?
- 78 [0:29:13] **B:** Also sämtliche Möglichkeiten was es gibt: Verweis an Kurzzeitpflege, an Sozialstationen, jetzt für diese 24 Stunden Pflegekräfte machen wir normalerweise keinen Verweis, da gibt es offensichtlich unterschiedliche Organisationsformen, die auch juristisch etwas anders aufgestellt sind, also von wo ich wirklich nicht auf dem Laufenden bin, genau wie sich das entwickelt hat. Zum Teil läuft das wohl ganz offiziell unter sozusagen Freundschaften, wo dann also eine individuelle Person aus Osteuropa über eine Person, die schon da ist, Kontakt aufbaut und dann die Angehörigen sozusagen, wenn keine schwere Demenz vorliegt, mit den Patienten selbst dann eben ausmachen, "Das und das kriegst du dafür, dass du hierherkommst. Und offiziell bist du selbstverständlich unser Besucher, stimmt ja auch." Weil da gibt es ja dann ganz unterschiedliche persönliche Netzwerke und auch gutes und ich glaube ohne das würde unsere Pflege nicht funktionieren. Inwieweit da Abhängigkeiten bestehen und inwieweit das tatsächlich Freundschaften sind, kann man im Einzelfall nur spekulieren.
- 79 [0:31:11] **I:** Gut, dann kommen wir jetzt noch mal auf das Praxispersonal zu sprechen: Inwieweit wird das denn in die Identifikation von pflegenden Angehörigen miteinbezogen?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

80	[0:31:19] B: Bin ich jetzt etwas überfragt, also das Praxispersonal sagt natürlich ganz oft "Oh, also da hat die Frau Müller, die Tochter vom Herrn Meier angerufen und die hat jetzt dieses oder jenes Problem oder da müssen wir jetzt schauen, wie wir die Urinprobe in die Praxis kriegen." Und das ist dann ja für die Identifikation irgendwie völlig klar, dann ist eben die Tochter die, die hier gerade pflegt. Und für die, also die sozialen Netzwerke, die kennen unsere Medizinischen Fachangestellten oft deutlich besser. Also um da auch zu wissen, wer jetzt oder wie sie auch manchmal so sagen, wer wie tickt. Das passt irgendwo auch recht gut. Dafür ist es gut, dass wir auch aus den umliegenden Dörfern unsere MFA haben.
81	[0:32:47] I: Okay alles klar, dann gibt es auch noch eine S3-Leitlinie "pflegende Angehörige von Erwachsenen", ist Ihnen die bekannt?
82	[0:32:58] B: In der Presse mal von gelesen und gedacht "ja interessant und wichtig", aber ich habe sie nicht aufgerufen.
83	[0:33:07] I: Okay, nutzen Sie denn andere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder andere Hilfsmittel im Umgang mit den pflegenden Angehörigen?
84	[0:33:21] B: Andere Leitlinien, ne ich habe mich da noch nicht so viel in die evidenzbasierte Medizin in dem Bereich eingearbeitet, ich meine es ist ja ohnehin eine interessante Entwicklung der letzten Jahrzehnte, dass die Leitlinien immer mehr Bereiche abdecken, wo man glaube ich in den 1990ern noch nicht draufgekommen wäre, dass man sowas evidenzbasiert angibt. Ist ein guter Ansatz.
85	[0:34:11] I: Das heißt Sie wären auf jeden Fall offen dafür?
86	[0:34:13] B: Ja, ganz klar wäre ich offen. Es geht bei der evidenzbasierten Medizin schon von Anfang an nicht nur um das, was man wirklich experimentell herausfinden kann oder jetzt pharmakologisch auch sondern die Sozialmedizin spielt da eine große Rolle, also das war uns in den Arbeitskreisen im Public Health Studium 2001-2002/3, wo ich das in München gemacht habe, auch schon recht bewusst, dass man in vielen sozialmedizinischen Fragen durchaus eine Evidenz erarbeiten kann, die belastbar ist. Und also das Problem gerade jetzt bei den pflegenden Angehörigen, wenn man da ein Leitlinienprotokoll machen würde, ist natürlich, dass die ja große Unterschiede in der Sozialstruktur haben, also sowas läuft sicherlich hier auf dem Land schon ganz anders als in der Stadt.
87	[0:35:36] I: Klar, ja.
88	[0:35:41] B: Und wenn man da jetzt noch ein europäisches Projekt daraus machen würde, gibt es noch mal sehr große Unterschiede und ich meine wir haben jetzt im Rahmen der Coronapandemie ja auch festgestellt, dass die Altenpflege eben in Norditalien bei einer sehr betagten Bevölkerung über die pflegenden Angehörigen die Pandemie wesentlich angeheizt haben. Die Pflegeheime brauchen dafür ganz andere Konzepte, als wenn Oma und Opa zu Hause sind und die pflegenden Dinge von einer ständig wechselnden mobilen sozialen Pflegeeinrichtung gemacht werden und sich die Alten auch im kirchlichen Umfeld so viel treffen dürfen und können, wie sie wollen. Da fehlt im Augenblick auch enorm viel. Weil, das ist eigentlich das schönere Konzept, das ist das menschenwürdigere Konzept. Erinnert mich jetzt spontan auch

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

ein bisschen daran, an Freunde aus Indien, die wir hatten, als die hier Pfleger waren und als die hier Pflegeheime gesehen haben, haben die wirklich gedacht "Wie kann man denn sowas machen? Da möchte doch kein normaler Mensch rein." Und lieber ein bisschen vorher sterben, aber mit den Enkeln und Urenkeln in der Nähe und da ist durch die Pandemie jetzt enorm viel kaputt gegangen. Und da habe ich auch einige, also ich kann mich jetzt gerade an einen älteren Mann erinnern, für den das ganz klar war, dass er das Risiko, Corona zu bekommen, gerne eingehen würde, wenn er die Freiheit hätte, seine Familie immer kommen zu lassen, wenn die kommen wollen. Und ja, das ist natürlich im Augenblick etwas, wo sicherlich auch akut ein hoher Forschungs- und Publikationsbedarf besteht je nach Umfeld, je nach sozialem Umfeld, ob man da nicht wirklich sagen kann "Nein, Coronamaßnahmen sind so und so nicht gerechtfertigt, weil der Schaden größer ist als der Nutzen."

89 [0:38:13] **I:** Dann noch zwei kurze Fragen: Wie könnte denn die Unterstützung der pflegenden Angehörigen in Zukunft verbessert werden? Also durch Sie sozusagen, was würden Sie sich da wünschen? Jetzt haben Sie schon gesagt, vielleicht eine bessere Abrechnungsmöglichkeit.

90 [0:38:34] **B:** Also ich könnte mir schon vorstellen, dass man da auch mit standardisierten Fragebögen und mit Flyern was machen könnte, ich kam nur bisher nicht dazu da irgendetwas zu entwickeln und da wäre ich sicherlich für Ideen offen, dass man da auch eine Art Checkliste macht, wo man dann feststellen kann hier und da hakt es. Wo sich vielleicht die Patienten auch zwischen verschiedenen Modellen entscheiden können.

91 [0:39:14] **I:** Okay, einfach um eine bessere Systematik zu bekommen.

92 [0:39:17] **B:** Ja, weil, das fehlt schon oft, dass man zwischen stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanter Altenpflege, Vermittlungsdiensten für 24 Stunden Kräfte und Familie und Weiterbildungsmöglichkeiten für die pflegenden Angehörigen entscheiden muss. Hängt natürlich wirklich davon ab, wer vorhanden ist und wer sich da einbringen kann und ob ein Interesse auch da ist. Es ist ja ganz oft von der Altersstruktur her so, die Menschen haben hauptsächlich Pflegebedarf zwischen 80 und 90 Jahren und das ist die Zeit, wo die Kinder dann in Pension gehen, aber noch fit sind. Die können noch organisieren und haben sich sicherlich von ihrer Arbeit verabschiedet. Also das ist auch ein spannendes Thema für die Arbeitsmedizin. Ich war ja mal am Institut für Arbeits- Sozial- und Umweltmedizin. Da war ich damals als wissenschaftlicher Mitarbeiter. Damals war auch das große Thema der Übergang im Rahmen der demographischen Entwicklung von Berufstätigkeit in die Altersruhezeit, wie man es manchmal nennen kann. Da merkt man gerade, dass man die Zeit zwischen Mitte 60 und Ende 80, wo man vom pflegenden Senior zum Pflegebedürftigen wird, endlich ausgestalten kann. Da haben die Menschen durchaus auch die Freiheit, Erfahrungen zu sammeln, die ihnen später zugutekommen und wenn sie ihre Berufstätigkeit reduzieren wollen, dass sie dann eben als neue Tätigkeit neben der Betreuung von Enkelkindern auch gerne die Betreuung von Eltern übernehmen. Das wäre idealerweise der 4 Personenhaushalt, aber da haben wir natürlich spannende demographische Entwicklungen, weil ja die Frauen die Kinder auch später bekommen.

93 [0:42:41] **I:** Ja, wenn sie überhaupt welche bekommen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

94	[0:42:45] B: Genau, also wenn wir noch die ursprüngliche Generationsfolge hätten, könnten wir ja im Regelfall von einem 4 Generationen-Haushalt ausgehen, aber den gibt es nicht mehr. Die Lebenserwartung ist über 80 Jahre, insofern müsste damit zu rechnen sein, dass jemand in der Großelterngeneration noch lebende Eltern hat, aber das ist durch recht wenige Kinder und dadurch, dass man die Kinder spät bekommt, ist das in den meisten Familien, nicht in allen, recht gestört. Also wir haben auch klassische 4 Generationen-Familien, aber es sind nicht viele.
95	[0:43:47] unverständlich
96	[0:44:02] I: Inwiefern fänden Sie denn verstärkte Schulungen für Hausärzte zum Thema Unterstützung pflegender Angehöriger sinnvoll?
97	[0:44:14] B: Also mit Schulungen ist es immer etwas schwierig. Was ich mir sehr gut vorstellen kann, ist, dass da mal jemand in den Qualitätszirkel kommt. Wir haben ja den allgemeinmedizinischen Qualitätszirkel und ansonsten ist das mit den Schulungen, weil ja doch die Kongresse weniger geworden sind, ich auch aus familiären Gründen an den internistischen oder hausärztlichen Kongressen nie groß teilgenommen habe. Wäre sinnvoll, in welcher Form ist schwierig. Damit sind wir in dem Bereich, dass es sehr unterschiedliche Lebenskonzepte gibt, nicht nur bei den Angehörigen, sondern auch bei den Ärzten heute. Es werden immer mehr Frauen in der Allgemeinmedizin, das ist auch gut so. Es gibt Praxen, die als Familienpraxen geführt werden, in unserem Fall mit zwei Allgemeinmedizinerinnen, aber es ist hier in der Umgebung oft so, dass der Ehepartner Verwaltungsaufgaben übernimmt und eine unausgebildete MFA ist. Da gibt es unterschiedliche Konzepte und das hängt davon ab ob jemand sich mehr in die Weiterbildung engagieren kann oder nicht.
98	[0:46:13] I: Gut, dann wären wir mit dem Hauptteil fertig, ich würde jetzt den Kurzfragebogen noch für Sie ausfüllen.

Anhang 5.15. Interview O

1	[0:00:00] I: Dann fangen wir mit der ersten Frage an. Wie oft haben Sie im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun? Also mit pflegenden Angehörigen sind wirklich die Privatpersonen gemeint, die...
2	[0:00:25] B: Häufig.
3	[0:00:26] I: Häufig, okay.
4	[0:00:27] B: Ja häufig.
5	[0:00:28] I: Und inwiefern hat die Zahl pflegender Angehöriger in den letzten Jahren zugenommen?
6	[0:00:33] B: Exponentiell.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 7 **I:** Exponentiell. Okay können Sie sagen, woran das vielleicht liegen könnte?
- 8 [0:00:44] **B:** Das liegt zum einen an mir, weil ich immer aktiver in Altenheimen werde. Weil ich mit der überproportionalen geriatrischen Bevölkerung in Kontakt komme. Also jeder Allgemeinmediziner, jeder Niedergelassene kommt mit immer älteren Menschen natürlich in Berührung, aber bei mir ist es noch mal um ein Vielfaches mehr, bedingt durch mein Engagement in verschiedenen Altenheimen. Das Engagement begründet sich aus meinem eigenen Leitsatz, dass ich Menschen nicht hängen lasse, d.h. wenn jemand nicht mehr im häuslichen Umfeld sich versorgen kann, dann sage ich nicht dann gehen Sie ins Altenheim, alles Gute, machen Sie es gut, sondern ich versuche schon den Patienten weiter zu betreuen, weil meine Corporate Identity so aussieht. Meine Frau ist Kommunikationsdesignerin, die hat das auch schon in ein Praxisschild geformt in Bildern, dass wir den Menschen von der Wiege bis zur Bahre begleiten. Und wenn wir Menschen von der Wiege bis zur Bahre begleiten, das ist ja eigentlich der Kick in der Allgemeinmedizin, da kann man nicht 5 Minuten vor dem Ende sagen mach es gut, ne. "Noch schöne 2 Jahre im Altenheim, da habe ich keinen Bock drauf, such dir jemand anderen, der kann das dann zu Ende führen". Das gibt es bei mir nicht. Außer der Patient sucht sich tatsächlich irgendeine Behausung, die meinen Radius komplett übersteigt. Aber ich habe ein ziemlich großes Einzugsgebiet und bin bereit, da auch größere Strecken zu fahren. Daher kommt das, dass ich tatsächlich wahrscheinlich einer derjenigen bin, der wahrscheinlich mit am meisten mit Alten zu tun hat.
- 9 [0:02:38] **I:** Sehr gut, sehr schön. Wie häufig haben Sie denn in der Regel Kontakt mit den Pflegepersonen einer einzelnen pflegebedürftigen Person, ist das ein Kontakt, der regelmäßig ist oder ist er eher sporadisch?
- 10 [0:02:55] **B:** Ja gut, das ist in Altenheimen sehr regelmäßig, größtenteils ein Mal wöchentlich, aber dabei bleibt es meistens nicht, weil Sie noch mit Faxen bombardiert werden, weil sich auf diesen Rhythmus das Personal immer schlechter, also meistens schlecht, einstellt. Das liegt daran, dass Sie als Arzt sich immer wieder unter Umständen neu vorstellen müssen, weil Ihre Ansprechpartner ständig wechseln. Sie haben wirklich was Pflege angeht treffen Sie immer auf Notstand. Das heißt Sie gehen irgendwo hin und Sie sind der einzige Mensch, der den Menschen richtig kennt, das gipfelt darin, dass Sie manchmal sagen "Haben Sie eigentlich schon gesehen, dass der nur ein Bein hat? Ach ne, der ist jetzt nicht in meiner Pflegegruppe, aber jetzt wo Sie es sagen, das ist doch meine Pflegegruppe." Und Sie stellen sich jede Woche vor, weil Sie mit ganz vielen Pflegern aus Zeitarbeitsfirmen zu tun haben. Und diese Zeitarbeitsfirmen, die haben ja als besonderen Gag, dass Sie nirgendwo heimisch werden wollen, das sind ja Nomaden. Die haben ja dieses Nomadendasein gewählt, um keine engen Bindungen zu irgendwelchen Menschen aufzubauen, sondern heute hier, morgen dort hinkommen. Bin kaum da, muss ich fort, hab mich niemals deswegen beklagt, gibt es auch als Lied von Hannes Wader. Und das ist deren Leben und das heißt die Bindung, die Sie als Mensch, als Pfleger eingehen, die hat dann auch keine große Tiefe, sehr oft. Und Sie als Arzt kommen dann dahin und müssen dann erklären wie ist die Vorgeschichte, was braucht so ein Mensch, was will der Mensch. Und das geht nur durch immer engmaschigere Kontakte, man ist dann praktisch die externe Festplatte, nur in menschlich, sozusagen.
- 11 [0:04:59] **I:** Und wie ist...
- 12 [0:05:02] **B:** Die Zahlen können Sie ein bisschen reduzieren wo halt auch noch Angehörige dabei sind, die ihren Job unternehmen und machen, aber es gibt ganz

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	<p>viele wo Sie halt die Angehörigen nicht haben, wo halt wirklich Altenheim abschieben heißt und die nur noch an Ostern und Weihnachten da vorbei kommen und Sie der einzige sind, der auch dieses familiäre, dieses persönliche noch irgendwie am Leben erhält, der dann praktisch ein Stück Vergangenheit ist in der Zeit wo Sie den Menschen auch noch ambulant betreut haben.</p>
13	<p>[0:05:32] I: Also bei denjenigen, die noch zu Hause gepflegt werden durch die Angehörigen, höre ich raus, sind die Kontakte etwas weniger, aber auch regelmäßig.</p>
14	<p>[0:05:43] B: Genau, das ist das zweite Kapitel, bei denen, die zu Hause pflegen, sieht es besser aus. Da funktioniert es schon noch so, dass da mehr Ansprechpartner sind und [unverständlich], kontinuierliche Ansprechpartner. Das funktioniert deutlich besser, aber auch da haben Sie oft dann das Dilemma, wenn Sie zum Beispiel einen Dekubitus behandeln wollen und die delegieren das an den Pflegedienst, dann haben Sie auch von diesen 30 Mitarbeitern des Pflegedienstes 12 Stück in der Wundversorgung involviert und müssen auch immer wieder zusehen, dass das funktioniert. Dann rufen Sie natürlich ab und zu auch mal an, wenn Ihnen was nicht gefällt, dadurch entsteht auch so der Kontakt.</p>
15	<p>[0:06:27] I: Okay und wenn Sie jetzt an die pflegenden Angehörigen der pflegebedürftigen Menschen denken, kommen die auf Sie zu und suchen den Kontakt oder machen Sie das?</p>
16	<p>[0:06:41] B: Die kommen auf mich zu beziehungsweise ich involviere sie, wenn sie vor Ort sind, möglichst schnell in all das was zu tun ist und wenn mir das gelingt, dann habe ich eine sehr ruhige Zeit, weil, in Händen von Angehörigen läuft es immer besser.</p>
17	<p>[0:06:54] I: Und bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zu den Angehörigen?</p>
18	<p>[0:06:59] B: Ich besuche Menschen mit Immobilität, ich besuche Menschen mit Demenz, ich besuche Menschen, die sekundär heilende Wunden haben, die entsprechend versorgt sind, vom Ulcus cruris bis hin zum Dekubitus am Sitzbein. Ich mache nach Stürzen die häusliche Versorgung, schliesse aus mit meinen Händen, dass da keine Schenkelhalsfraktur dahintersteckt, nähe alle Platzwunden im Rahmen von Hausbesuchen und mache alle Löcher wieder dicht. Und da entstehen immer Kontakte, weil der Angehörige dann meistens derjenige ist, der den Betroffenen vorfindet. Ich berate Angehörige, wenn die selbst nicht wissen, wie sie selbst ihre Angehörigen beraten sollen, also sprich sollen wir da noch eine Hüfte einbauen, sollen wir da eine Knieprothese einbauen. Ist das Lebensqualität oder ist das dann nur das Ende im Krankenhaus, das wir einleiten. Wo ist noch OP -Indikation, orthopädisch. Ich bin der Architekt was die Frage Logotherapie, Ergotherapie nach Schlaganfall angeht, ich bin der Architekt, was Fragen der Physiotherapie angeht, das muss natürlich mit den Angehörigen diskutiert und abgesprochen werden.</p>
19	<p>[0:08:43] I: Und in welchem Verhältnis, in welchem familiären oder auch freundschaftlichen Verhältnis stehen denn die pflegenden Angehörigen Ihrer Meinung nach am häufigsten?</p>

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

20	[0:08:55] B: Zu mir?
21	[0:08:56] I: Zu der Pflegeperson.
22	[0:09:00] B: Zur Pflegeperson. Das sind meistens enge Verwandte, Next Generation, Kinder. Immer mehr Kinder, die selbst schon Rentner sind. Das ist ein ganz lustiges Phänomen, das ist halt echt so. Ich kommuniziere immer mehr mit Leuten, die selbst schon irgendwelche Handicaps haben, Dauerphysiotherapie oder irgendwie (unverständlich) und auch ältere Angehörige mitversorgen, oder es versuchen zumindest. Und ja, es gibt auch manchmal Nachbarschaftshilfe, das gibt es auch, das sind manchmal recht skurrile Dinge, die einem da begegnen, wo man manchmal überlegt warum ist der Nachbar so furchtbar motiviert, so schnell. Ist der vielleicht schon Teil vom Testament oder will er es werden? Das sind gewisse Dinge, mit denen wird man natürlich auch konfrontiert. Aber in der Regel sind die verwandt.
23	[0:10:04] I: Ja gibt es da ein Geschlecht, was vorrangig die Aufgaben übernimmt Ihrer Meinung nach?
24	[0:10:16] B: In der Familie, schwierige Frage. Schwierige Frage. Ich sehe da schon so ne (unverständlich). Man nimmt spontan an nur die Frauen, aber das ist nicht mehr so. Ich habe immer mehr tatsächlich rüstige Männer, rüstige Männer in Altersteilzeit, es hat ja hauptsächlich keiner mehr Bock, zu arbeiten, die auch immer mehr da sich reinfuchsen und viel Spaß haben an technischen Umbauten, wie mache ich das Bad behindertengerecht, ach wie lustig, mit dem Treppenlifta kann ich ja selbst hochfahren. Also das ist da schon immer mehr. Dass die da auch immer mehr sich beteiligen.
25	[0:11:08] I: Ja, sehr interessant.
26	[0:11:10] B: Also man kann sich, ich sehe keine Präferenz bei den Geschlechtern wer sich da mehr engagiert.
27	[0:11:15] I: Okay und welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen?
28	[0:11:24] B: Was bedeutet das? Das habe ich nicht ganz verstanden.
29	[0:11:24] I: Also Sie müssen ja die pflegenden Angehörigen auch als solche identifizieren aus der Hausarztpraxis heraus. Und welche Chancen sehen Sie darin, also inwiefern legen Sie da überhaupt Wert darauf in Ihrem Praxisbetrieb?
30	[0:11:46] B: Mit denen in Kontakt zu kommen? Ja sehr viel, sehr viel, ja, sehr viel eigentlich. Ich treffe die natürlich sehr oft vor Ort, wenn ich Hausbesuche mache, außer ich telefoniere auch viel. Es ist unter anderem jetzt so spät geworden, weil ich eine neue Palliativpatientin habe, also eine Patientin, die jetzt in den Palliativstatus gekommen ist und deren Sohn einen Rückruf wollte und sowas mache ich dann immer zeitnah am selben Tag, weil das immer wichtig ist. Und den Sohn habe ich jetzt das erste Mal kennengelernt. Ich habe den nie gesehen, aber genau da ist mir das Gespräch wichtig und ich biete das auch allen aktiv an. Ich sage immer alle dürfen

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

sich jederzeit melden, gerade wenn ich jetzt Palliativpatienten hab, dürfen die auch Samstag oder Sonntag anrufen, sodass wir Fragen zeitnah beantworten können.

- 31 [0:12:45] **I:** Und mit welchen Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen kommen die pflegenden Angehörigen zu Ihnen?
- 32 [0:12:50] **B:** Das sind dann oft so die banalen Dinge was die Pflegeorganisation im Alltag angeht, das heißt zum Beispiel man braucht ein Rezept für ein Kontingent an Windeln was einem zusteht, wenn die entsprechenden ICDs vorliegen, dann brauchen die je nach Verwaltung auch irgendwelche entsprechenden Säcke wo dann die Windeln entsorgt werden und danach zum Beispiel abgeholt werden.(unverständlich) Die brauchen viele Formulare ausgefüllt, um befreit zu werden von Zuzahlungen, um reduzierte Zuzahlungen zu haben, die brauchen die Verordnung für pflegerische Maßnahmen, die brauchen einen Wiederverschlechterungsantrag beim Versorgungsamt, um mehr Prozentpunkte zu haben, damit wenn die Alten schon kein Auto mehr fahren, man selber mit seinem BMI von 30 in die Poolposition reinfahren kann und so tun als ob man irgendwelche Alten versorgen würde mit dem Auto. Die brauchen, die brauchen einfach nur Rat auch manchmal. Wenn es um irgendwelche Maßnahmen geht und Prognosen geht, wie man da, ob der Patient noch zu Hause zu halten ist, ob da eine Selbstgefährdung oder Fremdgefährdung vorliegt, ob man das noch so stemmen kann, ob man den alleine lassen kann, ob man dem den Führerschein abnehmen sollte, und und und. Also sie haben da einen riesigen Fragenkatalog, der von Fall zu Fall halt anders ist.
- 33 [0:14:37] **I:** Und inwiefern sehen Sie das selbst als Ihre Aufgabe an oder als selbstverständlich an, die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen?
- 34 [0:14:48] **B:** Ich sehe das als sehr wichtige Aufgabe an, die allerdings beschissen honoriert wird auf Deutsch gesagt. Das ist jetzt aber ein generelles Phänomen der Allgemeinmedizin, vor allem für den Moment. Wir haben einen Gesundheitsminister, dem ich gerne eine Schlaftablette geben möchte, damit er mal richtig durchschlafen kann und nicht jede Nacht wieder neue Ideen hat was er am Morgen wieder raushaut in Gesetzen, sodass ich jeden Tag ein neues Update einspielen kann so ungefähr, weil wieder was Neues, wieder was Neues, wieder was Neues. Und was kaum noch meine Mannschaft irgendwie mental verarbeiten kann. Beispielsweise ich bin eben mit dem Rennrad nach Hause gefahren mit meiner Frau und wir haben dann zum Beispiel festgestellt, dass wir jetzt ja die ganzen Apps verordnen können, zum Abnehmen, für psychiatrische/ psychologische Betreuung und und und. Das ist jetzt auch mittlerweile auf Kassenrezept erhältlich und das kriegt man einfach mal so dahin gelegt auf den Schreibtisch. "Sie dürfen das und machen Sie das, ganz tolle Sache!" Die Patienten kriegen das ja auch mit und die fordern das dann. Dann hat man da irgendwie mal so einen Vorentwurf, was man da als Patient haben muss. Man hat natürlich erst mal keine Ahnung so genau wie engmaschig sind die Indikationen, kriegt jeder Dicke das, muss man einen bestimmten BMI haben, um diese Abnehm-App da zu kriegen. Ja meine Frau, die hat jetzt mal 2 Stunden gelesen, stellvertretend für mich und hat mir mal den Kopf gewaschen und mir erklärt "So ein Ding kostet 500€, so eine App, die Kassen, wir unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot und so weiter und sie erkennen dann mit einem Mal, dass Sie sich dann mal wieder vor irgendwas gedrückt haben mit dem Sie sich eigentlich intensiv beschäftigen müssen. Und das ist auch wieder was, was wir reingedrückt kriegen. Genauso wie diese Pflegefrage, die Sie da gestellt haben. Da kommt immer was on Top dazu, immer was dazu, immer was dazu und natürlich sind wir diejenigen, die die Weichen stellen und solche Sachen in die Hand nehmen müssen, weil wir sind, Allgemeinmedizin ist Architektur. Man muss gucken, dass auf der Baustelle alle möglichen Handwerker

sinnvoll irgendwas machen und der Patient seinen Alltag nicht damit verbringt mit blödsinnigen Facharztbesuchen, Verlaufskontrolle, Verlaufskontrolle, Verlaufskontrolle, Verlaufskontrolle, ja. Wenn Sie als Versicherte in Deutschland Ihren Fuß in eine Facharztpraxis setzen und Sie haben nichts, Sie sind da trotzdem Stammkunde, ja. Es ist [...] egal ob Sie eine kardiologische Diagnose haben oder ob Sie keine haben, wenn Sie ein Mal beim Kardiologen sind, Sie werden wieder einbestellt und wiedereinbestellt und wiedereinbestellt. Und dann können Sie irgendwann tonnenweise irgendwelche Befunde sammeln, Sie können da quasi Ihre Doktorarbeit an einem Patienten machen, studieren das und Sie sehen, da kommt nichts raus. Der war kerngesund. Sie können nicht sagen der (unverständlich) ist Krankheit. Das hat [damit] Null zu tun. Und wenn Sie da das wichtigste Amt, also im Gesundheitssystem übernehmen wollen, dann müssen Sie irgendwann Primärarzt werden oder Allgemeinmediziner und dann können Sie praktisch versuchen, das zu steuern. Sie sind ein absoluter Segen für dieses System. Wir ersparen der Gesellschaft Geld- und Zeitverschwendung. Und wir tun das an allen Ecken und Enden, wenn Sie das ernst nehmen. Und da haben Sie natürlich mit Ihrem Thema Pflege, haben Sie eines der ganz großen Kapitel, aber es gibt ja ganz viele. Wenn Sie da anfangen, sich damit zu beschäftigen, dann sehen Sie das ist ein Fass ohne Boden. Und in diesem System, wo viele Begehrlichkeiten sind, in diesem System, wo die Leute viel mehr Zeit haben zu lesen als Sie selbst. Wenn der Spahn heute was raushaut, dann sind Sie nicht der Erste, der das erfährt. Sie haben morgen früh haben Sie 50 Patienten am Telefon, die alle fragen: "Wissen Sie, dass wir seit heute Nacht"...was weiß ich "Klopapier umsonst kriegen können, wenn Sie es verordnen?". Das sind die Patienten, die das eher erfahren und Sie hecheln da halt hinterher und müssen gucken, dass da wieder irgendeine Ordnung reinkommt ins System, weil, Sie sind eine der wichtigsten ordnungsgebenden Instanzen. Und bei der Pflege ist es genauso. Das ist komplex.

35 [0:19:28] **I:** Genau und da haben wir auch schon quasi den Schwung zur nächsten Frage: Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit den pflegenden Angehörigen? Also jetzt haben Sie schon gesagt, einmal man kann es nicht abrechnen, das Ganze ist zeitlich aufwendig, gibt es noch andere Schwierigkeiten?

36 [0:19:51] **B:** Die nächste Schwierigkeit ist, dass Menschen immer doofer werden, also doofer im Sinne von immer inkompetenter. Das ist, Sie erleben immer mehr Heranwachsende, die zu Hause nichts gesehen haben, die eine völlig verblödete Kindheit haben. Da ist keine Oma mehr gewesen, der man den Arsch abwischen musste und und und. Da ist ein Generationenwechsel hat da stattgefunden, wo Sie immer mehr Menschen haben, die zu Hause nichts gesehen haben. Die haben keinen Tod mehr gesehen, die haben kein Sterben mehr gesehen, die wurden ins Kinderzimmer gesperrt als der Arzt gekommen ist und die Oma untersucht hat. Die sind ins Kinderzimmer gesperrt worden vor die Glotze und haben MTV geguckt während die Todesbescheinigung ausgefüllt wurde und all diese verdoofen Menschen, die sich beschäftigt haben mit allen möglichen Themen, die aber mit dem Leben als solchem nichts zu tun haben, mit denen werden Sie als Ärztin immer mehr konfrontiert. Die, ja wenn Sie fragen, was weiß ich "Haben Sie auch schon mal mit dem Pfarrer gesprochen über Sterben und Ende..." und dann müssen die erst mal im Pass gucken, ob sie überhaupt katholisch oder evangelisch sind. Mit welchem Pfarrer sie denn da sprechen könnten. Die haben niemanden mehr. Die haben diese Themen Pflege, Sterben, Lebensende, (unverständlich) Hoffnung was kommt danach, das sind keine Themen mehr. Die lesen Sonderangebote: Edeka, Aldi, Lidl, Handelshof. Die kriegen jeden Tag ein halbes Kilo in den Briefkasten an Werbung, die wissen genau, wo die Bratwurst morgen billiger ist. Das Schweinefleisch das Kilo für 2,99€. Da können Sie sich mit denen drüber unterhalten, aber über die existenziellen

Themen, da treffen Sie immer weniger Menschen. Und das geht jetzt bis in die Studentenschaft so. Ich hatte Studenten, die bei mir Praktikum machen, die wollen mir erklären, wie ich mein Geld anzulegen habe. Die erklären mir, dass ich zu viel arbeite, dass ich weniger arbeiten kann, mein Geld besser anlegen kann, die sind dann bei der Jugend liberal bei euch auf dem Campus und so und sagen mir, dass ich ein ganz toller Arzt wäre, aber ich müsste mich mehr ums Geld anlegen kümmern und so weiter. Wenn ich denen das sage: "Ja untersuchen Sie doch mal den Patienten", dann schreit der immer "Wer ich?" dann sage ich "Ja Sie." "Ja was soll ich da untersuchen?" "Ja um was gehts?" "Ich glaube um den Bauch geht es." "Ja dann würde ich den Bauch untersuchen." Das passiert mir immer häufiger. Wir sind in einer Gesellschaft, wo sich immer weniger Menschen treffen, die das was Sie als verständlich betrachten als ein Thema für Ihr eigenes Leben erkannt haben. Ich bin aus der Schule geworfen worden und habe 18 Monate Querschnittsgelähmten den Arsch abgewischt und (unverständlich) da gab es 2,50€ pro Tag und das hat man 18 Monate gemacht. Und danach wusste ich, ich will Mediziner werden, ich bleibe dabei. Aber das ist gestrichen worden, das gibt es nicht mehr. Heutzutage kommt man, wird man Mitten ins Leben geschubst und soll dann mit all diesen Themen (unverständlich), die man selbst nie gesehen hat. Das ist unsere Schuld, als Mediziner im Moment. Und diese Pflegenden, die sind natürlich nicht besser als wir. Das ist ein riesiges Problem. Und das geht ja so weit. Gucken Sie mal 50% bleiben Single. Das heißt Sie treffen auf irgendwelche pflegenden Angehörigen, die haben auch kein Kind großgezogen. Die haben kein Kind großgezogen. Das heißt ja auch ein Stück weit eine Konfrontation mit Pflege, mit Versorgung, das kennen die auch nicht. Die kümmern sich nur um ihren eigenen kleinen Scheißdreck und ihren kleinen, die können sich nur im engen Radius bewegen, vielleicht mit wechselnden Partnern und so weiter, haben sich da von Penthouse Wohnung zu Penthouse Wohnung durchgehängt und jetzt sollen die plötzlich die Mutter versorgen, die ein Pflegefall ist. Das heißt Sie müssen die immer weiter abholen. Davon ist auszugehen. Und das ist ein gesellschaftliches Problem und wo sterben Sie? 80% im Krankenhaus. Was schreiben die Patienten in die Patientenverfügung? Die wollen alle zu Hause sterben. Warum sterben die im Krankenhaus? Weil die Angehörigen um sie herum überfordert sind. "Du Mutti, das kann ich nicht!" Du könntest ja heute Nacht sterben, schnell schnell noch mal einen Rettungswagen, noch mal einen Notarzt rufen. Fragen Sie mal die Notärzte, was die machen. Ich habe Notärzte, die fahren nur durch die Gegend und sehen, dass sie eigentlich vor Ort nichts machen müssen, weil eigentlich ist das ein Palliativpatient, eigentlich, ne. Es sind nur die überforderten pflegenden Angehörigen, die die gerufen haben, die genau wissen was in der Patientenverfügung steht und trotzdem nicht damit klarkommen, das eins zu eins umzusetzen.

37 [0:25:16] **I:** Mit dieser Überforderung geht es eigentlich jetzt auch weiter. Jetzt wollte ich einmal auf die Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige eingehen. Welche kennen Sie denn da?

38 [0:25:28] **B:** Da kenne ich eigentlich nur mich. Da kenne ich, ja es gibt natürlich, das ist in Rheinland-Pfalz eigentlich recht gut geordnet. Woran liegt das, die Malu Dreyer, die hat wirklich einen guten Job gemacht, in der Zeit, als sie da auch als Sozialministerin unterwegs war. Die hat das ja alles hier kreiert. Das ist schon gut. Man kann zu diesen Altenberatungsstellen gehen und kann da sich beraten lassen. Ob es, wie genau und wie detailliert und wie tendenziös da beraten wird, das kann ich nicht beurteilen, aber ich habe doch auch schon ganz oft dorthin delegieren können und die Leute wussten dann hinterher was sie wollen und wie viel Pflege sie wollen und wie man das finanziert. Solche Dinge kann man gut dorthin delegieren. Das Zweite ist, man verweist die natürlich an die jeweiligen Pflegedienste, die sie vielleicht schon kennen. Ich frage immer "Kennen Sie was aus der Nachbarschaft? Wissen Sie mit wem der kooperiert? Sind die zufrieden?" Und dann klemmen die sich

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

daran und lassen sich dann auch von der Seite unterstützen. Das kann man machen. Und wir sind auch am Unterstützen natürlich, wenn wir eine Kraft aus Osteuropa brauchen, wenn die pflegerisch mit involviert werden sollen, sind wir auch oft Ansprechpartner. Nur so am Rande: So eine nette Nachbarin aus Litauen, die ist inzwischen auch verstorben mit 90, die hat über, da kam dann der Bus ein Mal im Monat und hat 8 junge Frauen aus Litauen ausgeschüttet. Die haben ihr dann den Kühlschrank leer gefressen und die kam dann und meinte "Hey Doktorchen, mach mal, gib mal Gas, ich habe ja 8 Frauen, die haben Hunger, sieh mal zu, dass du die verteilst!" Das war kein Problem. Das ging im Handumdrehen. Ich habe dafür keine Provision gekriegt, sie wahrscheinlich schon. Ich habe ruckzuck da Haushalte gehabt, die gerne immer gehabt haben und auch den Platz und den Raum hatten und habe das angeleiert, diese Kontakte vermittelt. Das haben wir hin und wieder gemacht. Dann haben Sie es auch immer wieder in der Praxis, das wenn Menschen versterben und die haben gutes Personal gehabt, was so, was nur sie versorgt hat, dann habe ich auch immer geguckt, wenn die mich angesprochen haben, dass ich dann eine Pflegestelle für die in der Folge auch gefunden habe.

39 [0:28:08] **I:** Das heißt das sehen Sie schon als Ihre Aufgabe an, die pflegenden Angehörigen dann zu vermitteln.

40 [0:28:14] **B:** Genau, das mache ich, genau. Wo ich es kann, versuche ich das.

41 [0:28:20] **I:** Welche Rolle spielen denn Hausbesuche bei Ihnen im Umgang mit den pflegenden Angehörigen?

42 [0:28:28] **B:** Die spielen eine große Rolle. Wir haben eine hohe Bereitschaft, Hausbesuche zu machen. Da wo wir sehen, dass die erforderlich sind. Wir haben auch Hausbesuche, die dann halt nur weitmaschig stattfinden, wo wir im Quartal vielleicht nur 2-mal vorbeikommen, einfach um den Kontakt zu den Pflegenden zu halten, wissend, dass der Lebenspartner oder die Lebenspartnerin oder das Kind das eigentlich perfekt machen. Und die schon bei uns eingeklickt haben, um Material zu haben, um irgendwie sich zu kümmern, Rezepte und so weiter, Verbandsmaterial, was man so braucht und wo wir wissen es läuft. Nur einfach Präsenz zeigen und Veränderungen bei den Patienten auch sehen. Die meisten Besuche werden wir tatsächlich gefordert.

43 [0:29:30] **I:** Haben Sie denn auch geschultes Praxispersonal für die Hausbesuche? So etwas wie eine NÄPA oder eine VERAH?

44 [0:29:39] **B:** Das war, das hat sich nicht gelohnt in der Version, weil unser Personal zu alt ist. Also ich habe ganz viele, die auf der Zielgeraden angekommen sind und da macht es keinen Sinn, die noch mal aufwendig zu schulen. Sie haben da als Praxisinhaber nichts davon und ich habe im Moment das Problem, dass ich zu viele kleine Stellen habe und ich habe ganz viele Frauen, die hier nur zum Beispiel 10 Stunden arbeiten wollen und das ist schade. Aber, wenn ich es mal schaffe, irgendwie 3-4 Helferinnen für 30 Stunden zu haben, dann werde ich das sicherlich machen.

45 [0:30:21] **I:** Okay. Jetzt sind wir ja gerade schon auf die Überlastung und Überforderung der pflegenden Angehörigen eingegangen, wie häufig erleben Sie denn diese kritischen Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld? Diese Überlastung...

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 46 [0:30:37] **B:** Häufig, häufig.
- 47 [0:30:39] **I:** Und welche Ursachen hat das Ihrer Meinung nach?
- 48 [0:30:43] **B:** Das, was ich Ihnen schon geschildert habe, wahrscheinlich sogar viel zu lange schon. Ich meine die Gesellschaftskritik, die Sie ja schon deutlich rausgehört haben. Das ist natürlich auch hier das Problem. Das Zweite ist natürlich auch ein Generationenkonflikt. Was weiß ich. Es gibt viele Junge, die sagen "meine Alten, die gehen mir auf den Sack. Jetzt werden sie pflegebedürftig und jetzt soll ich mich da wieder darum kümmern und bin wieder der liebe Sohn oder die liebe Tochter. Da habe ich nur bis zu einem gewissen Grad Bock drauf und weiter gehe ich nicht." Also da sehen Sie praktisch auch familiäre Konflikte, die wieder aufflackern. Da sehe ich ein Problem drin. Und ja, zum Teil Inkompetenz, das heißt zum Teil auch Ängste, dass man komplett aufgefressen wird. Es sind viele, es ist viel Zwischenmenschliches, was da eine Rolle spielt.
- 49 [0:31:46] **I:** Okay und was können Sie als Hausarzt konkret dazu beitragen, solchen kritischen Versorgungssituationen vorzubeugen?
- 50 [0:31:52] **B:** Vorbeugen ist schwierig. Als Hausarzt sehe ich eher meine Rolle, zu sehen, wenn Dinge nicht rundlaufen. Es ist ja so: In den meisten Fällen bin ich auch der Arzt für die Pflegenden, weil, ich bin ja eine Art Familienarzt als Allgemeinmediziner. Ich hatte Ihnen ja schon gesagt, wir versorgen die Menschen von der Wiege bis zur Bahre. Ich bin oft der erste Arzt, der einen Menschen sieht, ich habe viele Frauen, die Hausgeburten machen, da bin ich der Kinderarzt auch von der ersten Stunde an, mache die U2, alles. Arbeite alles durch, außer Säuglingshüfte darf ich alles. Säuglingshüfte ist ein Eingriff bei der U3, den delegiere ich, aber ansonsten mache ich bei den meisten Menschen von der Geburt bis hin zur Todesbescheinigung das ganze Programm. Das ist der Grund, warum ich überhaupt Allgemeinmediziner geworden bin, und das liebe ich. Das ist der Kick, das ist die Herausforderung, Menschen ein Leben lang zu begleiten. Und wenn ich dann sehe, dass Patienten von mir, die pflegen und jemanden pflegen, der nicht ganz leicht ist, dann warne ich natürlich auch davor, dass man das weiter in der Form betreibt, wie man es betreibt und ich sage dann auch: "Ab ins Altenheim!". Wenn Sie zum Beispiel jemanden haben, der dement ist, der rund um die Uhr Ihnen wie ein Pudel hinterherläuft, der keine Aufgabe mehr machen kann, der sich die Zahnbürste in die Ohren reinsteckt, dann...und Sie merken, wie praktisch der Pflegende kurz vor dem Zusammenbruch ist, dann ermutige ich, diesen Schritt zu machen, vor dem man ja zurückschreckt, weil man ja Angst hat, dass man im Angesicht der Nachbarn sich vor irgendetwas drückt. Viele quälen sich ja durch diesen Pflegejob durch, einfach aus Angst, dass es heißt: "Guck mal da, der hat seine Mutter abgeschoben ins Altenheim! Was ist denn das für eine schräge Nuss!" Und dann sage ich halt "Ne, jeder versteht Sie, das geht nicht mehr. Machen Sie es." Und ermutige dazu, dass man praktisch die Pflege auf einer anderen Ebene stattfinden lässt. Dass man sich Hilfe dazu holt, dass man sich professionelle Hilfe dazuholt. Ich gehe oft hin und sage, wenn ich jetzt jemanden habe, der von jetzt auf nachher einen insulinpflichtigen Diabetes hat, wo man dauernd Blutzucker pieken muss und gucken muss, dass der was isst, dass die Dosierung stimmt, dass die sich nicht in die Hypoglykämie reinspritzen. Wenn man dann noch, was weiß ich, einen diabetischen Fuß hat, mit einem riesigen stinkenden Loch, was noch versorgt werden muss, da sage ich dann halt "Das ist eine Nummer zu groß für Sie, nehmen Sie sich irgendwelche professionelle ambulante Hilfe, gucken Sie sich das an, wie das läuft. Wenn Sie dann der Auffassung sind, das kann ich, dann übernehmen Sie das wieder. Dann lassen Sie sich das Stachelholz in die Hand geben und sagen "Ich mache das jetzt. Ich traue mir das zu und ich habe dadurch auch

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

wieder einen Gewinn an Lebensqualität, weil ich dann selber wieder Herr über meine Zeit werde." Weil wenn Sie von außen einen Pflegedienst nehmen, der absorbiert Sie ja auch. Die wollen meinetwegen um 11 Uhr unbedingt dort und dort hin, aber der Pflegedienst war noch nicht da und sie sind diejenige, die die Tür aufmacht. Das ist scheiße. Und warum müssen sie auf den warten? Weil der nur Blutzuckerstix macht und dann sagt wir spritzen 18 Einheiten. Nach 5 Minuten ist der wieder weg. Und dann sagen sie als pflegende Angehörige "Verdammt! Ich mache das jetzt selbst, weil dann habe ich viel mehr Freiräume und muss nicht ständig hier gucken, dass ich da bin, wenn der kommt, wenn die da kommt und muss dann immer die Tür auf und zu machen. Man ist dann wieder autark. Man ist dann wieder autark und autonom über seine Zeit und das ist auch wieder ein Gewinn, wo viele sagen "Ja, Sie haben Recht. Ich habe mir das angeguckt, 3 Monate. Ich sage dem Pflegedienst freundlich, dass wir Sie nicht weiter brauchen, ich übernehme sie komplett." Und das sehe ich sehr oft. Das sehe ich sehr oft, wenn praktisch ein Mehrgenerationenhaushalt, wenn die zu pflegende Person im gleichen Haushalt lebt.

- 51 [0:36:21] **I:** Okay jetzt noch mal eine kurze Frage zum Personal: Inwieweit wird denn das Praxispersonal bei der Identifikation von pflegenden Angehörigen miteinbezogen?
- 52 [0:36:32] **B:** Das wird insoweit einbezogen, dass das natürlich, das viele topfitte lebenserfahrene Frauen sind, die zum Teil selbst schon gepflegt haben, eigene Angehörige, oder am Pflegen sind. Und die natürlich auch Ihren Chef kennen, den Sie schon seit über 20 Jahren begleiten (unverständlich) und mir natürlich schon Arbeit abnehmen und sagen, wie die Dinge laufen. Das heißt es findet auch viel Beratung an der Rezeption statt, mit der ich dann gar nicht mehr konfrontiert werde, weil der Angehörige, der pflegende Angehörige schon zufrieden ist mit der Auskunft, die mein Personal gibt.
- 53 [0:37:14] **I:** Okay gut. Jetzt gibt es ja auch eine Leitlinie: Eine S3 Leitlinie "pflegende Angehörige von Erwachsenen". Kennen Sie die?
- 54 [0:37:21] **B:** Nie gehört.
- 55 [0:37:23] **I:** Okay. Nutzen Sie andere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder Hilfsmittel im Umgang mit pflegenden Angehörigen?
- 56 [0:37:28] **B:** Ne. Kenne ich nicht.
- 57 [0:37:33] **I:** Und würden Sie sich da etwas wünschen?
- 58 [0:37:35] **B:** Ich bin fernab von jeglicher Leitlinie.
- 59 [0:37:43] **I:** Weil Sie denken, dass man das nicht auf die Realität...?
- 60 [0:37:48] **B:** (unverständlich) ich arbeite schon mit Leitlinien, natürlich. Aber ich bin kein, ich lese und kenne die Leitlinien, ich werde ständig mit diesen konfrontiert (unverständlich) was weiß ich, COPD Grad 1 von 2, Grad 3 und dies und das und jenes. Ich bewege mich da in Bahnen, die ich dann irgendwann angehalten habe und

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	ich gucke, ob das funktioniert und wenn das funktioniert, dann läuft das so weiter und fertig aus.
61	[0:38:14] I: Okay.
62	[0:38:21] B: Sie müssen gucken: Ich habe ja so ein Spektrum. Das ist ja teilweise nicht nur Medizin, ich bin auch in der Heilkunde, in der Palliativmedizin, ich bin Akupunkteur, ich bin leidenschaftlicher Homöopath und ich muss gucken, was mich im Leben wirklich weiterbringt als Arzt. Und wenn Sie den 80. Betablocker vorgelegt kriegen, dann schmeißen Sie irgendwann solche Pharmareferenten sofort wieder raus. Dafür habe ich weder Bock noch Zeit. Wenn Sie irgendwelche (unverständlich) kriegen, die im Quartal 6000€ kosten, die schmeiße ich postwendend wieder raus. Das können die machen, die damit furchtbar viel Spaß haben, sich mit Pharmareferenten rund um die Uhr zu unterhalten, die diese Lobbyisten gerne um sich herumhaben wollen, wie der Gesundheitsminister in Berlin. Und die werden praktisch ein Budget haben, die dann irgendwelchen Firlefanz verordnen. Es ist so: Da sind wir wieder bei Lebenskompetenz. Wenn Sie so an der Front arbeiten, wie wir das machen, dass diese sogenannten Innovationen entweder eine Wiederholung sind von irgendwas, was wir schon längst in den Labors hatten vor 50 Jahren, und das jetzt wieder neu aufgelebt wird, weil irgendein kack Patent wieder ausgelaufen ist. Aber diese Spielchen, die machen Sie irgendwann nicht mehr mit. Wir sind so drin, mitten im Leben und so nah an der Front, nah am Patienten, am Menschen, dass einem Leitlinien da nicht weiterhelfen. Wir haben eine Medizin in meiner Praxis, die ist dermaßen individualisiert, dass diese Leitlinien einen Rückschritt bedeuten.
63	[0:39:59] I: Gut, wie könnte denn die Unterstützung der pflegenden Angehörigen verbessert werden oder würden Sie sich da überhaupt etwas zu wünschen?
64	[0:40:07] B: Schwierig, schwierig. Sie haben ein Stichwort genannt, das ist diese NäPA, das ist schon eine kluge Einrichtung, weil, das, was da zu tun ist, das kann schon auf der NäPA-Ebene sich abspielen und man kann natürlich noch mal gucken, dass man diese Altenstützpunkte, die hier sind, noch mehr Publik macht und noch mehr unter Umständen ausbaut, weil jetzt da die Ärzte mit noch mehr Abrechnungsziffern, Versorgungen und so weiter, ich weiß nicht. Entlastung ist besser. Entlastung ist besser.
65	[0:41:00] I: Okay und inwiefern fänden Sie verstärkte Schulungen für Hausärzte im Umgang mit den pflegenden Angehörigen sinnvoll?
66	[0:41:09] B: Schulungen für Hausärzte. Weiß ich nicht, weiß ich nicht, ob man das als Ärzte braucht. Vielleicht liegt das an meinem fehlenden Abstraktionsvermögen, mir da was darunter vorzustellen, was da ablaufen kann. Das ist so. Wir haben einen Qualitätszirkel, sogar, ich habe einen Kollegen in Ingelheim, der Sanitätsrat, ein ganz netter, der hat unendlich viele Qualitätszirkel, die er da macht, leitet aber auch einen mit Pflege dabei. Ich habe das gescheut, weil ich so dachte, das kann nicht sein, dass ich jetzt mit solchen Sachen da irgendwie meine Nachmittage verbringen muss. Das ist einfach, ja. Da wird plötzlich eine Fortbildung angeboten, wie ich die Reha Anträge ausfülle, da denken Sie: "Mein Gott, das mache ich jetzt schon 20 Jahre. Wieso kann das jetzt plötzlich, kurz vor dem Ruhestand, noch mal mein Tagesmittelpunkt sein, zu lernen, wie man ein Formular ausfüllt?"

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

67	[0:42:30] I: Ja, das ist dann vielleicht etwas für die Jüngerer.
68	[0:42:30] B: Da sträubt sich etwas. Das sträubt sich etwas. Ich bin, ich fühle mich, durch meine Biografie als der Mann, der kompetent ist was Pflege angeht, dass ich mich bei solchen Veranstaltungen auch nur aufregen würde. Das wird nicht funktionieren, das wird nicht funktionieren. Die Pflege, das ist ein riesiges Geschäft auch, das ist ein riesiges Geschäft und da laufen mir Gestalten über den Weg und auch immer mehr, mit denen ich nichts anfangen kann. Und jetzt, wenn ich so gucke, wer die finanziert, verstehe ich warum es die überhaupt gibt. Sie haben zum Beispiel, Sie gehen als Ärztin durch ihr Altenheim, Sie wollen einen Dekubitus versorgen, das hat 20 Jahre gut funktioniert. Jetzt kriegen Sie gesagt: "Ne Sie müssen das..."da kommt dann irgendeiner, der erzählt Ihnen was und dann fragen Sie mal ganz leise einen anderen: "Wie kommt der dazu, mich darüber aufzuklären, wie ich diese Wunde zu versorgen habe?" Dann heißt es: "Das ist der Wundmanager". Das ist aber toll, seit wann hat der liebe Gott sowas geschaffen? Das habe ich doch gar nicht..."Ja das ist jetzt, dieser Posten"...(unverständlich) Lauter Verbandsfirmen, die da so praktisch neu beschulen, umsonst, damit die ihre Produkte verteilen. Das ist ja ganz toll, das ist eine ganz tendenziöse Beratung, da habe ich keinen Bock drauf, ich nicht. Und dann sollen Sie Rezepte schreiben für die Wundmanager, damit die praktisch nachweisen können, was die für Verbandsmaterial genutzt haben, und dann finanzieren die sich mit ihren 10% was weiß ich, eine Eigentumswohnung, wunderbar. Das freut mich, dass immer mehr Menschen davon leben wollen, von dieser Pflege, ich brauche das nicht. Ich brauche das nicht und diese Schulungen für Hausärzte, schwierig.
69	[0:44:45] I: Wir können da, also, in dem Kurzfragebogen, den ich vorbereitet habe, geht es um die Schulungen, vielleicht finden Sie ja da noch mal einen kleinen Impuls, was die Thematik angeht.
70	[0:45:00] B: Okay.
71	[0:45:03] I: Also erst mal sind wir jetzt mit dem Hauptinterview fertig und bei dem Kurzfragebogen würde ich jetzt gerade noch mal eben Ihre Eckdaten aufnehmen, zur Person.

Anhang 5.16. Interview P

1	[0:00:00] I: Also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis. Mit den pflegenden Angehörigen sind also wirklich Privatpersonen gemeint, die im häuslichen Umfeld Verwandte oder nahestehende Personen pflegen, keine ambulanten Pflegedienste, oder so. Wie oft haben Sie denn im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?
2	[0:05:07] B: In dem Sinne, dass Probleme auftauchen, die besprochen oder gelöst werden müssen?
3	[0:05:16] I: Genau zum Beispiel, also alle möglichen Kontakte mit pflegenden Angehörigen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

4	[0:05:21] B: Täglich kann man sagen.
5	[0:05:24] I: Okay gut und haben Sie das Gefühl, dass es in der letzten Zeit, in den letzten Jahren, zugenommen hat?
6	[0:05:30] B: Ne kann man eigentlich sagen so gleichbleibendes Niveau. Es gibt immer eine Zeit, wo wirklich mehr zutage tritt, und es gibt dann aber auch Zeiten wo das Ganze dann eher ja ein bisschen ruhiger ist.
7	[0:06:40] I: Okay gut. ... Dann schreiten wir zur nächsten Frage über:
8	[0:07:23] I: Okay also, wenn Sie an die einzelnen pflegebedürftigen Personen denken: Wie oft haben Sie da in der Regel Kontakt mit deren pflegenden Angehörigen, also ist das ein Kontakt, der eher regelmäßig ist oder unregelmäßig, sporadisch?
9	[0:07:39] B: Ne, eher regelmäßig.
10	[0:07:39] I: Okay und suchen Sie selbst aktiv den Kontakt?
11	[0:07:45] B: Ja der entsteht ja meistens bei der Hausbesuchstätigkeit, dass man ja da nicht nur den Patienten selbst aufsucht, sondern eben auch die Angehörigen dann häufig mit dabei sind und dass natürlich dann im Rahmen der Visite eben dann auch das Gespräch eher mit den Angehörigen geführt wird und da natürlich das ein oder andere Problem erörtert wird.
12	[0:08:13] I: Okay gut, auf die Hausbesuche kommen wir später auch nochmal genauer zu sprechen. Bei welchen Krankheitsbildern haben Sie denn vorwiegend Kontakt zu den Angehörigen?
13	[0:08:25] B: Ja meistens bei Patienten mit einer demenziellen Erkrankung, die zu Hause versorgt werden, meistens in der Phase wo es dann doch Richtung Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung geht.
14	[0:08:43] I: Okay.
15	[0:08:43] B: Meistens an dem Punkt wo eben die Versorgung zu Hause sich immer problematischer gestaltet.
16	[0:08:50] I: Okay, also quasi im Übergang zur stationären Pflege?
17	[0:08:55] B: Genau, ganz genau, das ist meistens so die Phase, wo dann eben die Probleme zunehmen und dann eben auch intensiverer Kontakt notwendig ist.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 18 [0:09:03] **I:** Okay, können Sie sagen in welchem Kontakt die pflegenden Angehörigen also in welchem Verhältnis die zur zu pflegenden Person meistens stehen? Sind das Familienmitglieder oder...?
- 19 [0:09:16] **B:** Genau, das sind ja meistens Familienmitglieder. Also meistens dann die Töchter oder die Schwiegertöchter, die Söhne ziehen sich da meistens ein bisschen zurück. Und dann ist es natürlich auch häufig so, dass dann in der Verwandtschaft dann irgendeiner rausgesucht wird, dem man das aufbürden kann, vor dem Hintergrund, dass derjenige z.B. nicht mehr zur Arbeit geht oder nur eine Halbtagsstelle hat, dass da eben immer auch sehr aktiv geguckt wird wer kann die Versorgung übernehmen.
- 20 [0:09:51] **I:** Und dann haben Sie schon das Gefühl, dass es manchmal auf einzelnen Personen hängen bleibt?
- 21 [0:09:58] **B:** Ja, ja definitiv. Und dann ist das nämlich eine ganz große Aufgabe unsererseits, diejenigen vor Überforderung zu schützen.
- 22 [0:10:04] **I:** Gut genau, dann kommen wir auch schon zum nächsten Punkt: Welche Chancen sehen Sie denn in der frühzeitigen Identifikation von pflegenden Angehörigen?
- 23 [0:10:17] **B:** Gut, ein wichtiger Punkt, um eben gerade dieses Überforderungsphänomen zu verhindern, denn häufig ist es so, dass diejenigen, die die Pflege übernehmen, ja große Energie an den Tag legen müssen, weil ja noch andere Verpflichtungen da sind...und man einfach diese moralische Verpflichtung hat: "Ich muss jetzt meinem Angehörigen, meiner Angehörigen helfen", und von daher diese Überforderung dann einfach weggedrückt, negiert wird.
- 24 [0:10:54] **I:** Okay, das heißt Sie legen in Ihrem Praxisbetrieb schon Wert darauf, die pflegenden Angehörigen, also frühzeitig Kontakt zu den pflegenden Angehörigen aufzunehmen?
- 25 [0:11:04] **B:** Ja genau!
- 26 [0:11:06] **I:** Gut.
- 27 [0:11:07] **B:** Es ist ja auch die häufige Situation, dass jemand z.B. auch aus dem Krankenhaus entlassen wird und dann eben die Pflegebedürftigkeit da ist und da sind wir natürlich von Anfang an dabei, wenn es eben darum geht, nach der Krankenhausentlassung die häusliche Versorgung zu gewährleisten und Kontakt zu Pflegediensten aufzunehmen und so weiter.
- 28 [0:11:27] **I:** Gut, Was denken Sie denn welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche haben die pflegenden Angehörigen an Sie?
- 29 [0:11:37] **B:** Ja am liebsten natürlich, dass wir von unserer Seite aus ein Komplettangebot liefern können.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 30 Was natürlich nur begrenzt der Fall ist, aber zumindest so, dass wir ihnen, was außerhalb unseres Bereichs liegt, ihnen entsprechend Hilfsangebote vermitteln können und nennen können. Also das heißt wir sind für die medizinische Versorgung zuständig, aber was z.B. den pflegerischen Teil angeht, dass wir da z.B. die Adresse von Pflegediensten weitergeben oder wir uns auch selbst um den Pflegedienst kümmern, das machen wir auch, dass sonstige Hilfestellungen wie jetzt Demenzgruppen, Tagespflege, Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige, dass man da einfach die Angebote, die es gibt, den Pflegenden dann vermittelt.
- 31 [0:12:37] **I:** Okay, perfekt. Sehr gut. Da kommen wir später auch noch mal kurz drauf zu sprechen. Inwiefern sehen Sie denn die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an und worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle Unterstützung?
- 32 [0:12:55] **B:** Selbstverständlich aus welcher Perspektive?
- 33 [0:13:03] **I:** Aus Ihrer Perspektive, also sehen Sie das für sich als Selbstverständlichkeit, dass Sie die pflegenden Angehörigen zum Gespräch bitten und mit einbeziehen?
- 34 [0:13:17] **B:** Ja, das gehört ja mit dazu. Das gehört ja ganz klar mit dazu in das Gesamtkonzept, was es zu erstellen gilt.
- 35 [0:13:26] **I:** Okay und welche Herausforderungen und Schwierigkeiten sehen Sie da im Umgang mit den pflegenden Angehörigen?
- 36 [0:13:36] **B:** Herausforderung: Eben ein realistisches Setting zu vermitteln, also dass.. es gibt Angehörige die gehen davon aus, ich muss jetzt nur noch einen Pflegedienst beauftragen und muss mich um gar nichts mehr kümmern und da muss man natürlich dann die Leute abholen und sagen: "Ne also so sieht das nicht aus bei der und der Pflegegraduierung haben Sie die und die Einsatzmöglichkeiten, die finanziellen Mittel und die wiederum bedingen, dass Sie die und die Unterstützung erfahren können, aber eben nicht, dass Rund um die Uhr Betreuung damit möglich wäre."
- 37 [0:14:18] **I:** Okay gut. Jetzt sind wir ja quasi schon ein bisschen darauf eingegangen, dass es ein umfangreicheres Thema ist: Wie schätzen Sie denn den zeitlichen und finanziellen Aufwand ein, den Sie durch die Gespräche mit den Angehörigen haben?
- 38 [0:14:36] **B:** Der Aufwand ist schon zum Teil sehr groß und wird finanziell überhaupt nicht abgebildet.
- 39 [0:14:43] **I:** Okay und würden Sie sich da wünschen, dass man da in Zukunft vielleicht was daran ändert?
- 40 [0:14:50] **B:** Ja selbstverständlich, wenn es da eine Möglichkeit gäbe, das abzurechnen, dann wäre dies auf jeden Fall gerecht umgesetzt, weil, das ist wirklich seine Freizeit, die man da investiert.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

41	[0:15:05] I: Ja das kann ich gut verstehen. Genau, jetzt kommen wir auf die Hilfs- und Unterstützungsangebote zu sprechen. Da haben Sie ja grade schon eine Menge genannt, was Ihnen da bekannt ist und Sie haben auch gesagt, dass Sie die pflegenden Angehörigen aktiv dorthin vermitteln, richtig?
42	[0:15:25] B: Genau, genau.
43	[0:15:28] I: Haben Sie da direkten...
44	[0:15:29] B: Also zumindest das Angebot vermitteln: "Hier ist die Stelle, da ist die Telefonnummer". Kontaktaufnahme sollen dann natürlich die Angehörigen selbst machen.
45	[0:15:38] I: Okay und haben Sie das denn im Vorfeld auch mit den Pflegestützpunkten oder anderen Einrichtungen abgesprochen? Haben Sie da direkten...?
46	[0:15:49] B: Ne die wissen das schon, wenn die Angehörigen da anrufen und die sagen die Praxis hat uns Ihre Nummer weitergegeben, dann wissen die schon jawoll, das kommt von uns und die sind entsprechend vorbereitet.
47	[0:16:02] I: Okay, genau das heißt Sie sehen das auch richtig als Ihre Aufgabe an, da aktiv eine Vermittlung zu schaffen?
48	[0:16:09] B: Ja.
49	[0:16:13] I: Gut, dann kommen wir jetzt fast schon zum Schluss zu den Hausbesuchen. Sie haben gesagt, dass Sie Hausbesuche durchführen, um sich ein Bild zu machen von der häuslichen Umgebung. Haben Sie da auch speziell geschultes Praxispersonal?
50	[0:16:36] B: Wir haben eine nichtärztliche Praxisassistentin.
51	[0:16:40] I: Okay also eine NäPA richtig?
52	[0:16:43] B: NäPA, genau, genau.
53	[0:16:47] I: Gut, wenn Sie jetzt an kritische Versorgungssituationen in der häuslichen Umgebung denken, dass die pflegenden Angehörigen einfach zu stark belastet sind: Was glauben Sie welche Ursachen hat das denn?
54	[0:17:03] B: Gut, das ist meistens die Doppelt- oder Dreifach-Belastung, die die Pflegenden dahaben, dass sie entweder noch einer beruflichen Tätigkeit gleichzeitig nachgehen oder dass eben noch andere Familienangehörige mit versorgt sind wie z.B. Kinder oder ein Ehemann, der vielleicht selbst auch noch erkrankt ist. Und wie gesagt ich gehe meistens davon aus, weil es der Realität entspricht, dass eben

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

weibliche Angehörige die Versorgung, die Pflege übernehmen de facto und wie gesagt, dass einfach auch aus dieser, dieser Mehrfachbelastung irgendwann die Überlastung wird, die wird eben nicht so wahrgenommen nach dem Motto "Ich muss ja arbeiten gehen und ich muss die Kinder versorgen und die Oma muss auch versorgt werden ich habe ja keine andere Wahl". Und dann kann es ihnen dann eben doch passieren, dass von den anderen Verwandten dann noch zusätzlich eine Erwartungshaltung aufgebaut wird nach dem Motto "Du bist diejenige, die am wenigsten von uns arbeiten geht und dann kannst du ja am besten die Versorgung der Oma übernehmen."

55 [0:18:06] **I:** Okay, ja.

56 [0:18:07] **B:** Und dass eben einmal die inneren Ansprüche dann eben nicht angepasst werden können, der äußere Druck auch nicht weniger wird und dass dann eben irgendwann zu der Situation führt, dass man eben im Hamsterrad immer schneller läuft aber irgendwann dann erschöpft zusammenbricht.

57 [0:18:24] **I:** Haben Sie da irgendwie noch einzelne Situationen, die Ihnen da noch besonders noch vor Augen sind, die besonders kritisch waren?

58 [0:18:34] **B:** Ja, ja ja ja ja.

59 [0:18:37] **I:** Okay alles klar wie kann man denn Ihrer Meinung nach solchen kritischen Pflegesituationen vorbeugen oder was können Sie konkret dazu beitragen?

60 [0:18:51] **B:** Ja erst mal natürlich indem man sie erkennt und das ist eben durch eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet, das heißt, wenn wir zum Beispiel zu unseren regulären Hausbesuchen fahren, dann sehen wir unsere Patienten alle 4 Wochen, im Einzelfall dann auch alle 2 Wochen. Und dann bekommt man ja mit zum einen wie ist die häusliche Umgebung, wie ist allein die Stimmung. Das ist ja auch schon ein ganz wichtiger Indikator. Ob man dann entsprechend die Leute antrifft und dann natürlich auch ein Gespräch mit den Angehörigen, dass man raushören kann oh hier hakt es, hier entwickelt sich ein Problem.

61 [0:19:36] **I:** Okay gut, jetzt habe ich nochmal eine Frage zu dem Praxispersonal vor Ort in der Praxis. Inwieweit beziehen Sie das Personal in die Identifikation der pflegenden Angehörigen ein?

62 [0:19:55] **B:** Die werden natürlich miteinbezogen, weil ja solche Informationen zum Teil eben auch bei den Anrufen weitergeben werden, wenn Medikamente bei den Helferinnen zum Beispiel bestellt werden, dass die Angehörigen dann eben auch bei der Situation mal ein bisschen aus dem Nähkästchen plaudern und sagen: "Letzte Nacht war ja wieder so schlimm. Opa oder Oma haben die Nacht zum Tag gemacht und wir konnten kein Auge zutun und haben uns da natürlich selbst um unseren Schlaf gebracht und heute Morgen muss ich ja wieder fit sein." Das sind so Signale dann schon, die da kommen.

63 [0:20:38] **I:** Okay und wird das dann in die Akte eingetragen oder kommt das Personal dann aktiv zu Ihnen?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

64	[0:20:43] B: Beides, beides, ja!
65	[0:20:47] I: Beides, gut, jetzt gibt es ja tatsächlich auch eine S3 Leitlinie zum Thema "pflegende Angehörige von Erwachsenen", ist Ihnen die bekannt?
66	[0:20:59] B: Ich weiß, dass es Sie gibt, aber da muss ich zu meiner Schande gestehen ich habe nur mal schnell drüber geblättert.
67	[0:21:09] I: Ja ja okay gut. Gibt es denn andere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder Hilfsmittel, die Sie dann nutzen im Umgang mit den pflegenden Angehörigen?
68	[0:21:20] B: Ne, sonst würde mir jetzt nichts einfallen.
69	[0:21:27] I: Okay würden Sie sich da irgendwas wünschen? Oder meinen Sie sie sind schon ganz gut aufgestellt?
70	[0:21:37] B: Ne, ich bin der Meinung das meiste, was wir so an Instrumentarien haben, ist ja aus der Praxis heraus entstanden. Das Ganze ist ja immer davon abhängig wo bin ich lokalisiert, wie sind die Rahmenbedingungen, welche lokalen Hilfsangebote existieren denn. Also da muss man immer ein bisschen aufpassen, dass jetzt Theorie nicht auf Praxis trifft, dass da jetzt ganz tolle Angebote vermittelt werden, die es de facto vor Ort gar nicht gibt.
71	[0:22:05] I: Okay gut, aber Sie würden sich da schon noch eine Leitlinie zu wünschen oder eher nicht?
72	[0:22:16] B: Also grundsätzliches Material ist natürlich immer wünschenswert, was jetzt nicht auf die, ja klar, spezielle Situation bezogen sein kann.
73	[0:22:30] I: Ja klar, das ist immer schwierig.
74	[0:22:32] B: Ja, ja.
75	[0:22:35] I: Wie könnte denn die Unterstützung von den Pflegepersonen in Zukunft verbessert werden?
76	[0:22:43] B: Ja, indem die Rahmenbedingungen von Seiten des Gesetzgebers vielleicht einfach dargestellt werden, dass die, wenn es jetzt um die Vermittlung geht zum Beispiel eines Kurztherapieplatzes oder in der finanziellen Unterstützung der Pflegenden oder die Möglichkeit, dass Pflegende ja dann auch mal eine Auszeit nehmen können, eine Rehamaßnahme in Anspruch nehmen können, dass diese Wege einfach klarer kommuniziert werden und auch nicht so bürokratisch behaftet sind. Dass das Hilfsangebot, das man entsprechend pflegenden Angehörigen anbieten kann, einfacher zugänglich ist und transparenter dargestellt wird.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

77	[0:23:46] I: Ja, ja gut alles klar und inwiefern wären für Sie verstärkte Schulungen für Hausärzte sinnvoll zu dem Thema pflegende Angehörige?
78	[0:23:58] B: Also wäre ja eine der Möglichkeiten, da Hilfestellungen rüberzubringen, ja. Das ist ja einfacher, als wenn ich mich jetzt hinsetze und eine Broschüre durchblättere, wenn ich das jetzt schön dargestellt bekomme.
79	[0:24:19] I: Genau, hätten Sie da irgendwelche Wunschthemen? Wenn nicht ist es nicht schlimm, wir kommen da gleich noch mal drauf...
80	[0:24:32] B: Ne ne, das, was ich eben so zum Schluss, weil, das weil Sozialgesetzgebung ist derart kompliziert, dass man da ein bisschen vielleicht über den Hintergrund informiert würde.
81	[0:24:41] I: Okay gut perfekt, dann sind wir mit dem eigentlichen Interview schon durch.

Anhang 5.17. Interview Q

1	[0:00:00] I: Genau, also das Thema ist ja die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen durch die Hausarztpraxis, mit pflegenden Angehörigen sind wirklich die Privatpersonen gemeint, die Verwandte oder nahestehende Personen pflegen. Wie oft haben Sie denn in Ihrem Praxisalltag mit den pflegenden Angehörigen zu tun?
2	[0:01:14] B: Täglich, sehr häufig.
3	[0:01:18] I: Okay und inwiefern hat das in den letzten Jahren zugenommen?
4	[0:01:20] B: Also wir wohnen auf dem Land und da würde ich schon sagen, dass es immer viele pflegende Angehörige gibt, weil es hier noch intakte Familiensysteme gibt auch mit Oma, Opa noch oder mit Kindern, Enkeln und sowas und das eigentlich, also ich arbeite hier jetzt seit über 20 Jahren in der Praxis, meine Mutter hatte die Praxis vorher und dementsprechend kriege ich das seit 40 Jahren mit und das ist immer schon so gewesen, dass wir in die Haushalte reinfahren und dort mithelfen, zu pflegen. Also bei uns ist das glaube ich anders als in der Stadt.
5	[0:01:59] I: Okay, gut, auf die Hausbesuche kommen wir dann auch gleich noch mal zu sprechen.
6	[0:02:03] B: Ja!
7	[0:02:04] I: Wenn Sie an die einzelnen Pflegebedürftigen, an die einzelnen pflegenden Angehörigen denken, wie häufig haben Sie da Kontakt zu denen? Ist das regelmäßig oder eher sporadisch?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

8	[0:02:16] B: Ja, regelmäßig.
9	[0:02:18] I: Okay und suchen Sie selbst den Kontakt zu denen?
10	[0:02:22] B: Ja gut durch Hausbesuche hat man natürlich den Kontakt, die laufen bei uns routinemäßig und notfallmäßig, so ja, also einerseits sage ich an wann ich komme, also jeden Monat ein Mal und andererseits eben, wenn die mich brauchen. Dann hat man natürlich den Kontakt und generell aber doch schon recht häufig.
11	[0:02:42] I: Okay und wenn jetzt jemand neu pflegebedürftig wird, schauen Sie dann auch, dass Sie die pflegenden Angehörigen dann auch aktiv identifizieren können?
12	B: Absolut, wir wissen immer ganz genau, wer Betreuer ist, wir wissen ganz genau wer pflegt, wir kennen die Leute ja auch sehr gut, weil es unsere Patienten sind, ja. Und dementsprechend wissen wir ganz genau auch von den familiären Zusammenhängen dann auch eben Bescheid.
13	[0:03:06] I: Okay gut, bei welchen Krankheitsbildern haben Sie denn vorrangig Kontakt zu den pflegenden Angehörigen?
14	[0:03:16] B: Ja, bei Wunden natürlich generell, wenn irgendwo irgendwas auffliegt, was hoffentlich nicht passiert und natürlich dann, die kommen aus dem Krankenhaus, egal weshalb, ja und sind dann pflegebedürftig. Haben wir nach Schlaganfall, nach Herzinfarkt natürlich sowieso aber eben auch, wenn jemand vor allem gestürzt ist, vorher hundertprozentig selbst versorgt wird und eben plötzlich eine Pflege kommt, ja. Das sind so die meisten Sachen denke ich. Dann natürlich die normal alternden Menschen, die einfach irgendwann nicht mehr können und dann wir versuchen, dass wir wirklich bis zum Ende die auch zu Hause versorgen.
15	[0:03:54] I: Okay gut und in welchem Verhältnis stehen die pflegenden Angehörigen zu ihren pflegebedürftigen Personen in der Regel?
16	[0:04:00] B: Sie meinen wie viele Angehörige einen pflegen, oder wie?
17	[0:04:07] I: Ne, in welchem familiären Verhältnis, oder...?
18	[0:04:11] B: Achso, Kinder, leider meistens immer noch die Mädchen, ja und ansonsten mal Nefte/ Nichte, aber meistens die Kinder.
19	[0:04:25] I: Okay und überwiegend Frauen haben Sie gesagt.
20	B: Überwiegend Frauen, ja.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

21	[0:04:27] I: Okay, welche Chancen sehen Sie denn in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen durch die Hausarztpraxis?
22	[0:04:34] B: Ja also bei uns wird es gar nicht anders gemacht, weil es nicht mehr möglich ist ab einem bestimmten Punkt. Man muss von Anfang an gucken, dass alles geplant ist. Ich plane schon aus dem Krankenhaus heraus. Bevor die aus dem Krankenhaus kommen wird bei uns schon geplant. Lläuft ja nicht immer gut mit dem Sozialdienst, aber wir versuchen dann auch, gut mit dem Sozialdienst zusammen zu arbeiten und ansonsten immer sofort.
23	[0:04:59] I: Das heißt Sie legen da auf jeden Fall Wert darauf...
24	[0:05:01] B: Ja absolut!
25	I: ...das systematisch zu machen. Gut. Mit welchen Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen kommen die pflegenden Angehörigen zu Ihnen?
26	[0:05:13] B: Also natürlich geht es einmal um so profane Sachen wie Bett und also die ganzen Pflegeutensilien, dann natürlich eben auch Unterstützung: "Wie kriege ich den ganzen Schreibkram hin?" Ob das jetzt Pflegestufe, ob das Pflegegrad jetzt oder Schwerbehinderung und so weiter, diese Sachen sind es. "Wo kriege ich Gelder her und was erwartet mich überhaupt?" Ich bin auch immer jemand, der recht deutlich sagt, dass die Pflege wirklich das Schwierigste ist, was es überhaupt gibt und auch sehr offen von Anfang an mit den Leuten rede ob sie das wirklich machen können, weil wir haben ja hier auf dem Dorf noch eine Problematik, dass man das macht. Man gibt keinen weg. Dadurch gehen wirklich andere Familien zugrunde. Also die nächste Familie dann, Kinder und sowas, ja, das ist wirklich ganz, ganz schwer. Und deswegen versuchen wir eine gute Infrastruktur mit Pflegedienst, mit Hospiz gegebenenfalls, ich arbeite sehr eng mit der Hospizgesellschaft zusammen, mit Palliativstationen und dass dann wirklich die Leute auch immer wieder entlastet sind, auch raus können und nicht eben die ganze Zeit dann dasitzen. Und man weiß ja nie wie lange dauert das. Eine Pflege kann einen Tag dauern, eine Pflege kann aber auch Jahre dauern. Das ist das, was ich versuche, relativ früh den Leuten auch zu sagen, dass sie sich ganz sicher sind, dass sie das machen und dann geht das eigentlich auch in der Begleitung ganz gut.
27	[0:06:36] I: Okay und sind das in der Regel einzelne Personen oder auch mehrere, die sich dann...?
28	[0:06:42] B: Meistens sind das Einzelpersonen, weil ich auch lieber mit einer Person rede, eigentlich, weil es sonst zu unkoordiniert wird, wenn wieder alle... Ich bin auch jemand, der schon sehr früh für alle alten Patienten, nicht nur für alte, aber Patientenverfügungen macht, dass man auch Betreuungsverfügungen und sowas hat, dass man weiß, wer ist dann Ansprechpartner. Und auch nicht einfach jemand das macht, sondern derjenige es auch so wollte. Das ist ja ein Unterschied.
29	[0:07:07] I: Auf jeden Fall.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 30 **B:** Und auch eben der, der es kann, nicht den man mag. Das ist auch ein großer Unterschied, ja. Und da ist es doch meistens einer, aber ich rede auch mit ganzen Familien hier. Ich gehe ja dann auch in die Wohnungen rein und da guckt man sich das alles an. Was braucht man zum Beispiel, was ist nicht gut, da werden erstmal die Teppiche weggeräumt und solche Sachen. Also wenn es jetzt nicht gerade eine bettlägerige Pflege ist.
- 31 [0:07:33] **I:** Gut jetzt haben Sie auf die nächste Frage schon ganz gut geantwortet, das war nämlich: Worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle Unterstützung. Ich denke die können wir jetzt überspringen. Welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie denn in dem Umgang mit den pflegenden Angehörigen?
- 32 [0:07:53] **B:** Also manche wollen es nicht machen und sind da einfach zu verdonnert worden, das ist ein großes Problem. Das merkt jeder dann auch. Da muss man gucken, ob man vielleicht doch jemand anderen, anders koordiniert und so weiter doch entlastet. Es sind ja oft eben Mutter/Tochter zum Beispiel, das ist sehr schwierig. Also Eltern zu pflegen ist generell sehr schwierig, würde ich sagen, ja, weil das Verhältnis sich ja umkehrt und dann noch Mutter/Tochter ist meistens das Horrorszenario. Und da ist es schon oft so, dass man dann doch jemand anders reinnimmt und so weiter.
- 33 [0:08:29] **I:** Okay gut, wie schätzen Sie denn den zeitlichen und finanziellen Aufwand auf die Praxis bezogen ein?
- 34 [0:08:37] **B:** Sehr hoch. Immer sehr hoch, also wenn wir jemanden neu kriegen aus dem Krankenhaus wissen wir schon immer das ist sehr belastend wieder auch. Sehr lange Gespräche und ich arbeite aber auch zusammen mit jemandem, der das beruflich anbietet, dann eben als Helferin reingesetzt zu werden. Also ich gebe denen dann sozusagen deren Flyer mit und die können dann mit ihr sprechen und sie managt dann alles.
- 35 [0:09:09] **I:** Okay was ist das genau für...?
- 36 [0:09:10] **B:** Das ist eine Freundin von mir, die sich damit selbstständig gemacht hat und die dann eben, also sie hat dann eben die Befreiung der Schweigepflichten und dann kann sie mit Ärzten reden. Sie macht die ganzen Sachen mit zum Beispiel Pflege, dann aber auch was braucht man, also Pflegegrad und sowas. Papier, das ist unheimlich viel, diese Verwaltungssachen, die dann alle laufen müssen und das nimmt sie denen dann alles ab. Genauso wie auch dann von mir die ganzen Sachen anzufordern für bestimmte Sachen und so weiter.
- 37 [0:09:44] **I:** Okay und wie rechnet sie das dann ab?
- 38 [0:09:46] **B:** Das rechnet sie mit denen privat ab.
- 39 **I:** Privat, okay alles klar. Und sonst gibt es ja keine Möglichkeit in der Praxis da noch etwas abzurechnen, oder?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

40	[0:09:56] B: Ne, bei uns nicht, ne.
41	[0:09:57] I: Würden Sie sich das wünschen?
42	[0:09:58] B: Ja auf jeden Fall. Also ich finde, dass es generell viel viel viel zu wenig ist, für alte Leute irgendwelche Ziffern abzurechnen. Also da haben wir ja gar nichts. Gerade die Dementen, die ja auch wirklich lange Zeit brauchen und die... und jedes Gespräch mit dem Angehörigen ist ja eigentlich etwas, was ich gar nicht richtig abrechnen kann.
43	[0:10:21] I: Ja, wenn sie selbst nicht Patienten bei Ihnen sind, eventuell.
44	[0:10:25] B: Ja, eben ganz genau. Und wir haben zum Glück noch einen Pflegestützpunkt, der uns auch noch bei manchen Sachen da ein bisschen unterstützt, den wir dann auch, auf den wir verweisen und dann können die Leute sich dort auch ein kleines bisschen beraten lassen. Die haben dann Listen, die man abhaken kann, was die alles brauchen, wenn da jemand fit war, plötzlich liegt er da zu Hause rum, was muss ich da tun?
45	[0:10:48] I: Okay, haben Sie da auch Flyer von diesem Pflegestützpunkt?
46	[0:10:52] B: Der Pflegestützpunkt ist ein ganz normaler Pflegestützpunkt, da gebe ich die Nummer mit raus, weil dann die miteinander alles machen müssen.
47	[0:11:02] I: Jetzt haben Sie schon den Pflegestützpunkt und die Hospizarbeit genannt, welche weiteren Unterstützungsangebote kennen Sie für pflegende Angehörige?
48	[0:11:09] B: Ja gut ich mache das dann oft eben über meine Freundin, dass die das mit klärt. Ansonsten bei den Ämtern können die ja auch anrufen zum Beispiel, aber sonst, ansonsten läuft es bei uns eben über die Pflegedienste dann und die haben bei uns ja teilweise dann so Putz- und Haushaltshilfen mit dabei, dann haben wir das schon mal alles abgeklärt und den Rest mache eigentlich ich sonst alles.
49	[0:11:34] I: Okay gut, genau, Sie vermitteln auch aktiv, das haben Sie jetzt gerade gesagt. Und inwiefern sehen Sie das als Ihre Aufgabe an, das auch zu tun?
50	[0:11:49] B: Meine Aufgabe ist es generell ja eigentlich gar nicht, weil ich nur für das Medizinische zuständig bin, aber ich möchte ja, dass mein Patient gut versorgt ist und deswegen ist es ethisch definitiv meine Aufgabe, ja.
51	[0:12:04] I: Okay gut, auf die Hausbesuche sind sie auch schonmal eingegangen, wie oft führen Sie die durch?
52	[0:12:13] B: Also wir machen jede Woche Hausbesuche, dementsprechend wie es nötig ist. Also die Routine-Hausbesuche sind entweder ein Mal im Monat oder alle 2 Wochen und dann melden sich die Leute bei uns und sagen an, wenn sie einen Hausbesuch haben möchten. Viele sind ja so, dass sie sagen, ich möchte sie nur

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	haben, wenn ich unbedingt möchte. Und dann werden die reingeschoben. Also ich mache manchmal eben bis zu 20 Hausbesuchen dann.
53	[0:12:44] I: Okay, am Tag?
54	B: Ja.
55	[0:12:45] I: Und machen Sie das gezielt auch, um sich ein Bild von der häuslichen Situation zu machen?
56	[0:12:48] B: Ja, auf jeden Fall, immer! Also wenn Leute nach Hause kommen, machen wir immer einen Hausbesuch und gucken uns das an und sprechen dann mit den Angehörigen vor Ort durch was benötigt wird. Es geht ja auch immer um die anderen Sachen wie Ergotherapie, KG und sowas, da muss ich gucken, ob das überhaupt da möglich ist. Und gerade so Sachen wie Bett, Toilettenstuhl und sowas, das sind ja wichtige Dinge, auf sowas kommt man ja auch nicht immer gleich als Angehöriger, was man eben auch als Erleichterung haben kann und das sprechen wir immer alles durch.
57	[0:13:19] I: Okay und haben Sie auch geschultes Praxispersonal für Hausbesuche?
58	[0:13:24] B: Ja, ja ich habe eine VERAH und die guckt sowieso und ich habe noch andere, die sind seit über 40 Jahren auch hier mit dabei und die gehen dann auch zu den Blutentnahmen und so weiter. Ich schicke auch für die Blutentnahmen dann eben die Leute dahin.
59	[0:13:41] I: Wie häufig erleben Sie denn kritische Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld?
60	[0:13:47] B: Ja also, so dass man es einfach nicht schafft, also dass jemand nach Hause gebracht wird aus dem Krankenhaus und wenn ich gefragt worden wäre, hätte ich sofort gesagt: "Nein geht gar nicht", aber derjenige sagt dann halt: "Ich bin total gut versorgt zu Hause", weil die einfach Heim wollen, die alten Leute und dann gibt es eine große Problematik, ja. Es entsteht schon immer wieder. Ich kann jetzt nicht genau sagen 1 Mal pro Woche oder sowas aber im Monat würde ich schon sagen, schon so 2-3 Mal.
61	[0:14:21] I: Okay und welche Ursachen hat das wohl? Jetzt haben Sie schon mal...
62	[0:14:25] B: Also die zu frühe Entlassung oder die unkoordinierte Entlassung, das ist meistens so.
63	[0:14:30] I: Und dann auch die resultierende Überforderung der Angehörigen?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

64	[0:14:34] B: Ja absolut, also die Leute arbeiten ja. Dann kommt plötzlich jemand nach Hause, der sagt "Ich bin total versorgt", es geht aber dann nicht mehr so und dann muss man sehr sehr aufpassen.
65	[0:14:47] I: Gut, welche kritischen Versorgungssituationen haben Sie denn schon erlebt? Gibt es da etwas, was Sie da noch richtig im Hinterkopf haben?
66	[0:14:56] B: Naja, schon eben einfach so Überforderung, dass die Leute sich dann auch streiten. Also dass wirklich dann auch die Kommunikation so belastet ist, dass man eigentlich jemanden rausnehmen muss, sofort. Auch Handgreiflichkeiten zum Beispiel. Also wenn jemand einfach nicht mehr kann, dann ist so etwas nachvollziehbar. Natürlich nicht legitim, aber man kann es manchmal verstehen mit welcher, ja also gerade auch Menschen zum Beispiel, Alkoholiker, die dann plötzlich eben pflegebedürftig sind und die Frau die ganze Zeit das jetzt machen muss obwohl, das sind ja ganz schwere Schicksale. Im Dorf gibt man keinen weg, was macht man jetzt? Eigentlich will man das überhaupt nicht haben und machen. Oder Wunden, die dann plötzlich eben, weil es dann doch nicht richtig funktioniert hat, einfach dann jemand entlassen wurde, am Freitag, ich das nicht mehr mitgekriegt habe, weil wir ja am Wochenende nicht da sind, montags dann "Ja hier ist übrigens der Entlassungsplan". Da stehen dann 10000 Sachen drauf, die man eigentlich hätte machen müssen, hat man natürlich nicht. Die Medikamente sind nicht gegeben worden, alles Mögliche und dann versucht man ab montags dann irgendwie die Lage zu retten. Da hatte ich jetzt auch gerade wieder eine: 2 Zehen amputiert, Ende 80 mit Diabetes, PaVK und sowas und auch angebrannt über das Wochenende. Jetzt müssen wir das irgendwie hinkriegen und das sind so Sachen da ärgere ich mich auch unheimlich drüber, weil es nicht nötig ist. Wenn man das vom Krankenhaus aus gleich regeln würde und auch eben ordentlich Medikamente mitgeben würde, was man ja heute kann, aus dem Krankenhaus heraus, ne, dann würde das gar nicht auftauchen, dann hätte der Hausarzt auch nicht morgens um 8 Uhr, wo ja wirklich jeder anruft, ein Riesendilemma, dass man da eigentlich zum Hausbesuch hinmüsste, aber ja auch nun hier die Bude voll hat.
67	[0:16:54] I: Okay inwieweit wird denn das Personal bei Ihnen in die Identifikation von pflegenden Angehörigen einbezogen?
68	[0:17:00] B: Das weiß jeder hier, das steht auf den Karten drauf mit Telefonnummer oder im PC wer verantwortlich ist. Die Patientenverfügungen liegen auch bei uns drin, die PALMA-Bögen (unverständlich) oder je nachdem, was nötig ist ist, überall, das weiß immer jeder.
69	[0:17:18] I: Okay, also sobald jemand neu pflegebedürftig wird...
70	[0:17:21] B: Ist immer der Pflegende vorne drauf mit Telefonnummer.
71	[0:17:25] I: Okay gut. Dann gibt es ja auch noch eine S3 Leitlinie "pflegende Angehörige von Erwachsenen", kennen Sie die?
72	[0:17:32] B: Ich kenne die, ja, aber ich würde sie jetzt nicht auswendig wissen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

- 73 [0:17:36] **I:** Okay gut, nutzen Sie noch andere Leitlinien oder Praxisempfehlungen im Umgang mit pflegenden Angehörigen?
- 74 [0:17:42] **B:** Also ich habe die Weiterbildung Geriatrie gemacht, ich habe nur am Ende die Prüfung nicht gemacht, weil es dann nicht funktioniert hat. An diesen Sachen hangeln wir uns entlang.
- 75 [0:17:52] **I:** Okay gut. Gibt es noch andere Hilfsmittel, die Sie sich da wünschen würden?
- 76 [0:18:02] **B:** Eigentlich ist dort ja alles drin, aber es ist nicht realistisch für den Alltag. Deswegen muss man da auch immer Abstriche machen, das klingt immer total schön, so eine Leitlinie, finde ich auch toll, dass es das gibt, aber es ist halt nicht realistisch. Also wenn man jetzt hier überlegt ich kriege halt keinen Pflegedienst oder jemanden, der total abgehetzt ist, der aber vielleicht auch sich einfach nur mal einmal hinsetzen müsste nur und mal kurz reden müsste, um vielleicht wieder weiterzukommen und eine ordentliche Wundversorgung machen müsste, das kann auch nicht jeder Pflegedienst. Das sind sehr schwere Sachen glaube ich und im Alltag ist so eine Leitlinie oft sehr verwischt.
- 77 [0:18:39] **I:** Okay gut. Wie könnte denn die Unterstützung der pflegenden Angehörigen in Zukunft verbessert werden und was würden Sie sich dazu wünschen?
- 78 [0:18:44] **B:** Also, wenn es jetzt wirklich bestimmte, wie jetzt meine Freundin das macht, das eben auch offiziell geben würde, weil das kann sich eben nicht jeder leisten, das kann ich empfehlen, aber das kostet halt was, genau wie ein Notar oder Anwalt oder sowas auch. Und deswegen wäre es ganz gut, wenn wie bei dem Pflegestützpunkt, die versuchen das ja auch schon, aber vielleicht doch auch, also die kommen auch in die Wohnungen bei uns rein. Aber vielleicht das auch einfach ein bisschen mehr, dass ich so auf sowas verweisen könnte, weil mir das natürlich im Alltag auch sehr helfen würde, weil ich sehr viel diese Sachen machen muss und dann weniger auf die Gesundheit des Menschen achten kann, zeitlich einfach. Und das ist eigentlich schade. Und auch eben zum Beispiel psychische Betreuung für die Angehörigen.
- 79 [0:19:37] **I:** Also generell einfach ne bessere Vernetzung und mehr Möglichkeiten.
- 80 [0:19:39] **B:** Ja ich sag denen auch immer: "Rufen Sie mal da und da an, dann können Sie mal fragen wie sieht das denn bei anderen aus, helfen Sie sich gegenseitig, das ist ja auch wichtig." Sind ja auch hier immer mal wieder Kurse oder sowas für pflegende Angehörige, früher war das auch immer noch von der Volkshochschule. Es fällt halt jetzt im Moment alles weg und die sind im Moment, seit einem Jahr, noch viel eher alleingelassen als vorher.
- 81 [0:20:06] **I:** Gibt es da auch Selbsthilfegruppen hier in der Nähe?
- 82 [0:20:07] **B:** Also ich verweise immer bei den etwas Jüngeren auf das Internet auch, weil es gibt ja unheimlich viele Selbsthilfegruppen im Internet. Bei den Älteren muss man halt gucken, die machen das dann nicht so gerne, aber im Telefonbuch zum Beispiel steht ja auch einiges drin. Und wir haben hier auch von unserer

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	Verbandsgemeinde immer mal wieder Nummern, wo man sich auch hinwenden kann, falls man echt nicht mehr kann. Aber ich würde schon eher sagen meistens laden die das hier ab.
83	[0:20:37] I: Und inwiefern fänden Sie verstärkte Schulungen für Hausärzte gut, so wie man am besten mit den pflegenden Angehörigen umgehen kann?
84	[0:20:51] B: Also ich würde sagen ich mache das jetzt schon sehr lange, ich finde Schulungen immer sinnvoll, ich würde jetzt sagen jeder lernt aus einer Schulung auch noch und ist nicht unbedingt nötig, aber ich glaube schon, dass viele meiner Kollegen es auf jeden Fall bejahen würden und vielleicht auch bräuchten, ja.
85	[0:21:11] I: Okay und welche Inhalte würden Sie da am liebsten vermittelt bekommen?
86	[0:21:16] B: Ja also das Psychische vor allem, dass man nicht das Gefühl hat, alleine zu sein, als pflegender Angehöriger, dass man sich Hilfe holen kann, da und da und da, sehr konkret auch und eben ja nicht versagt, wenn man es nicht schafft. Das ist das, was ich von Anfang an denen immer sage. Denn das ist ein Versagen für ein Dorf. Das ist halt anders als in der Stadt, ganz logisch. Da ist es normal, da gibt man den dann ab einem bestimmten Punkt weg und ich sage denen immer im Grunde sind sie da manchmal besser aufgehoben in einem Heim, weil die die Pflege besser können, gelernt haben und dann könnte man eben für die schönen Sachen ins Heim kommen. Und so muss man die waschen, ja das sind alles Sachen, man wäscht jemanden, der einen selbst gewaschen hat, das sind ganz komische Dinge. Und deswegen versuche ich auch möglichst früh eben die Pflegegrade zu beantragen, dass wir dann eben auch Gelder haben für das Waschen durch den Pflegedienst. Außer derjenige möchte das nicht. Also solche Sachen, das würde ich mir wünschen, dass halt da einfach mehr Information ist, dass es einfach auch okay ist, dass man jemanden holt, der putzt, dass es okay ist, sowas. Das kann immer ich sagen, aber ich bin halt allein. Und dann kommen wieder ganz viele und sagen: "Wie konntest du das denn machen". Und wenn sowas mal offiziell auch von vielen Leuten gesagt wird, ich glaube das würde denen unheimlich was bringen.
87	[0:22:45] I: Okay super, dann sind wir quasi schon am Ende angekommen.

Anhang 5.18. Interview R

1	[0:00:00] I: Also das Thema ist ja pflegende Angehörige im häuslichen Setting, im hausärztlichen Setting. Und mit den pflegenden Angehörigen sind wirklich Privatpersonen gemeint, die ihre nahestehenden Angehörigen pflegen.
2	[0:01:59] B: Ja.
3	I: Gut, dann würde ich jetzt anfangen, wenn Sie keine Fragen mehr haben.
4	[0:02:00] B: Ja.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

5	I: Wie oft haben Sie denn im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?
6	[0:02:05] B: Täglich.
7	[0:02:06] I: Täglich, gut und inwiefern hat die Zahl der pflegenden Angehörigen in den letzten Jahren zugenommen?
8	[0:02:14] B: Insofern eigentlich zugenommen, weil die Bevölkerung halt immer älter wird und immer mehr Menschen halt auch Hilfe im Alltag benötigen aufgrund ihres Alters und ihrer Verfassung.
9	[0:02:30] I: Und wenn Sie an eine pflegebedürftige Person denken, wie häufig haben Sie in der Regel Kontakt mit deren Pflegepersonen? Ist der Kontakt eher regelmäßig oder unregelmäßig?
10	[0:02:39] B: Ich würde sagen ein Mal im Quartal, wenn es um Versorgungsfragen geht.
11	I: Ein Mal im Quartal, okay.
12	[0:02:54] B: So ungefähr.
13	[0:02:55] I: Und suchen Sie selbst aktiv den Kontakt?
14	[0:02:58] B: Das ist eigentlich so, dass die pflegenden Angehörigen ja meistens in der Umgebung, sei es im Haushalt oder im benachbarten Haushalt wohnen und dann bei Hausbesuchen oft zugegen sind. Das ist die eine Variante und die andere Variante ist halt, dass der, dass die pflegenden Personen dann halt auch von sich aus sich an einen wenden und sagen, wenn etwas nicht in Ordnung ist, wenn ihnen etwas auffällt, was nicht stimmt. So auf diesem Niveau läuft das.
15	[0:03:29] I: Ja, okay. Und bei welchen Krankheitsbildern haben Sie vorrangig Kontakt zu den pflegenden Angehörigen?
16	[0:03:37] B: Natürlich bei Demenz, aber auch bei Immobilität, Inkontinenz, Parkinson, Polyarthrose oder nach Schlaganfall sowie Herzinsuffizienz. (unverständlich)
17	[0:03:56] I: Also die ganze Palette an chronischen Erkrankungen.
18	[0:03:57] B: Ja, Polyarthrose halt auch dabei.
19	[0:04:00] I: Okay und in welchem Verhältnis stehen die Personen häufig zu ihrer Pflegeperson?
20	[0:04:07] B: Das sind meistens die Kinder oder Schwiegerkinder quasi. Oder auch Enkel, Nichten und Neffen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

21	[0:04:20] I: Gibt es da Ihrer Meinung nach bei den Geschlechtern ein bevorzugtes Geschlecht?
22	[0:04:27] B: Ich würde sagen eher weiblich.
23	[0:04:30] I: Eher weiblich, okay. Und welche Aufgaben übernehmen die pflegenden Angehörigen vorrangig?
24	[0:04:36] B: Ja die helfen bei allen Dingen des Alltags natürlich, Einkaufen, Versorgung, Putzen, Geschäfte erledigen, aber natürlich auch die ganze Tagesgrundpflege, aufstehen, anziehen helfen, waschen und so weiter, Körperpflege, eigentlich das volle Programm je nachdem wie viel erforderlich ist.
25	[0:05:05] I: Und wenn Sie jetzt an sich selbst denken, welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen durch die Hausarztpraxis?
26	[0:05:17] B: Das ist natürlich ein riesen Vorteil, weil man dann noch rechtzeitig sag ich mal, mit dieser Pflegeperson zusammen das häusliche Umfeld so gestalten und auch sichern kann, dass der Patient auch dann mehr oder weniger in seiner gewohnten Umgebung noch eine Zeit lang verbleiben kann bevor das dann im Endeffekt gar nicht mehr geht und er in eine Heimeinrichtung muss und das ja für die meisten ein traumatisches Erlebnis ist und wo auch diese Patienten aus meiner Erfahrung heraus nach wenigen Wochen und Monaten versterben.
27	[0:05:57] I: Okay, also legen Sie auf jeden Fall Wert darauf, die frühzeitig zu identifizieren.
28	[0:06:05] B: Ja.
29	I: Okay gut, und mit welchen Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen kommen die pflegenden Angehörigen zu Ihnen?
30	[0:06:12] B: Die sind natürlich teilweise noch ein bisschen verunsichert, weil sie da nicht so viel Erfahrung haben, da brauchen die halt einen gewissen Plan zu dem, was sie da tun. Ein bisschen Unterstützung auch, dass sie das richtig machen und natürlich auch irgendwo eine gewisse Sicherheit, dass das auch medizinisch nicht falsch ist, was dort läuft.
31	I: Okay, gut. Inwiefern sehen Sie die Arbeit mit pflegenden Angehörigen denn als selbstverständlich an?
32	[0:06:46] B: Das ist auf jeden Fall selbstverständlich, klar.
33	[0:06:53] I: Okay und worin besteht für Sie eine gute und sinnvolle Unterstützung der pflegenden Angehörigen, worauf legen Sie da Wert?
34	[0:07:02] B: Naja, dass man eben denen dann auch mitteilt, dass sie dann eine Pflegemittelberatung machen können über den ambulanten Pflegedienst, dass die

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	notwendigen Hilfsmittel dann verordnet werden, unsererseits, klar, Medikationsplan gibt es und Tipps wie man halt auch Dinge kontrolliert und worauf man achten soll, auch bezüglich Kalorienzufuhr, Wasserzufuhr, teilweise sind die ja auch kachektisch, das sind ja wesentliche Merkmale auch von älteren Patienten.
35	[0:07:41] I: Ja, gut. Welche Herausforderungen und Schwierigkeiten sehen Sie denn im Umgang mit den pflegenden Angehörigen?
36	[0:07:48] B: Da gibt es ja dann meistens verschiedenartige Angehörige. Einmal die, die vor Ort sind und die dann die Arbeit in erster Linie übernehmen und dann gibt es dann die, die immer nur so minutenweise aufblinken und alles wissen und ziemlich nerven und einfach nur ziemlich unmögliche Einfälle haben, nenne ich das mal so, dass sie dann quasi alles besser wissen, irgendwelche abstrusen Vorschläge machen oder sagen, dass alles schlecht ist. Aber dann auch niemals Tipps geben, wie man das besser machen kann geschweige denn dann auch mal den zu pflegenden Elternteil selbst nach Hause nehmen und dann vor Ort mal rund um die Uhr betreuen. Das ist halt immer die Diskrepanz zwischen Vordern, Wollen und alles besser wissen, das ist ziemlich nervig.
37	[0:08:46] I: Okay, ist das ein Kommunikationsproblem oder woran machen Sie das fest?
38	[0:08:53] B: Ich weiß nicht ob das nur ein Kommunikationsproblem ist oder ob es einfach nur so ein übliches Gehabe ist der neuen Zeit, dass man dann quasi vor der eigenen Haustür, das alles schön sauber und reinzuhalten und dann aber trotzdem noch mal überall seinen Senf dazu geben zu müssen, ohne sich da mal irgendwo nachhaltig auch um die Dinge vor Ort zu kümmern.
39	[0:09:21] I: Okay gut, wie schätzen Sie denn den zeitlichen und finanziellen Aufwand der Angehörigenbetreuung durch den Hausarzt ein?
40	[0:09:33] B: (unverständlich) Angehörigen, die die Frau pflegen oder so?
41	[0:09:43] I: Ich habe Sie jetzt akustisch nicht ganz verstanden, was haben Sie gesagt?
42	[0:09:47] B: Welchen finanziellen und zeitlichen Aufwand soll ich wie einschätzen?
43	[0:09:51] I: Achso, Ihren zeitlichen und finanziellen Aufwand bezogen auf den Umgang mit den pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis. Also welche Probleme sehen Sie da organisatorischer, verwaltungstechnischer oder abrechnungstechnischer Art?
44	[0:10:10] B: Eigentlich keine großen Probleme, es ist eigentlich ganz schön gelöst. Man kann ja bis zu 6 Teilkonferenzen, 8€ pro Quartal abrechnen, das ist ja ganz angenehm. Das sind ja meistens auch nur kurze Telefonate oder man rechnet das dann zusätzlich zum Hausbesuch noch ab, wenn man die da gesehen hat, beziehungsweise gesprochen. Ich denke, dass das ganz okay ist so.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

45	[0:10:37] I: Okay, Sie haben gesagt Sie rechnen das über die Hausbesuche ab und das andere ist das eine Beratungsziffer?
46	[0:10:43] B: Das ist die 37320, das ist ein EBM-Ziffer Zusatz, die kann man auch am Telefon dann nehmen.
47	[0:10:52] I: Okay, alles klar, gut. Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige kenn Sie denn?
48	[0:10:59] B: Es gibt hier zum einen diese ehrenamtlichen Hilfskräfte, die kommen, dann gibt es natürlich die 24 Stunden Betreuung aus Osteuropa, die dann unter Umständen einziehen, wenn die Angehörigen allein leben, in ihrem eigentlichen Haus. Dann gibt es die Kurzzeitpflege, für ein paar Wochen, wenn der Patient nicht versorgt werden kann wegen Erschöpfung oder Urlaub oder sonst was, okay jetzt seit 1,5 Jahren nicht mehr wegen Corona, aber, das sind so die oder die Sozialstation noch für diese Dinge, die zwei Mal täglich überall guckt.
49	[0:11:42] I: Okay und kommt es auch vor, dass Sie die pflegenden Angehörigen dann aktiv an diese Beratungs- und Hilfsangebote vermitteln?
50	[0:11:48] B: Ja das ist nicht vermitteln, ich sag denen halt, wo sie mal anrufen können und dann kümmern können und dann stellen wir dann häufig die Krankenpflegeverordnung aus. Ob ich jetzt aktiv vermittele, weiß ich nicht.
51	[0:11:59] I: Das heißt Sie geben die Telefonnummer weiter, Sie haben jetzt keine Flyer oder so von denen in Ihrer Praxis.
52	[0:12:10] B: Ne.
53	I: Okay.
54	[0:12:16] B: (unverständlich)
55	I: Wie bitte?
56	B: Die wissen ja wo die Sozialstation ist, die diese Versorgung macht und (unverständlich).
57	[0:12:25] I: Okay, gut. Inwiefern sehen Sie es denn als Ihre Aufgabe an, diese Hilfs- und Unterstützungsangebote quasi kenntlich zu machen?
58	[0:12:39] B: Na das ist schon recht wichtig, weil ich ja auch will, dass der Patient optimal versorgt ist. Und je besser die Versorgung ist, desto entspannter sag ich mal so ist für mich ja auch die Betreuung im Verlauf. Ich habe ja auch keine Lust dann immer unnötig in der Gegend rumzufahren wegen einem Versorgungsproblem, wo jetzt nicht unbedingt meine ärztliche Kompetenz gefragt ist, deswegen muss man da immer gucken, dass man das gut organisiert.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

59	I: Okay gut, jetzt haben wir ja gerade schon mal von Hausbesuchen geredet. Welche Rolle spielen denn für Sie die Hausbesuche im Umgang mit den Angehörigen?
60	[0:13:20] B: Ja die sind halt extrem wichtig, weil man halt im häuslichen Umfeld, das möglichst Versorgung arrangieren kann, weil ich in der näheren häuslichen Umgebung... Ich habe jetzt einen Patienten, der kann die Treppe nicht mehr hochgehen, da soll jetzt eine Ecke vom Haus umgebaut werden mit einem gleichzeitigen Bad, das geht irgendwie alles nicht. Da habe ich ihm gesagt: "Mal ganz ehrlich bevor Sie sich hier jetzt ein kleines Räumchen mit einer Toilette und einem Waschtisch hinbauen, was aussieht wie im Krankenhaus, dann würde ich ja einfach die Wand rauschmeißen, ein Krankenpflegebett ins Wohnzimmer machen, dann hast du wenigstens dein gewohntes Umfeld und Dinge, die du magst. Das ist ja dann ganz praktisch und das ist ja dann besser und das Geld was dann noch übrig ist, dann machen wir die Balkontür, weil der sehr schwer der Patient (unverständlich) die Balkontür breiter macht, dass ich die Tür vorne abflache, dass du halt raus kannst an die frische Luft, das ist ne ganz andere Lebensqualität."
61	[0:14:21] I: Ja das stimmt.
62	[0:14:26] B: Das kann ich halt nur empfehlen, wenn ich da vor Ort bin, die Leute kenne und das mit denen so bespreche. Das geht ja nicht, wenn ich das theoretisch über das Telefon oder so mache.
63	[0:14:37] I: Wie häufig machen Sie denn Hausbesuche bei den einzelnen Patienten?
64	[0:14:43] B: Also in der Regel gibt es diejenigen, die man ein Mal im Quartal besucht bis zwei Mal. Und dann gibt es halt diejenigen, die man wöchentlich besucht, die halt in einer kritischen Situation sind wegen des Krankheitsbildes und grundsätzlich bei allen bei Bedarf halt auch noch häufiger, bei chronischen Wunden zum Beispiel oder bei Zucker.
65	[0:15:06] I: Haben Sie denn auch geschultes Praxispersonal für die Hausbesuche?
66	[0:15:09] B: Ja, ich habe eine NäPA, die auch Hausbesuche macht.
67	[0:15:16] I: Okay gut und jetzt haben wir ja gerade schon mal kurz die kritischen Versorgungssituationen angerissen. Wie häufig erleben Sie denn solche kritischen Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld?
68	[0:15:28] B: Das ist schon äußerst selten, ich sag mal so, ich würde sagen, die kann man an einer Hand im Jahr abzählen. Das ist bei uns auf dem Land eigentlich sehr gut organisiert und mit dem Familienverbund funktioniert das auf dem Land recht gut.
69	[0:15:49] I: Und wenn es dann doch vorkommt, welche Ursachen hat dies Ihrer Meinung nach?
70	[0:15:55] B: Ja, weil halt die Angehörigen fehlen oder weil der Gesundheitszustand des Patienten halt zu schlecht ist für eine Laienversorgung durch die Angehörigen zu Hause, da muss dann was Professionelleres her. (unverständlich)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

71	[0:16:16] I: Also würden Sie sagen, dass die Angehörigen dann vielleicht auch manchmal zu spät Bescheid geben.
72	[0:16:23] B: Ne ich würde halt einfach sagen die Angehörigen wohnen zu weit weg. Und es lässt sich einfacher für uns darstellen, wenn die Angehörigen in der Nähe wohnen. Das ist eigentlich immer darstellbar. (unverständlich)
73	[0:16:44] I: Okay gut, wie kann denn in Ihren Augen einer solchen kritischen Pflegesituation vorgebeugt werden, was können Sie als Hausarzt dagegen tun?
74	[0:16:53] B: Ich kann die Leute halt immer nur daran erinnern und mahnen, dass sie halt gucken, dass die mit einer gewissen weisen Voraussicht ihre Lebensplanung durchführen, dass sie schauen, dass sie sich mit ihren Angehörigen so arrangieren, dass man das quasi dann jederzeit weiterentwickeln kann, weil ja klar ist, dass es zeittechnisch immer intensiver wird, auch. Und dann muss man das frühzeitig machen und einfach ein bisschen wach sein.
75	I: Okay, also frühzeitig intervenieren und die Angehörigen mit ins Boot holen.
76	[0:17:38] B: Ja.
77	[0:17:40] I: Okay, gut. Jetzt kommen wir noch mal auf das Praxispersonal zu sprechen. Inwieweit wird das denn bei der Identifikation von pflegenden Angehörigen in der Praxis miteinbezogen?
78	[0:17:54] B: Das wird eigentlich jederzeit miteinbezogen, weil wir ja entsprechend das alles besprechen und dann das Praxispersonal entsprechend auch einen Auftrag bekommt wegen der Versorgung und anstehenden Hausbesuchen mit involviert ist. Das geht Hand in Hand und geht dann alles zeitgleich und wird entsprechend dokumentiert in der Datei.
79	[0:18:24] I: Genau, also kommen die dann direkt auf Sie zu und Sie besprechen das auch noch mal mündlich oder läuft das wirklich über die Dokumentation in der Akte?
80	[0:18:34] B: Also das beides. Sowohl das eine als auch das andere.
81	[0:18:39] I: Okay gut, dann komme ich jetzt noch mal auf Leitlinien zu sprechen. Es gibt ja die S3 Leitlinie "pflegende Angehörige von Erwachsenen", ist Ihnen die bekannt?
82	[0:18:50] B: Nein.
83	[0:18:55] I: Okay, nutzen Sie denn andere Leitlinien, Praxisempfehlungen oder anderweitige Hilfsmittel bei der Identifikation und beim Umgang mit pflegenden Angehörigen?
84	[0:19:07] B: Nein, bis jetzt nicht.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

85	[0:19:13] I: Würden Sie sich da irgendetwas wünschen?
86	[0:19:15] B: Im Moment habe ich nicht so den Bedarf, ich bin da im Moment eigentlich gut versorgt. Also da haben wir dann ein gutes Netzwerk dann auch mit dem ambulanten Hospiz, wenn es dann hinten raus ums Sterben geht. (unverständlich) Also eigentlich gerade nicht.
87	[0:19:21] I: Okay, perfekt, so soll es sein. Wie könnte denn in Zukunft die Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch den Hausarzt verbessert werden? Oder meinen Sie es ist schon gut so wie es ist?
88	[0:19:56] B: Naja es könnte ja mal irgendwie ein bisschen ehrlicher honoriert werden, sage ich mal. Dann muss man sich mal die schwarzen Schafe rausdenken, die Geld verdienen mit denen, aber grundsätzlich sag ich jetzt mal so ist die Art und Weise wie gepflegt wird und was zu machen ist in meinen Augen im Moment ganz gut honoriert und joa, das ist eigentlich alles, was mir dazu einfällt.
89	[0:20:24] I: Dann haben wir jetzt noch eine letzte Frage. Jetzt geht es um Schulungen für Hausärzte. Inwiefern wären denn verstärkte Schulungen für Hausärzte im Umgang mit pflegenden Angehörigen für Sie sinnvoll und was sollten diese Schulungen Ihrer Ansicht nach vermitteln?
90	[0:20:46] B: Ja vielleicht ein paar Checklisten, ein paar Basics vermittelt werden, worauf es ankommt und ob das jetzt als Schulung zu Coronazeiten sag ich mal so das ist ja eher unattraktiv, weil wir uns ja eh nicht mehr treffen können. Aber vielleicht können ein paar Flussdiagramme vermittelt werden und ja halt gucken, dass man da nichts vergisst.
91	[0:21:11] I: Okay würden Sie sich denn auch Onlineschulungen vorstellen können?
92	B: Ja das Onlineformat ist in meinen Augen sogar das bessere mittlerweile als die Präsenzveranstaltungen, weil man spart sich halt irgendwelche Fahrerei, Hotelübernachtungen und so ein Käse und so, ich habe da eigentlich gar keine Lust mehr drauf, jetzt noch großartig durch die Weltgeschichte zu fahren.
93	[0:21:31] I: So hat es nicht nur schlechte Seiten.
94	[0:21:35] B: Ja, definitiv.
95	[0:21:40] I: Sehr gut, alles klar, dann wären wir mit dem Hauptteil schon fertig.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Anhang 5.19. Interview S

1	[0:00:00]
2	[0:00:44] I: Das Thema ist die Unterstützung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen, mit pflegenden Angehörigen sind wirklich die Privatpersonen gemeint.
3	[0:00:52] B: Ne ist mir klar.
4	[0:00:54] II: Gut, wie oft haben Sie denn im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?
5	[0:00:59] B: Jetzt nicht mehr so viel, aber über die Jahrzehnte sehr viel.
6	[0:01:05] I: Okay, das heißt in den letzten Jahren hat sich das ein bisschen reduziert.
7	[0:01:07] B: Ja, ich bin ja jetzt aus zwei größeren Praxen raus und das ist das erste Mal, dass ich jetzt seit 2 Jahren eine neue Praxis aufbaue als Einzelkämpfer, ja. Und da mache ich natürlich noch keine Hausbesuche mehr und das hat sich natürlich stark reduziert, ja, aber es war über Jahrzehnte war das tägliche Brot ja, also entweder in der Sprechstunde mit den Angehörigen oder mit Hausbesuchen, als Kombi klar, da war ich viel unterwegs, also das ist für mich wirklich kein fremdes Thema.
8	[0:01:46] I: Okay gut, das heißt Sie führen das vorwiegend auf den Praxiswechsel zurück.
9	[0:01:52] B: Ja jetzt natürlich, ich habe auch keine Lust mehr 50-60 Stunden zu arbeiten wie noch vor 3 Jahren.
10	[0:02:00] I: Alles klar und wenn Sie an die einzelnen pflegebedürftigen Personen denken, an die pflegenden Angehörigen, wie häufig hatten Sie dann Kontakt zu denen? War das ein regelmäßiger Kontakt?
11	[0:02:13] B: Klar
12	I: Okay und sind Sie...?
13	[0:02:16] B: Ja muss ja, man muss ja das ganze Paket führen, ja, man muss sich ja auch mit den persönlichen psychischen Problemen der Pflegenden auseinandersetzen. Und das ist manchmal wirklich sehr schwierig, weil wenn ein Partner dement wird, es ist sehr sehr grenzwertig was sich da die Angehörigen zumuten.
14	[0:02:40] I: Okay und war das so, dass Sie selbst Kontakt zu den pflegenden Angehörigen aufgenommen haben oder sind die auf Sie zugekommen?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

15	[0:02:49] B: Die sind auf mich zugekommen, zum Teil waren das ja auch Familien, die ich eh schon im Vorfeld kannte und wo sich dann eben ein Pflegefall entwickelte, das war, das ist mir schon immer sehr wichtig gewesen, das soziale Umfeld auch zu kennen, man kann ja dann ganz anders arbeiten mit allen Beteiligten. Deswegen bin ich auch Allgemeinmedizinerin.
16	[0:03:13] I: Da haben Sie Recht, da hat man gleich eine viel bessere Betreuung.
17	[0:03:17] B: Einen ganz anderen Zugang, ja.
18	[0:03:20] I: Und bei welchen Krankheitsbildern war das vorrangig der Fall?
19	[0:03:24] B: Gemischt durch, also MS, Herz-Kreislauf-Geschichten, Apoplex-Situationen, Demenz, was man so abdeckt als Allgemeinmediziner.
20	[0:03:43] I: Also das breite Spektrum.
21	[0:03:45] B: Ja, ja.
22	I: Okay und in welchem Verhältnis standen die Personen meistens zu Ihren Pflegepersonen, also waren das Familienmitglieder?
23	[0:04:00] B: Ach das war gemischt, Pflegepersonal also das nur Familienangehörige da habe ich denen immer geraten sie sollen sich die Entlastung mit Pflegekraft, Reinigungskraft, wenn sie schon weiter zusammen leben wollten im gewohnten häuslichen Umfeld, dass da die Alltagsentlastung dazukommt.
24	[0:04:25] I: Okay und haben Sie das Gefühl, dass es da irgendwie von der Geschlechtsaufteilung eine Unregelmäßigkeit gab?
25	[0:04:33] B: Frauen überwiegend.
26	[0:04:36] I: Okay, überwiegend Frauen, ja.
27	[0:04:38] B: Ich kenne nur wenige Familiensituationen, wo der Mann dann den pflegenden Part übernommen hat. Es ist, wenn es 10 Prozent sind, ist es viel.
28	[0:04:50] I: Welche Chancen sehen Sie denn in der frühzeitigen Identifikation von pflegenden Angehörigen durch den Hausarzt, sodass sie auch wirklich als die pflegenden Angehörigen wahrgenommen werden?
29	[0:05:04] B: Von mir, von zu Seite sehr früh.
30	[0:05:09] I: Und welche Chancen sehen Sie darin?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

31	[0:05:13] B: Ja, dass man sehr früh schon das Ganze begleitet und entsprechende entlastende Maßnahmen für Patient und Angehörigen eben situationsentsprechend das Ganze führt. Das ist ganz wichtig.
32	[0:05:33] I: Damit sich eben auch keine Krankheitsbilder bei den pflegenden Angehörigen einstellen.
33	[0:05:37] B: Richtig, dass eben nicht dann noch begleitende physisch- psychische massive Sachen auftreten können, ne, das ist so.
34	[0:05:51] I: Okay gut, mit welchen Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen kommen denn die pflegenden Angehörigen zum Hausarzt?
35	[0:06:00] B: Im Grunde genommen: Die laufen erst mal ins Leere. Wenn der Handlungsbedarf dann los geht, sind sie eigentlich auf die Führung angewiesen, dass man den Leuten, die kennen ja auch die differenzierte Palette nicht, der Laie weiß nicht, was er da vom Gesundheitswesen beanspruchen kann, welche Leistungen ihm zustehen und so weiter, das muss man dann eben auch immer aus der Situation... Wir müssen ja auch immer die ganzen Anträge ausfüllen und so weiter, uns manchmal auch mit den Versicherungen auseinandersetzen. Es gibt ja z.B. die AOK, da gibt es immer Ärger, das ist über die Jahre so, wenn ich bei der AOK anrufe, werde ich mindestens 3 Plätze weiter verwiesen, weil die wissen, wenn die Fr. S. anruft, gibts Saures. Das mache ich dann auch schon seit vielen Jahren, dass ich mich dann mit denen direkt auseinandersetze und mir dies und jenes verbitte.
36	[0:07:16] I: Okay also es gibt da grundsätzlich eher Fragen organisatorischer Art.
37	[0:07:19] B: Organisatorischer und auch finanziell, also es gibt Versicherungen, da ist das easy-going und wie gesagt das Schlimmste ist die AOK. Also das ist eine massive Leistungsverweigerung.
38	[0:07:36] I: Kenne ich aus anderen Bereichen auch.
39	[0:07:40] BI: Okay inwiefern sehen Sie denn die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen als selbstverständlich an?
40	[0:07:47] B: Das gehört dazu selbstverständlich, klar.
41	[0:07:51] I: Okay und worauf legen Sie da besonderen Wert?
42	[0:07:54] B: Direkte Kommunikation. Permanent direkte Kommunikation. Mich kann man auch am Wochenende anrufen, also die wo es wirklich ans Eingemachte geht, die wissen das auch, die haben dann meine Privatnummer, bevor sie da notdienstmäßig in falsche Hände geraten, was auch vorkommt, Entschuldigung.
43	[0:08:29] (unverständlich)

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

44	[0:08:33] B: So, okay.
45	[0:08:51] I: Gut. Also Sie sehen das als selbstverständlich an und...
46	[0:09:01] B: Ja, als Hausarzt, also für mich heißt hausärztliche Betreuung nicht so wie auf dem Land ja, aber das ist, ich hatte auch Patienten wo ich gesagt habe sie können mich auch bis 11 Uhr nachts noch anrufen. Und dann bin ich ja auch aufgeblieben und habe gewartet. Das ist selbstverständlich.
47	[0:09:24] I: Gut, welche Herausforderungen oder Schwierigkeiten sehen Sie denn im Umgang mit den pflegenden Angehörigen?
48	[0:09:30] B: Gar keine. Ne, das ist auch der Leidensdruck, der einem entgegengebracht wird. Das war immer sehr sehr entspannt zu führen. Das war dann auch so, dass man erst mal bestimmte Pflegedienste da sich dann auch, und dann hab ich so Hotlines was akut psychotherapeutische Betreuung anging, hab ich auch bis vor wenigen Jahren immer noch einen Kleinen gehabt.
49	[0:10:08] I: Und da haben Sie so Flyer rausgegeben oder die Telefonnummer an die Patienten weitergegeben?
50	[0:10:11] B: Da halte ich gar nichts von, alles Schwachsinn. Nein einfach notiert die Telefonnummer: "Hier bitte, wenn es brennt", ja. Zu den und den Zeiten bin ich erreichbar. Das ist auch wieder Freizeit. Dieser ganze Flyer-Schwachsinn, da habe ich noch nie was von gehalten. Die direkte Kommunikation ist immer noch das Beste gerade in solchen Situationen, aber das verkümmert ja immer mehr. Viele Menschen können das ja einfach gar nicht mehr, wenn ich mir angucke, junge Leute, wie stumm die geworden sind, die kriegen ja noch nicht mal einen kompletten Satz hintereinander.
51	[0:10:52] I: Gut, wie schätzen Sie denn den zeitlichen und finanziellen Aufwand für Sie als Hausarzt oder Hausärztin ein, wenn Sie mit den pflegenden Angehörigen zu tun haben?
52	[0:11:05] B: Was heißt, was ich vergütet kriege, das ist ein Witz. Also 25 Euro für einen Hausbesuch vor Steuern, da nimmt kein Handwerker einen Hammer in die Hand. Und ich habe es ja noch gemacht bis- wann bin ich in der alten Praxis raus-'16, da habe ich ja noch was zu Fuß zu erreichen war ja, Altstadt usw. bin ich da noch oft gelaufen, aber das ist ja. Früher bin ich mit dem Auto einige Kilometer gefahren.
53	[0:11:43] (unverständlich)
54	[0:11:45] B: Nein das ist, was vergütet wird, ist überhaupt ob das jetzt die Pflegesituation ist oder sonstiges, wir als Hausärzte das ist...,wenn Sie nicht einen grundlegenden, wie soll ich sagen, wenn Sie nicht eine grundlegende Empathie haben für den Job, dann brauchen Sie es gar nicht erst anfangen, weil sonst werden Sie bekloppt, Entschuldigung.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

55	[0:12:16] (unverständlich)
56	[0:12:37] B: Okay, weiter.
57	[0:12:39] I: Würden Sie sich denn wünschen, dass man da finanziell besser abrechnen kann?
58	[0:12:45] B: Ja.
59	[0:12:45] I: Okay.
60	[0:12:47] B: Dann wäre auch die Versorgungslage deutlich besser, aber das wissen wir alles seit Jahrzehnten sind wir da in der Wiederholungsschleife. Die direkte Zuwendung und Begleitung ist nicht erwünscht, geschweige denn, dass entsprechend honoriert wird. Wir sind eine Isolationsgesellschaft geworden. Jeder für sich soll gucken, wo er bleibt.
61	[0:13:19] I: Okay, Jetzt haben wir ja gerade schon mal ein bisschen über die Pflegestützpunkte und die Pflegenetzwerke gesprochen, welche anderen Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige kennen Sie denn?
62	[0:13:30] B: Es gibt die Kurzzeitbetreuung, wenn der Angehörige mal ein paar Tage oder 1-2 Wochen Luft gebraucht. Und oh Gott, ja, so aus dem Stand..., ist halt das ganze Rahmenprogramm, dass man dann individuell einsetzt. Und dass man auch schnell versucht, Hilfe zu aktivieren. Und dass eben auch der Angehörige weiß, dass er notfallmäßig eben auch Rettungswagen rufen kann, dass eine schnelle unbürokratische Klinikaufnahme abläuft, ja, dass die also da nicht erst mal groß rumtelefonieren, sondern ich sage hier haben Sie dann eben die Nummer von der Notdienstzentrale und...
63	[0:14:30] I: Dann können sie direkt loslegen...
64	B: Genau,
65	[0:14:32] I: Gut, und Sie haben auch gesagt Sie geben ja die Telefonnummern dann weiter, sodass sich die pflegenden Angehörigen dann an die Unterstützungsangebote wenden können und diese auch wahrnehmen können.
66	[0:14:44] B: Ja, ja.
67	I: Gut, und sehen Sie das auch selbst als Ihre Aufgabe an, das zu machen?
68	[0:14:53] B: Ja, das gehört alles zum Paket dazu. Das ist völlig selbstverständlich.
69	[0:14:59] I: Okay gut, jetzt haben Sie auch gerade schon mal angesprochen, dass Sie früher Hausbesuche gemacht haben...

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

70	[0:15:04] B: Viele Jahre.
71	I: Genau, welche Rolle spielen denn für Sie Hausbesuche in der Identifikation der pflegenden Angehörigen?
72	[0:15:12] B: Sehr wichtig. Weil, das private Umfeld ist auch ganz wichtig, dass man eben auch sagen wir mal Wohnsituation umstrukturiert und so weiter, ja, Erleichterungsmöglichkeiten aufzeigt und so weiter. Das ist ganz wichtig.
73	[0:15:34] I: Und hatten Sie da auch geschultes Personal für, das dann die Hausbesuche auch für Sie durchgeführt hat?
74	[0:15:46] B: Die Pflegedienste ja ne, das machen dann die Pflegedienste. Das ist Caritas oder sonst wer, die sind aber auch in engem Kontakt dann auch mit mir, da ist ja immer wieder mit Rückmeldung und so weiter. Das ist ineinander verzahnt dann, Pflegedienst, Angehörige...
75	I: Okay gut, und wie häufig haben Sie kritische Versorgungssituationen erlebt?
76	[0:16:20] B: Mehr als genug.
77	[0:16:25] I: Und wie kommt das wohl zustande, welche Ursachen hat das?
78	[0:16:29] B: Ignoranz, ja, Dummheit, Ignoranz, ja einfach totale Verkennung der Situation. Dann natürlich auch der betroffene Patient, der erst mal überhaupt keine Angaben macht und dann eben auch absolute Verkennung der eigenen Situation und man glaubt nicht wie indolent auch Menschen sein können, ja. Auch die sonstige Wahrnehmung des eigenen Zustandes, da sind Verdrängungsmechanismen unterwegs, da war man immer wieder mal platt, ja.
79	[0:17:18] I: Ja, und gibt es so einzelne Situationen, an die Sie sich ganz besonders erinnern können?
80	[0:17:24] B: Ja.
81	[0:17:27] I: Die besonders kritisch waren?
82	B: Ja, klar, dass ich dann den Besuch gemacht habe und habe dann gleich ein NRW geholt. gehört auch dazu.
83	[0:17:40] I: Okay, alles klar. Wie können Sie denn als Hausarzt dazu beitragen, solche kritischen Situationen zu verhindern?
84	[0:17:47] B: Das ist die permanente Kommunikation, es geht nur so. Sie müssen alle Beteiligten konsequent führen. Weil das ist ja für mich auch wichtig, welche Entscheidung treffe ich jetzt aus der momentanen Situation, wie schätze ich das ein über den Gesamtverlauf, ist es nur eine Schwankungs-Geschichte oder geht es da

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	doch wieder mal Richtung abwärts und so weiter. Also das muss kontinuierlich sein, das geht gar nicht anders.
85	[0:18:25] I: Okay, und wenn Sie jetzt daran denken, an ihr eigenes Praxispersonal denken, wie haben Sie denn die Möglichkeit, die mit in die Identifikation von pflegenden Angehörigen einzubeziehen?
86	[0:18:40] B: Oh Gott die kennen die Geschichten ja auch mit, man kommuniziert ja auch untereinander. Die werden halt dann sagen wir mal mit mehr Herzlichkeit und Empathie empfangen, gut es gibt auch Konstrukte, wo wir alle sagen oder sagten: "Naja, handle with care", ja. Aber das ist nur ein verschwindender Teil gewesen, ja.
87	[0:19:05] I: Und wenn jetzt jemand neu pflegebedürftig geworden ist und noch gar nicht so richtig klar ist wer der Angehörige ist, der sich da primär kümmert, wurde dann auch direkt einfach gesagt, der und der könnte der pflegende Angehörige sein oder wurde es dann eher in die Akte geschrieben, wie haben Sie das gehandelt?
88	B: Das war extrem selten.
89	[0:19:32] I: Okay, also es kam gar nicht so vor.
90	[0:19:33] B: Das ist extrem selten, das geht dann meistens doch juristische Wege. Das dann eben eine Betreuung ausgeguckt wird und das Ganze dann über das Amtsgericht läuft. Das ist, da kann ich mich nicht erinnern. Ne, das waren mal so Randgeschichten mehr so in die Obdachlosen-Geschichte aber das ist, da kann man mal aus der Akutsituationen was regeln, aber mit Dauer und Betreuung hat man da nichts am Hut.
91	[0:20:08] I: Gut und jetzt gibt es ja auch tatsächlich eine Leitlinie pflegende Angehörige von Erwachsenen, kenne Sie die?
92	[0:20:16] B: Ne. Ich kümmere, ich merke mir keine Leitlinien mehr, da bin ich echt so wie die EBM- Abrechnungsziffern, ich habe zig Novellen erlebt in den letzten 35 Jahren. Die Leitlinien die vermehren sich ja auch wie die Karnickel.
93	I: Und andere Praxisempfehlungen oder so nutzen Sie auch nicht?
94	[0:20:39] B: Wie andere Praxisempfehlungen?
95	[0:20:40] I: Also Leitlinien, Praxisempfehlungen oder anderweitige Hilfsmittel, um quasi den Umgang mit pflegenden Angehörigen für sich besser zu strukturieren oder zu schulen.
96	[0:20:53] B: Ach das ist einfach aus dem Erfahrungsfundus, ja wie man individuell mit den Betroffenen umgeht. Und ich meine Sie können als Allgemeinmediziner nicht mit Leitlinien arbeiten ja, das geht nicht. Das ist einfach, wir sind inzwischen haben wir ja eine Medizin, die besteht ja, wenn man sich daranhalten würde, nur noch aus einem schwachsinnigen Korsett. Das ist, ich finde das tot traurig.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

97	[0:21:27] I: Und warum denken Sie das, glauben Sie, dass die zu wenig auf die Realität zugeschnitten sind?
98	[0:21:33] B: Die sind willkürlich. Vor allem rein merkantil. Am schwächsten wird immer gespart. Das hat mich schon als junges Ding angekotzt. Da habe ich noch studiert und Nachtdienste gemacht, da habe ich ja so manche Schicksale mitgekriegt. Ne, wir haben ein absolut unmenschliches Gesundheitswesen, ja. Das immer mehr mutiert und in Kliniken ist das ja mit Händen zu greifen, ja. Was da abgeht, ist unglaublich, ja. Also ich habe ja in den 70er Jahren noch Chefs gehabt, die waren sogar auf Augenhöhe mit der Putzfee. Sie haben uns geschliffen, sie haben uns getriezt, auf der anderen Seite haben sie uns aber auch auf die Schulter geklopft und gesagt: "Die kann man schaffen lassen". Das war ein Niveau, das war wirklich ein Niveau. Wenn die Jahrzehnte, wenn ich mir heute Klinikchefs angucke, das sind doch alles Luschen. Und ich hatte vor 15 Jahren hatte ich mir akutes Nierenversagen nach verschleppten Pneumonien. Und da haben sie dann auch, ich weiß nicht, warum sie eine Bronchioskopie gemacht haben, da haben sie eine TBC festgestellt und da kam ich auf Isolier. Ich kam in ein Zimmer, es war damals Hautklinik, da lagen noch die Essensreste vom Vorgänger unter dem Tisch, die Nasszelle unglaublich, da habe ich die ersten 3-4 Tagen erst mal 2-mal am Tag die Putzfee kommen lassen, hab genau geguckt welchen Eimer, welchen Lappen sie wofür, kannte man ja alles wie es geht. Und dann kam die Chefvisite und ich habe ihn auch nur ein Mal gesehen und ich sagte: "Herr Chefarzt, wenn ich früher so eine Station geführt hätte, mein Chef hätte mich ungespitzt in den Boden gerammt." Später auch, ein paar Jahre später, ein Freund hat einen schweren Apoplex gehabt, lag Neurochirurgie- Intensiv. Ich bin darein gekommen, ja allein die Schleuse, das war ein Saustall.
99	[0:23:53] I: Das geht natürlich gar nicht.
100	B: Das ist schon lange her.
101	[0:24:05] I: Ja, wie könnte denn in Zukunft wohl die Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch den Hausarzt verbessert werden?
102	[0:24:12] B: Welcher Hausarzt setzt sich denn noch intensiv damit auseinander? Wer wird denn überhaupt noch Hausarzt?
103	[0:24:27] I: Wie könnte man das ändern, dass es mehr Hausärzte gibt zum Beispiel?
104	[0:24:31] B: Erstmal in der Ausbildung, das attraktiv machen. Und dann eben auch von der finanziellen Seite her, weil, wir sind immer noch die ersten Deppen an der Front. Und wir sind die Verteiler und das hat mich in jungen Jahren schon immer wieder genervt, dass die Fachärzte die Nase so hochtragen, die leben ja von uns.
105	[0:24:55] I: Ja, auf jeden Fall.
106	B: Deswegen habe ich mir da auch immer mein Selbstbewusstsein (unverständlich) Moment ich sitz hier am Drücker. Wenn ich euch die Leute nicht schicke, dann würdet ihr in die Röhre gucken. Nein, das ist Gott sei Dank ist es ja jetzt ein Ausbildungsfach an der Klinik, ja. Das war ja zu meiner Zeit noch nicht. Da hat der Faust hat den

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

	ersten Lehrstuhl gekriegt, aber es war noch nicht als Lehrinhalt etabliert. Das habe ich immer sehr bedauert.
107	[0:25:32] I: Das wird jetzt deutlich mehr.
108	[0:25:36] B: Ja, nur man hat 20 Jahre zu spät gerafft, erst mal, dass meine Generation wegbricht. Und dass dieser Bereich einen hohen Stellenwert hat. Und auch die Alterspyramide kommt dazu.
109	[0:25:54] I: Ja eben, das kommt auch dazu.
110	B: Das ist schon, aber es war schon immer so.
111	[0:25:59] I: Ja, die Politik hängt häufig hinterher.
112	[0:26:04] B: Schon immer, schon immer. Was wir in jungen Jahren prophezeit haben, ja. Ich wurde auch blöd angeguckt, das war Ende der 70er, so in der Richtung, da war ja immer noch Eiserner Vorhang und so weiter. Nun habe ich da schon gesagt das ist nicht Kommunismus, Sozialismus, das wird der Islam sein, der uns unterminiert und das werden wir gar nicht merken. Genauso ist es gelaufen. Ich bin in der DDR die ersten 10 Jahre groß geworden, da kam hier im Westen Vietnamkrieg, dann kam Prager Frühling und unter uns Studenten die Kommunisten teils mit Berufsverboten und so weiter, dann kam die RAF. Wenn Sie die entscheidenden Jahren Ihres Lebens schon so gebrieft sind, dann lassen Sie sich ja auch nicht mehr verkackeiern, das ist so.
113	[0:27:04] I: Gut, dann habe ich jetzt noch zwei letzte kurze Fragen: Inwiefern fänden Sie denn verstärkte Schulungen für Hausärzte sinnvoll im Umgang mit pflegenden Angehörigen?
114	[0:27:17] B: Ja entweder man hat es oder man hat es nicht, also wenn ich Hausarzt werde, dann habe ich so viel Sensitivität, um auf Einzelfälle einzugehen. Das setze ich einfach voraus, sonst werde ich Fachidiot oder gehe ins Labor.
115	[0:27:34] I: Das heißt Sie würden sich schon Schulungen wünschen für Hausärzte?
116	[0:27:36] B: Wieso?
117	[0:27:40] I: Nicht.
118	B: Ne.
119	[0:27:43] I: Okay.
120	[0:27:44] B: Was wollen Sie denn schulen? Von der Klinik her wissen Sie was im Einzelfall angesagt ist und Sie wissen die Anlaufstellen wer jetzt als Unterstützung als nächstes in Frage kommt. Und das ist dann eben auch zum Teil direkte Kommunikation. Ob das aus dem Stand einen Pflegedienst organisieren, dann

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Physiotherapie, Logopädie, was da so noch nebenher angesagt ist. Da hat man auch seine Hotlines. Dass man sagt, ich brauche innerhalb der nächsten 14 Tage feste Termine. Das können Sie nicht schulen, geht nicht.

121 I: Okay, gut. Dann wären wir jetzt durch mit dem Interview.

Anhang 5.20. Interview T

1 [0:00:00]

2 I: [0:00:52] Das Thema des Interviews ist ja pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis, wie kann man die unterstützen und stabilisieren? Und bei den pflegenden Angehörigen geht es halt wirklich um Privatpersonen, die im häuslichen Umfeld Verwandte oder nahestehende Personen pflegen. Dann würden wir jetzt loslegen, wenn Sie weiter keine Fragen haben.

3 B: [0:01:17] Ja, auf.

4 I: [0:01:18] Wie oft haben Sie denn im Praxisalltag mit pflegenden Angehörigen zu tun?

5 B: [0:01:23] Häufig.

6 I: Okay und inwiefern hat die Zahl in den letzten Jahren zugenommen?

7 B: [0:01:30] Im Rahmen der Alterspyramide deutlich zugenommen und da wir noch relative ländliche Strukturen haben, haben wir das also zunehmend.

8 I: [0:01:43] Okay, wenn Sie jetzt an die einzelnen pflegenden Angehörigen denken, wie häufig haben Sie denn Kontakt zu den einzelnen Personen? Ist der Kontakt regelmäßig?

9 B: [0:01:52] Ja, regelmäßig.

10 I: [0:01:56] Okay und suchen Sie selbst aktiv den Kontakt?

11 B: [0:01:59] Ne, auch mal, aber in der Regel suchen die Angehörigen den Kontakt bei Hausbesuchen oder kommen in die Sprechstunde.

12 I: Okay gut und bei welchen Krankheitsbildern ist das meistens der Fall?

13 B: [0:02:16] Also Immobilität im Rahmen von chronischen Wirbelsäulenschmerzen und rheumatischen Krankheitsbildern, Demenz, was haben wir noch, Zustand nach Schlaganfall.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

14	I: [0:02:36] Okay, also überwiegend bei den älteren Patienten wahrscheinlich.
15	B: [0:02:38] Ja genau.
16	I: [0:02:44] In welchem Verhältnis stehen denn meistens die pflegenden Angehörigen zu der Pflegeperson?
17	B: [0:02:49] Also in der Regel sind es Kinder oder Nichten, Neffen.
18	I: [0:02:58] Okay und die Geschlechter sind da gleichmäßig verteilt?
19	B: [0:03:02] Nein.
20	I: [0:03:08] Sondern?
21	B: Sie sind nicht gleichmäßig verteilt.
22	I: Sind es mehr Frauen oder mehr Männer?
23	B: [0:03:11] Mehr Frauen.
24	I: [0:03:15] Okay gut und welche Aufgaben übernehmen die vorrangig?
25	B: [0:03:16] Organisation des ganzen Haushalts und der Einkäufe, Beschaffung von Hilfsmitteln und Medikamenten, Richten von Medikamenten, Betreuung an sich, Pflege, je nachdem ob noch ein Pflegedienst drin ist, aber das fällt ja auch noch alles an.
26	I: [0:03:43] Also eher die organisatorischen Aufgaben, die da im Vordergrund stehen.
27	B: [0:03:44] Ne, die sind natürlich auch, um die Trauer und die Depression zu mindern, regelmäßig dabei
28	I: [0:03:51] Gut, welche Chancen sehen Sie denn in der frühzeitigen Identifikation der pflegenden Angehörigen?
29	B: [0:03:59] Noch mal, welche Chancen sehen Sie in der frühzeitigen...
30	I: [0:04:05] Identifikation der pflegenden Angehörigen, also dass sie die auch wirklich als pflegende Angehörige in dem Fall wahrnehmen.
31	B: [0:04:14] Also ich nehme die früh wahr, ich bin da eigentlich, da ich selbst in der Geriatrie war, warne ich immer vor, ob die Lösung, wenn es nicht zu gleichen Lasten der Geschwister beispielsweise oder gänzlich ohne Pflegedienst abläuft, ob es auf Dauer machbar ist.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

32	B: Auch das Familienleben der Person, die pflegt, zu stabilisieren.
33	I: [0:04:39] Okay das heißt Sie legen da im Praxisbetrieb auch Wert drauf?
34	B: Also in meinen Gesprächen warne ich immer davor.
35	I: [0:04:40] Mit welchen Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen kommen denn die pflegenden Angehörigen zu Ihnen?
36	B: [0:05:02] Naja, dass das Beste für ihre Angehörigen getan wird, beste Medizin und die beste Versorgung.
37	I: [0:05:15] Okay und wenn die jetzt selbst noch Wünsche für sich äußern, welche sind das dann?
38	B: [0:05:25] Also da muss ich sagen die Äußerung für Wünsche werden erst gerade am Anfang sehr zurückgestellt, weil die sich häufig gar nicht bewusst sind, was das heißt, jemanden zu pflegen.
39	I: [0:05:37] Okay gut, inwiefern sehen Sie die Arbeit mit den Angehörigen als selbstverständlich an?
40	B: [0:05:46] Ich sehe sie eigentlich nicht als selbstverständlich an. Wir haben seit den 90er Jahren haben wir die Bezahlung von der kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr erhöht bekommen. Ich führe Gespräche, die mir Null Geld bringen und kriege für einen Hausbesuch 12 Euro.
41	I: [0:06:07] Ja, das heißt das ist für Sie eher eine Belastung der Ressourcen?
42	B: [0:06:15] Kann, es gibt ja so Angehörige, die sich dann ständig melden, das ist dann eine Belastung, weil es auch wirtschaftlich gar nicht tragbar ist.
43	I: [0:06:23] Und worin besteht für Sie eine gute Unterstützung der Angehörigen?
44	B: [0:06:30] Dass man es bis zu einem gewissen Grad macht, aber gute Unterstützung...na gut, es gibt natürlich Netzwerke wie zum Beispiel ja diesen Pflegestützpunkt. Dass die halt auch sowas aufsuchen und sich noch mal beraten lassen.
45	I: [0:06:50] Okay das heißt Sie vermitteln die dann auch aktiv dahin?
46	B: [0:06:53] Nicht aktiv, aber ich sage denen oder biete es an: Gehen Sie dorthin.
47	I: [0:07:00] Gut, welche Herausforderungen und Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit den pflegenden Angehörigen? Da haben Sie ja schon ein bisschen was angerissen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

48	B: [0:07:09] Naja, dass im Falle, wenn es zu einer Verschlechterung kommt oder einer ausfällt, oft nicht gänzlich über die Konsequenzen zum Beispiel im häuslichen Umfeld Gedanken gemacht wurde. Dass, also, wenn die noch mal stürzen und nicht die Treppe zum Bad hochkommt, dass es zwar immer wieder angesprochen wurde, aber keine Lösung rechtzeitig gesucht wurde.
49	I: [0:07:40] Okay, gut und jetzt auf den nächsten Aspekt sind wir schon ein bisschen eingegangen: Wie ist der zeitliche und finanzielle Aufwand?
50	B: [0:07:51] Schlecht, sodass man es sich abgewöhnen kann.
51	I: Ja genau, und Sie würden sich dann auch in Zukunft wünschen, dass es da Abrechnungsmöglichkeiten gibt, richtig?
52	B: [0:07:57] Ja.
53	I: Okay, gut, welche Hilfs- und Unterstützungsangebote außer dem Pflegestützpunkt kennen Sie denn?
54	B: [0:08:06] Es gibt eine organisierte ambulante Geriatrie, es gibt natürlich die planmäßige kurze stationäre Aufnahme, wir haben verschiedene Tageskliniken für Demente und es gibt halt die Möglichkeit, einzelne Personen stundenweise kommen zu lassen zur Entlastung der Pflegenden, den ambulanten Pflegedienst...
55	I: [0:08:32] Okay und haben Sie dafür dann Broschüren in Ihrer Praxis?
56	B: [0:08:35] Ne, nein.
57	I: Okay, das heißt Sie sagen dann nur, dass gibt es und...
58	B: Genau! [0:08:37]
59	I: [0:08:41] Okay gut. Inwiefern sehen Sie es denn als Ihre Aufgabe an, auf diese Unterstützungsangebote zu verweisen? Wahrscheinlich dann eher weniger, richtig?
60	B: [0:08:54] (unverständlich)
61	I: [0:09:58] Das letzte habe ich nicht verstanden.
62	B: Also ich bin groß geworden mit dem Hausarzt- Dasein. Insofern kenne ich auch noch das Dasein ohne Bereitschaftsdienstzentrale und es ist sicherlich eine Typusfrage, ob man sich mit dem gerne auseinandersetzt oder nur funktionelle Medizin macht und den Patienten gar nicht so weit dahinter kennenlernen möchte.
63	I: [0:10:25] Und wie sehen Sie das jetzt für sich persönlich, also sehen Sie das schon als Ihre Aufgabe?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

64	B: Ich sehe es schon als meine Aufgabe, ja.
65	I: Okay gut, [0:10:33] wie ist es denn mit Hausbesuchen, machen Sie welche?
66	B: [0:10:40] Ja regelmäßig. Sozusagen jeden Tag.
67	I: [0:10:44] Und machen Sie das auch explizit, um sich ein Bild von der häuslichen Umgebung zu machen?
68	B: [0:10:55] Ne, explizit nicht, also der Eindruck entsteht sekundär.
69	I: [0:10:56] Okay und haben Sie auch geschultes Praxispersonal dafür?
70	B: [0:11:07] Ne, das mache ich eigentlich allein, wobei die sicherlich insofern geschult sind, mittlerweile, dass wir aufgrund eines hohen geriatrischen Anteils schon über gewisse Fragebögen und Fragen, die ich wissen will, informiert sind, aber nicht explizit geschult.
71	I: [0:11:27] Okay, wie häufig erleben Sie denn kritische Versorgungssituationen in der häuslichen Umgebung?
72	B: [0:11:39] Wöchentlich.
73	I: [0:11:45] Okay, also dann sind die pflegenden Angehörigen durch die Pflege zu stark belastet, richtig?
74	B: [0:11:51] Ja!
75	I: [0:11:52] Okay, welche Ursachen hat das Ihrer Meinung nach?
76	B: [0:11:58] Kein medizinisches Knowhow, Fehleinschätzung was ein Erwachsener von 70 kg beispielsweise körperlich Kräfte kostet, um den zu pflegen.
77	I: [0:12:10] Ja und gibt es da bestimmte Kontexte, wann diese kritischen Pflegesituationen auftreten?
78	B: [0:12:18] Ja, wenn nächtliche Unruhe zunimmt, Infekte sind und dann nachts mehr passiert und der Schlafrhythmus letztendlich der Pflegenden noch mehr gestört wird.
79	I: [0:12:28] Okay, also schon, wenn sich medizinisch quasi gerade irgendwas...
80	B: [0:12:33] Verschlechterung.
81	I: Ja gut, meinen Sie, dass man diesen kritischen Situationen irgendwie vorbeugen kann, vor allem auch als Hausarzt?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

82	B: [0:12:42] Nein.
83	I: [0:12:46] Okay, jetzt haben wir gerade schon mal kurz das Personal angesprochen. Inwiefern beziehen Sie die denn in die Identifikation von pflegenden Angehörigen mit ein?
84	B: [0:12:47] Naja gut, die begleiten auch Hausbesuche, die kennen die Familienstruktur und können das dann auch allein von der Kommunikation und vom Anblick her mit herausfinden.
85	I: [0:13:25] Okay und kommen die dann zu Ihnen und sagen: "Ich habe mitbekommen, da gibt es den und den Angehörigen" oder schreiben sie das in die Akte oder wie machen sie das?
86	B: Ne, weder noch. In mündlichen Gesprächen.
87	I: In mündlichen Gesprächen, okay. [0:13:25] Dann gibt es ja auch noch eine S3 Leitlinie pflegende Angehörige von Erwachsenen, kennen Sie die?
88	B: [0:13:38] Nein.
89	I: [0:13:48] Okay, gut. Nutzen Sie andere Leitlinien oder Praxisempfehlungen?
90	B: [0:13:55] Ja.
91	I: Welche sind das?
92	B: [0:13:57] Notfalleitlinien, ACS, Krankheitsleitlinien, Therapieempfehlungen, Abläufe im Rahmen Qualitätsmanagements.
93	I: [0:14:12] Okay aber jetzt speziell auf die pflegenden Angehörigen bezogen?
94	B: [0:14:17] Keine.
95	I: [0:14:17] Keine, okay.
96	B: [0:14:19] Keine Zeit dazu.
97	I: [0:14:20] Würden Sie sich denn noch Hilfsmittel dazu wünschen?
98	B: [0:14:24] Ne, im Moment keine Zeit dazu und wirtschaftlich nicht honoriert und deswegen stecke ich da keine Energie rein.
99	I: [0:14:35] Okay wie könnte denn in Zukunft die Unterstützung von den pflegenden Angehörigen verbessert werden?

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

10 0	B: [0:14:36] Indem die Politik mehr informiert, besser, und indem die Hausärzte besser bezahlt werden.
10 1	I: [0:14:52] Okay und nehmen wir jetzt mal an es würde besser bezahlt werden, würden Sie sich dann auch Schulungen für Hausärzte wünschen zu dem Thema?
10 2	B: [0:15:02] Ja.
10 3	I: [0:15:02] Okay und was sollten diese Schulungen vermitteln, welche Themen?
10 4	B: [0:15:07] Von Pflegestufen, Einrichtungen zu letztendlich, gesetzlicher Grundlagen, welche Möglichkeiten ein Arbeitnehmer hat, akut einen pflegenden Angehörigen zu übernehmen.
10 5	I: [0:15:32] Ja perfekt, gut, dann wären wir quasi mit dem Hauptteil schon durch. Jetzt kommt noch der Kurzfragebogen.

Unterstützung und Stabilisierung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting

Danksagung

Tabellarischer Lebenslauf

