

Medizinische Fakultät der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

**Assistive Technologien für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz –
beschreibende Studie zu einem transformativen Informations- und Beratungsverständnis**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)
für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von: Denny Paulicke
geboren am 02.12.1988 in Köthen/Anhalt

Betreuerin: Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer

Gutachter/Gutachterin:

Prof. Dr. Gabriele Meyer

Prof. Dr. Patrick Jahn

Prof. Dr. Sebastian Kuhn, Bielefeld

06.10.2020

27.04.2021

Referat

Hintergrund: Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur im Zuge des demografischen Wandels geht mit der Zunahme von Menschen mit Demenz einher. Die Angehörigen übernehmen den größten Teil der häuslichen Pflege. Mit dieser Entwicklung werden zunehmend assistive Technologien als Unterstützung diskutiert. Ansätze zu Informations- und Beratungsmöglichkeiten sowie zur didaktisch-methodischen Umsetzung von transformativen Konzepten stehen dazu bisher aus.

Zielsetzung: Die Arbeit verfolgt das Ziel, die Informations- und Beratungsbedarfe von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zur Integration assistiver Technologien in den Pflegealltag offenzulegen sowie die theoretische Konzeptualisierung eines transformativen Didaktisierungsansatzes zu beschreiben.

Methode: Es wurde ein sequenziell-exploratives Studiendesign einer Mixed Methods-Erhebung gewählt. Dazu wurden im qualitativen Erhebungsteil Fokusgruppen mit pflegenden Angehörigen (n=46) sowie Expert*inneninterviews mit Berater*innen (n=5) durchgeführt und um eine quantitative Erhebung mittels standardisierten Fragebogen bei Berater*innen nach SGB XI (n=47) ergänzt.

Ergebnisse: Assistive Technologien scheinen in pflegerelevanten Informations- und Beratungsstrukturen bisher keine Rolle zu spielen. Der frühzeitige Kompetenzaufbau wird von pflegenden Angehörigen und von Berater*innen im Rahmen eines angeleiteten Unterstützungsprozesses explizit erbeten. Sie favorisieren das persönliche Erleben assistiver Technologien, z.B. durch moderierte Testmöglichkeiten. Auch wünschen sie sich gezielte Schulungsmöglichkeiten, um neuartige, digital-unterstützte assistive Technologien ausprobieren und Rückmeldungen zur Praxisintegration geben zu können. Trotz des geringen Wissens- und Verbreitungsgrades von assistiven Technologien sehen sie die Notwendigkeit, technische Lösungen in die Praxis zu überführen und die Potenziale für die Unterstützung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz zu nutzen.

Schlussfolgerung: Die Integration von assistiven Technologien in Beratungs- und Informationsquellen sowie die Möglichkeit zur individuellen Handhabung im Pflegealltag bilden die Grundlage des transformativen Kompetenzaufbaus von pflegenden Angehörigen. Zum Gelingen muss diese deutlicher in die Gestaltung des Pflegeprozesses integriert sein. Im Besonderen stehen hierbei das konkrete Erleben, Reflektieren und Anwenden digitaler Lösungen im Zentrum sowie die partizipative Entwicklung für den Pflegealltag. Die in der vorliegenden Analyse entstandenen theoretischen Ausführungen können dazu beitragen.

Paulicke, Denny: Assistive Technologien für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz – beschreibende Studie zu einem transformativen Informations- und Beratungsverständnis, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2020

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	III
1 EINLEITUNG	1
1.1 DEMOGRAFIE UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	1
1.2 DEMENZ	2
1.3 PFLEGENDE ANGEHÖRIGE	3
1.4 ASSISTIVE TECHNOLOGIEN UND AGEING IN PLACE	5
1.5 HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ IM SPIEGEL DER TECHNIKDEBATTE	11
1.6 BERATUNGS- UND INFORMATIONSMÖGLICHKEITEN FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE ZU ASSISTIVEN TECHNOLOGIEN	13
1.7 DIGITALE TRANSFORMATION IN DER PFLEGE	14
1.8 STAND DER FORSCHUNG	16
2 ZIELSTELLUNG	17
3 MATERIAL UND METHODIK	17
3.1 SEQUENZIELL-EXPLORATIVES FORSCHUNGSDESIGN	18
3.2 FOKUSGRUPPEN	20
3.2.1 FELDZUGANG UND SAMPLING	20
3.2.2 DURCHFÜHRUNG DER DATENERHEBUNG	21
3.2.3 AUSWERTUNG NACH DER DOKUMENTARISCHEN METHODE	24
3.3 EXPERT*INNENINTERVIEWS	25
3.3.1 FELDZUGANG UND SAMPLING	25
3.3.2 DURCHFÜHRUNG UND DATENERHEBUNG	26
3.3.3 AUSWERTUNG NACH DER QUALITATIVEN INHALTSANALYSE	27
3.4 FRAGEBOGENERHEBUNG	30
3.4.1 FELDZUGANG UND SAMPLING	31
3.4.2 DURCHFÜHRUNG UND DATENERHEBUNG	32
3.4.3 DESKRIPTIV-STATISTISCHE AUSWERTUNG	32
4 ERGEBNISSE	33
4.1 FOKUSGRUPPEN	33
4.1.1 TECHNIKUNTERSTÜTZUNG ZUR ALLTAGSORGANISATION	33
4.1.2 ASSISTIVE TECHNOLOGIEN ALS GEGENSTAND DER BERATUNG	34
4.1.3 EINSATZ VON ASSISTIVEN TECHNOLOGIEN, WENN PERSÖNLICHE UNTERSTÜTZUNG FEHLT	35

4.1.4 ERLERNEN DURCH FRÜHZEITIGE INTEGRATION IN DEN ALLTAG UND LANGFRISTIGES AUSPROBIEREN NEUER TECHNOLOGIEN	35
4.1.5 WÜNSCHE AN DIE TECHNIK UND DEREN VERMITTLUNG	36
4.2. EXPERT*INNENINTERVIEWS	37
4.2.1 BEDEUTUNG ASSISTIVER TECHNOLOGIEN IN DER BERATUNG	38
4.2.2 VERMITTLUNGSFORMEN IN DER BERATUNG	39
4.2.3 INTEGRATION IN DEN BERATUNGSPROZESS	42
4.2.4 WISSEN UND KOMPETENZEN DER BERATER*INNEN ZU ASSISTIVEN TECHNOLOGIEN	43
4.3 FRAGEBOGENERHEBUNG	45
4.3.1 AUFGESCHLOSSENHEIT ZUR ANWENDUNG ASSISTIVER TECHNOLOGIEN	46
4.3.2 ASSISTIVE TECHNOLOGIEN ALS GEGENSTAND ZUKÜNFTIGER BERATUNG	46
4.3.3 INFORMATIONSBEDARF DER BERATER*INNEN ZU VERMITTLUNGSMÖGLICHKEITEN ASSISTIVER TECHNOLOGIEN	47
4.4. ZUSAMMENFÜHRUNG DER TEIL-ERGEBNISSE	47
5 DISKUSSION	48
5.1 THEORETISCHE ANNÄHERUNG AN EIN TRANSFORMATIVES INFORMATIONS- UND BERATUNGSVERSTÄNDNIS	50
5.1.1 RESONANZSENSIBLE TRANSFORMATIVE BERATUNGSBASIS	51
5.1.2 PROZESSGESTALTUNG DES TRANSFORMATIVEN WISSENS- UND KOMPETENZAUFBAUS	53
5.2 IMPLIKATIONEN FÜR DIE INFORMATIONS- UND BERATUNGSGESTALTUNG	55
5.3 IMPLIKATIONEN FÜR DIE WEITERE FORSCHUNG	60
5.4 STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER METHODEN	62
6 ZUSAMMENFASSUNG	64
7 LITERATURVERZEICHNIS	67
8 THESEN	80
SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	IV
ERKLÄRUNG ÜBER FRÜHERE PROMOTIONSVERSUCHE	V
DANKSAGUNG	VI

Abkürzungsverzeichnis

AAL	Ambient/Active Assisted Living
ADL	Activities of Daily Living
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMFSFJ	Bundesministerium für Senioren, Frauen und Jugend
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DVG	Digitale-Versorgungs-Gesetz
ELSI	Ethical, Legal and Social Issues/Implications
GKV	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen
GPS	Global Positioning System
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IKT	Intelligente Kommunikationstechnologie
IQWiQ	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
MRC	Medical Research Council
NAAM	Nutzenmodell zur Anwendung von Assistenztechnologien für pflegebedürftige Menschen
NASS	Non-adoption, Abandonment, Scale-up, spread, Sustainability
NICE	National Institute for Health and Clinical Evidence
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RCT	Randomized controlled trial
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch
VR/AR	Virtual Reality/Augmented Reality
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

1.1 Demografie und Pflegebedürftigkeit

Deutschland ist vom demografischen Wandel im besonderen Maß betroffen. Die Auswirkungen manifestieren sich in der steigenden Lebenserwartung sowie sinkenden Geburtenraten, die aufgrund der kontinuierlichen Alterung bei gleichzeitiger Schrumpfung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter auch die Frage nach der zukünftigen Gestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems aufwirft (Weber 2017). Während im Jahr 2017 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig waren, könnte diese Zahl bis zum Jahr 2050 auf ca. 4,5-4,7 Millionen ansteigen (Statistisches Bundesamt 2017b; Berger 2017, S. 16). Zurzeit werden ca. 27% der Pflegebedürftigen vollstationär in einem Pflegeheim und ca. 48% zu Hause allein durch pflegende Angehörige sowie 24% zu Hause mit Unterstützung oder vollständig durch Pflegedienste versorgt. Allein aufgrund des demografischen Trends wird ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt bis 2050 um etwa zwei Drittel angenommen (ZQP 2018). Demgegenüber steht eine rückläufige Entwicklung der Zahl der Pflegenden – sowohl in der professionellen Pflege als auch bei den pflegenden Angehörigen: Bis zum Jahr 2030 wird der Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15-64 Jahre) acht Prozent und bis zum Jahr 2050 15% betragen (Statistisches Bundesamt 2017a). Es wird somit zu einem steigenden Wettbewerb um Arbeitskräfte kommen, mit dem ein fortschreitender Rückgang der professionell Pflegenden zu rechnen ist (Elmer et al. 2019). Auch bei den pflegenden Angehörigen wird eine ausgeprägte Lücke zu erwarten sein, die sich mit einer Verschiebung des Verhältnisses der Pflegebedürftigen zu den potenziell zu Pflegenden im Zuge der demografischen Entwicklung ergibt. Es ist dabei zu erwarten, dass sich das Verhältnis der Bevölkerung ab einem Alter von 85 Jahren zu den 50-64-Jährigen (der sogenannte intergenerationale Unterstützungskoeffizient) von 2010 bis 2030 verdoppelt und bis 2050 verdreifacht (Nowossadeck et al. 2016). Diese Entwicklung wird verschärfend flankiert durch die zunehmende geografische Mobilität der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2017a) sowie durch die gesellschaftliche Entwicklung der zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen (ca. 75% der pflegenden Angehörigen sind weiblich) (Rothgang und Müller 2018, S. 113). Die Gesundheits- und Pflegeversorgung steht angesichts dieser Veränderungen vor besonderen Herausforderungen, die mit der strukturellen Nejustierung der medizinisch-pflegerischen Versorgung der altersbedingten Pflegebedürftigen einhergeht (Hirschberg 2015). Neben den anhaltenden politischen Bemühungen, dem drohenden (und zum Teil bereits eingetretenen) Pflegenotstand entgegenzuwirken und die Pflegeversicherung „demografiefest“ auszugestalten, bspw. durch die Einführung eines Pflegeversorgungsfonds oder die Reform der Pflegeberufe, wird auch die Digitalisierung als entlastende Möglichkeit für Fachkräfte und Angehörige diskutiert (Hagemann 2017). Auch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 nach § 14 SGB XI kann als Maßnahme zur Verbesserung der Versorgungssituation betrachtet werden. Sie verfolgt das Ziel, über die zuvor weitgehend somatische Orientierung hinaus, das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit unter Einbeziehung kognitiver und psychischer Einschränkungen umfassender abzubilden. Durch die Zentralisierung der Ermittlung des Grades der Selbstständigkeit wird der Mensch mit seinen Ressourcen und Fähigkeiten in den Mittelpunkt gestellt und somit die Defizit-Orientierung aufgehoben (Wingenfeld et al. 2017). Die Kosten der Pflege- und Gesundheitsversorgung werden jedoch durch diese Neugestaltung sowie

durch den medizinischen Fortschritt und den höheren Betreuungsaufwand für Alte und Hochbetagte steigen. Demnach ist zu erwarten, dass auch die Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung steigen und insbesondere im Bereich Pflegekosten massiv wachsen werden. Diese Situation wird den Arbeitsmarkt der Pflege- und Gesundheitsberufe weiter verschärfen. Daher wird zunehmend diskutiert, wer und in welcher Art und Weise – unterstützt durch assistive Technologien – die wachsende Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Zukunft versorgen wird (Weber 2017).

1.2 Demenz

Es gibt verschiedene erkrankungsbezogene Ursachen für Pflegebedürftigkeit (Punkt 1.1). Die häufigste altersabhängige Krankheit in Europa ist die Demenz (Riedel-Heller et al. 2006). Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen mit Demenz wird im Zuge des demografischen Wandels weiter ansteigen (Rothgang und Müller 2018). Nach Schätzungen der WHO leiden etwa 47 Millionen Menschen an Demenz, wobei Morbus Alzheimer mit ca. 60% die häufigste Form ist (WHO 2017). In Deutschland leben derzeit ca. 1,4-1,7 Millionen Menschen mit Demenz (Lange et al. 2017, S. 50). Prognosen gehen davon aus, dass sich die Zahl bis zum Jahr 2050 verdoppeln könnte (Storm 2017). Die Prävalenz, also die Zahl an Neuerkrankungen im Jahr, liegt bei mehr als 300.000 Menschen. Aufgrund der demografischen Veränderung verschiebt sich zusätzlich das Verhältnis von Sterbefällen und Neuerkrankungen, sodass die Zahl jährlich um etwa 40.000 Menschen steigt (Bickel 2017). Insgesamt leiden etwa 6% bis 8% der erwachsenen Bevölkerung über 65 Jahren an einer Demenzerkrankung (Klie 2017). Über 70% der Demenzerkrankungen werden bei Frauen dokumentiert und ca. 70% der Menschen mit der Diagnose Demenz werden in Deutschland in die Pflegestufe 3 eingeordnet (Lange et al. 2017, S. 50f). Morbus Alzheimer stellt mit einem Anteil von 60 bis 80% den am häufigsten vorkommenden Typ dar, gefolgt von der vaskulären Demenz, der Demenz bei der Lewy-Körper-Krankheit sowie der frontotemporalen Demenz (WHO 2012). Weitere „Mischformen“ (zumeist aus vaskulären und degenerativen Demenzen) sind differenzialdiagnostisch schwer abzugrenzen, kommen jedoch ebenso häufig vor (Winblad et al. 2016). Das Gehirn, besonders im Bereich des Hippocampus, ist von einem fortschreitenden, pathologischen Veränderungsprozess geprägt (Jin 2015). Typisch sind hierbei die Anhäufungen von pathologischen β -Amyloid- und Tau-Proteinen, die sich sowohl zwischen als auch innerhalb von Neuronen ablagern und dadurch Störungen in der Informationsübermittlung im neuronalen Netz verursachen. Es kommt im weiteren Verlauf der Erkrankung zum Abbau der Gehirnmasse aufgrund der sukzessiven Rückbildung der Synapsen sowie des Absterbens der Neuronen (Alzheimer's Association 2016). Erste Symptome kognitiver Funktionseinschränkungen zeigen sich, wenn die Verschlechterung der Gehirnfunktion nicht kompensiert werden kann (Jin 2015).

Ursächlich wirksame Behandlungs- sowie Präventionsmöglichkeiten für Demenz liegen nach aktueller Evidenzlage nicht vor (Andrade-Moraes et al. 2013). Trotzdem verweisen aktuelle Studien zu protektiven Faktoren bei Demenz darauf, dass gezielte geistige Tätigkeit, Bildung, berufliche Fertigkeiten, Sprachvermögen sowie ein reges Sozialleben zum Aufbau kognitiver Reserven beitragen, die verbesserte Kompensationsmöglichkeiten zur Folge haben können (Prince et al. 2012). Die durchschnittliche Erkrankungsdauer liegt bei ca. acht Jahren und kann sich bis 20 Jahre erstrecken (Ganguli et al. 2005). Menschen mit Demenz erfahren im Verlauf der Erkrankung einen Verlust der körperlichen, mentalen und sozialen Fähigkeiten, sodass ihre gewohnte Lebensweise eingeschränkt

ist und sie zunehmend auf die Hilfe von anderen Personen in den täglichen Aufgaben angewiesen sind (Kruse 2010). Das progrediente, chronische Syndrom verläuft mit Störungen kortikaler Funktionen, die das Gedächtnis, das Denken, die Orientierung, die Auffassungsgabe, die Lernfähigkeit, die Sprache sowie das Urteilsvermögen betreffen. Im Verlauf einer Demenz können darüber hinaus Veränderungen des Sozialverhaltens, der emotionalen Kontrolle und der Motivation beobachtet werden (Alzheimer's Association 2016). Im ICD-10-Code (F00-F03) werden unter dem Krankheitsbild „Demenz“ verschiedene Erkrankungen zusammengefasst, deren Gemeinsamkeit primär im Verlust des Erinnerungsvermögens liegt (ICD 2019). Zielsetzungen von therapeutischen Bemühungen bestehen grundlegend in der „symptomatischen Linderung der Leistungseinbußen sowie in der Verbesserung der Lebensqualität“ (Gutzmann und Mahlberg 2009). Dabei lassen sich die Therapiestrategien in psychopharmakologische Therapien, psychologisch-verhaltenstherapeutische und soziale Interventionen (z.B. zur Anpassung der Umgebungssituation zur Unterstützung der Angehörigen) unterscheiden, die die Kompetenzen in der Kognition sowie im Alltag verbessern sollen (IQWiQ 2009). Hinsichtlich der Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit sowie Lebensqualität stellt eine Demenzerkrankung eine gravierende Bedrohung der persönlichen Identität dar. Personen mit Demenz kämpfen darum, Aspekte ihres früheren Selbst zu erhalten. Daraus kann ein Konflikt zwischen der Anstrengung, die eigene Autonomie zu erhalten einerseits und der zunehmenden Anzahl neuropsychiatrischer Symptome andererseits entstehen, der einen erheblichen Einfluss auf die Versorgung der Betroffenen hat (Bunn et al. 2012); denn die zentralen Bedürfnisse demenzerkrankter Personen sind die Fortsetzung ihrer Lebensgewohnheiten, der Erhalt der Identität und die Führung eines autonomen Lebens (Stütterlin et al. 2011). Im Verlauf der Erkrankung können sich Betroffene zunehmend weniger an ihre Umwelt anpassen, da diese Fähigkeit nachlässt und somit die Selbstständigkeit im erheblichen Maß eingeschränkt ist. Für Betreuung und Versorgung eines Menschen mit Demenz bedeutet dies, dass die Umwelt an die Bedürfnisse und Bedarfe des Betroffenen angepasst werden sollten (Gutzmann und Mahlberg 2009). Dies stellt eine erhebliche Herausforderung für Pflegekräfte und pflegende Angehörige dar.

1.3 Pflegende Angehörige

Ca. 4,7 Millionen Menschen sind in Deutschland an der häuslichen Pflege ihrer Angehörigen beteiligt (Wetzstein et al. 2015). Dabei ist der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 40 und 65 Jahren, die die Pflege von Angehörigen übernehmen, zwischen 1996 und 2014 von 7% auf knapp 12% gestiegen. Dagegen ist der Anteil der Personen, der ausschließlich der Pflege ihrer Angehörigen nachgeht, im gleichen Zeitraum von 7% auf 5% gesunken (Wetzstein et al. 2015). Zur häuslichen Pflege liegen jedoch unterschiedliche Datenlagen vor (Bestmann et al. 2014; Hielscher et al. 2017; Isfort und Rottländer 2016; Neuhaus et al. 2009): Diese weisen darauf hin, dass sich neben der Art und dem Ausmaß der Betroffenheit von Pflegebedürftigkeit auch die Versorgungssituation vielfach unterscheidet. Das „Pflege-Thermometer“ 2018 berichtet dazu, dass sich ein Anstieg hinsichtlich der Komplexität häuslicher Versorgung in der Zeit von 2014 bis 2015 feststellen ließ. Daraus können u.a. der Anstieg der Personen, die neben körperlichen auch seelische Beeinträchtigungen aufweisen, der Anstieg der sozialen Isolation sowie die Zunahme schlechterer hygienischer Zustände in den Wohnungen konstatiert werden (Isfort 2018). Eine kritische Überprüfung sowie ein systematischer Gesamtüberblick über die Versorgungsrealität und -qualität liegen derzeit nicht vor. Mehr als zwei

Drittel der Menschen mit einer Demenzerkrankung werden zu Hause von Angehörigen (Verwandschaft ersten Grades: Kinder, Ehepartner*innen) betreut (Hallauer und Kurz 2002, S. 15f). Die pflegenden Angehörigen stellen somit die größte und wichtigste Gruppe in der Versorgung von Menschen mit Demenz dar (Haumann 2017, S. 18). Frauen übernehmen mit ca. 75% in den meisten Fällen die häusliche Pflege (Stütterlin et al. 2011). Seltener sind es Bekannte, Freunde oder andere verbundene Personen (Langa et al. 2005). Fast dreiviertel der Pflegebedürftigen leben mit ihren pflegenden Angehörigen in einem Haushalt (62%) oder im gleichen Haus (8%). Ca. 19% wohnen im Umkreis von bis zu 30 Minuten Fahrzeit entfernt (Bickel 2017). Wenn keine familiären Verbindungen bestehen oder Familienangehörige aufgrund der Entfernung nicht in der Lage sind, Pflege- oder Hilfstätigkeiten zu leisten, übernehmen bei 9% der Pflegebedürftigen Freunde, Bekannte und Nachbarn die Unterstützungsleistungen (Meyer 2006). Eine wichtige Voraussetzung für die häusliche Betreuung von Menschen mit Demenz ist daher die unmittelbare Nähe und nahezu ständige Verfügbarkeit von pflegenden Angehörigen (Bunn et al. 2012; Robinson et al. 2009). Auch die Einschätzungen des Pflegereports 2017 mit dem Schwerpunkt „Gutes Leben mit Demenz“ skizzieren ein ähnliches Bild (Haumann 2017; Lange et al. 2017). Die Pflege durch Angehörige wird präferiert: Annähernd die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland (49%) findet, dass sich die Familienangehörigen und Freunde an der häuslichen Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz beteiligen sollten, während eine 24h-Pflegebetreuung lediglich 15% der Gesamtbevölkerung für die Pflege notwendig finden (Haumann 2017, S. 26). Zur Erhaltung eines möglichst großen Ausmaßes an Autonomie sind Menschen mit Demenz somit im Krankheitsverlauf zunehmend mehr auf pflegende Angehörige angewiesen. Belastungen, die mit der Pfl egetätigkeit einhergehen können, werden von den pflegenden Angehörigen unterschiedlich aufgefasst und bewertet. Hinsichtlich der Pflegerealität von Angehörigen werden zwei Sachverhalte berichtet: Die Pflege ist für Angehörige belastend, gleichzeitig besteht jedoch eine enge emotionale und soziale Bindung zu den Gepflegten, die auch mit positiven Erlebnissen assoziiert wird und somit ein wichtiger Bestandteil der Pflege ist (Isfort 2018). Sie berichten, dass die Betreuung und Pflege der Menschen mit Demenz besonders gut gelingen, wenn ihre emotionalen Bedürfnisse geachtet und dramatische Aspekte der Krankheit in den Hintergrund gerückt werden, u.a. mithilfe von Humor. Jedoch schildern pflegende Angehörige auch (59%), dass sie sich oft an der Grenze ihrer Kräfte fühlen (Haumann 2017, S. 44). Die im Verlauf der Erkrankung auftretenden neuropsychiatrischen Symptomausprägungen (Punkt 1.2) können demnach für die Angehörigen als Belastung empfunden werden und u.a. zu aggressivem, depressivem, und/oder ängstlichem Verhalten, Agitation, Ruhelosigkeit und verändertem Schlaf-Wach-Rhythmus führen. Ebenso können finanzielle Probleme Folge der intensiven Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz sein (Ornstein und Gaugler 2012) sowie negative Auswirkungen auf soziale Beziehungen und Berufstätigkeit haben (Müller et al. 2009). Die Pflege von Menschen mit Demenz kann somit zu einer hohen körperlichen (Känel et al. 2012), zeitlichen aber vor allem auch emotionalen Belastung der pflegenden Angehörigen führen (Schulz et al. 1995). Häufig geht diese Belastung mit tiefgreifenden Veränderungen ihrer Lebensumstände und mit einer Verschlechterung der Lebensqualität einher (Bestmann et al. 2014). Die pflegenden Angehörigen weisen somit ein erhöhtes Stresserleben sowie ein erhöhtes Risiko für Depressivität bei gleichzeitiger Reduktion des subjektiven Wohlbefindens auf (Pinquart und Sörensen 2006). Bis zu 50% der Betreuenden leiden im Verlauf dieser Aufgabe an

psychiatrischen Symptomen (Schulz et al. 1995). Trotzdem empfinden viele Menschen auch eine innere Befriedigung in der Betreuung ihrer Angehörigen, besonders, wenn diese dadurch zu Hause weiter versorgt werden können und nicht in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht werden müssen (Roth et al. 2013). In der vergangenen Legislaturperiode (2013-2017) wurden eine Reihe von Gesetzesinitiativen auf den Weg gebracht, die nicht nur auf die Pflegebedürftigen und die Pflegeeinrichtungen, sondern auf die pflegenden Angehörigen abzielen. Jedoch zeigen weder das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, in dem u.a. die Regelungen im Pflegezeitgesetz und im Familiengesetz ausgebaut worden sind, noch der im Pflegestärkungsgesetz II eingeführte Anspruch zur Teilumwidmung des Sachleistungsanspruchs bislang nachhaltige Effekte bei den pflegenden Angehörigen (Rothgang und Müller 2018, S. 9). Auch das zu Beginn des Jahres 2020 in Kraft getretene „Angehörigenentlastungsgesetz“ wird vorwiegend finanzielle Entlastungen mit sich bringen. Durch Beratung und kontinuierliche Unterstützung können pflegende Angehörige in ihrer Kompetenz und ihrem Wissen für eine gute Pflege gestärkt und bestenfalls entlastet werden. Der Beratung und Informationsvermittlung kommen somit wichtige Funktionen bei der Stabilisierung der häuslichen Pflege zu (Punkt 1.6) (ZQP 2016, S. 2); denn gezielte psychosoziale Interventionen können die Belastung der pflegenden Angehörigen reduzieren und die Aufnahme in ein Pflegeheim verzögern (Brodaty und Donkin 2009). Der Wunsch der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz nach gezielterer Unterstützung und Beratung in allen Bereichen der pflegerischen Betreuung der Angehörigen hat dabei deutlich zugenommen (Klie 2017, S. 3). Die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit sowie der Autonomie der betroffenen Menschen mit Demenz bildet dabei einen zentralen Punkt, der für die pflegenden Angehörigen zunehmend in der Versorgung an Bedeutung gewinnt. Assistive Technologien werden in diesem Zusammenhang mit steigender Tendenz diskutiert (Hämmerle und Kempster 2017). Die Gruppe der pflegenden Angehörigen ist dabei heterogen, sie nutzt und beherrscht die technischen Systeme zur Unterstützung auf unterschiedliche Art und Weise – kulturelle Faktoren sowie aktuelle gesellschaftliche Tendenzen, die sich bereits durch lokale Prägungen unterscheiden, spielen dabei sowohl für die Einstellung zur Pflege als auch zu assistiven Technologien in der Pflege eine große Rolle (Meißner 2019, S. 262).

1.4 Assistive Technologien und Ageing in place

Der Einsatz von assistiven Technologien in der Pflege gewinnt zunehmend an Bedeutung (Künemund 2016, S. 3), weshalb deren Entwicklung in den vergangenen Jahren schnell vorangeschritten ist (Hielscher et al. 2015, S. 6). Begriffe wie Ambient (Active) Assisted Living (AAL), assistierende Gesundheitstechnologien (health-enabling technologies) sowie im Besonderen zur Gesundheitsversorgung zu Hause (home care), E-Health, Telemedizin und Telepflege (telemedicine, telenursing, telehealth) gewinnen verstärkt an Bedeutung und finden zunehmend Eingang in den öffentlichen Diskurs, wobei eine trennscharfe Unterscheidung nicht immer vorgenommen wird (Meißner 2017, S. 159). Auch für die Differenzierung zwischen Unterstützung, Assistenz und Hilfe sowie eindeutig adressierten Personengruppen fehlen in den bisherigen Konzepten tragfähige Definitionen (Hämmerle und Kempster 2017). Im angelsächsischen Sprachgebrauch wird „technology“ für die Begriffe „Technik“ und „Technologie“ verwendet, während im Deutschen unter Technologie die Wissenschaft von der Technik verstanden wird (Friesacher 2010, S. 295). Die in der Literatur häufig vorkommende Bezeichnung „technische Assistenzsysteme“ verweist bereits in der semantischen

Ausrichtung auf den Fokus der Technik. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit die Bezeichnung „assistive Technologien“ präferiert. Diese wird als handlungsorientierte Begriffseinheit verstanden, die stets Funktionen aufweist, in der gleichzeitig auch die Nutzung eines Bezugs- und Handlungsrahmens der Pflege offengelegt werden muss (Krings und Weinberger 2017, S. 186). Dabei wird „assistiv“ analog zum Duden (2017) aufgefasst als „jemandem nach dessen Anweisungen zur Hand gehen, bei einer Arbeit oder Tätigkeit behilflich sein“. „Assistenz“ und „Hilfe“ sind dabei kontextsensitive Formen der Unterstützung pflegebedürftiger Personen (Hergesell und Maibaum 2016). Assistive Technologien unterstreichen damit die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person, denn die notwendige Unterstützung erfolgt entsprechend der Interaktion sowie des ausdrücklichen (Ein-)Verständnisses und der Anweisungen der pflegebedürftigen Person oder des pflegenden Angehörigen. Dabei werden Technologien als hoch entwickelte, vernetzbare, digitale Systeme verstanden, die mehrere Funktionen und Anwendungsmöglichkeiten kombinieren und so komplexe Prozesse ausführen (Henne und Wienberg 2015). Gemeinsam ist den Technologien der „assistive Charakter“, der vom Gedanken der „Assistenz“ in allen Lebenslagen geprägt ist und somit keinen Ersetzungscharakter aufweist (Paulicke et al. 2019a). Die WHO (2020) definiert „assistive Technologien“ als ein Oberbegriff, der die Systeme und Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Bereitstellung von unterstützenden Produkten und Dienstleistungen umfasst. Assistive Technologien werden nach diesem Verständnis als Unterstützungsprodukte eingeordnet, die die Funktionsfähigkeit von Menschen erhalten oder verbessern sowie die Unabhängigkeit fördern. Sie reduzieren den Bedarf an formellen Gesundheits- und Unterstützungsdiensten, Langzeitpflege sowie die Arbeit von Pflegekräften. Für ältere Menschen ermöglichen assistive Technologien weiterhin zu Hause zu leben und die Notwendigkeit von Langzeitpflege kann verzögert bzw. verhindert werden (WHO 2020).

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ordnet „technische Assistenzsysteme“, die als Synonym für assistive Technologien betrachtet werden können, als „technische Hilfsmittel, insbesondere auf Basis von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), zur Unterstützung Pflegebedürftiger (einschließlich "Pflegestufe 0") im häuslichen Umfeld“ ein (BMG 2013). Einen Versuch, die vielfältigen Möglichkeiten von assistiven Technologien in einen allgemeinen, funktionalen Bezugsrahmen der Pflege zu stellen, liegt im deutschsprachigen Raum durch Kunze und König (2017) mithilfe der Orientierung an die ICF-Systematik vor (Abbildung 1).

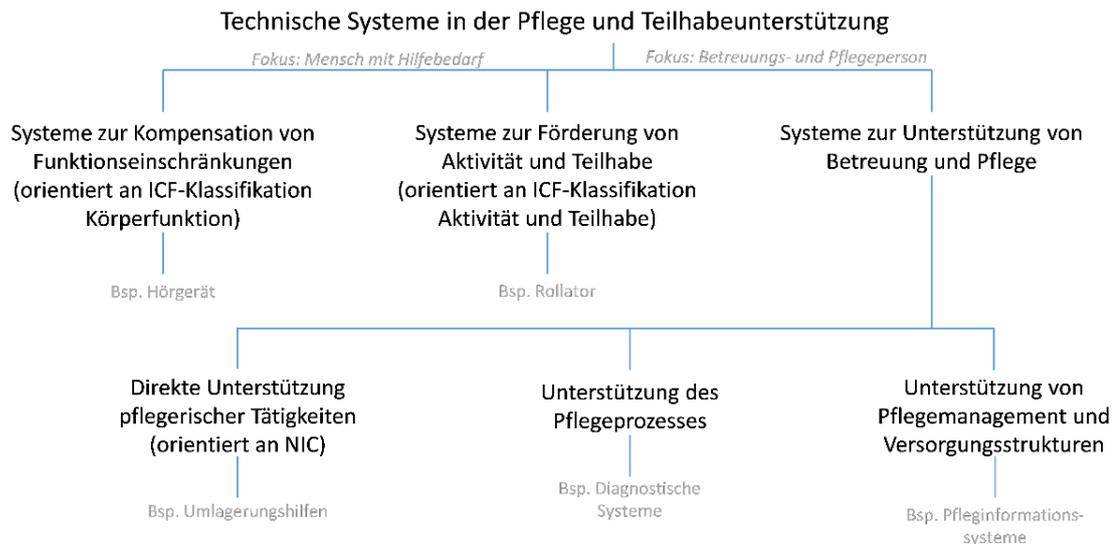


Abbildung 1: Systematik technischer Systeme in der Pflege nach Kunze und König (2017, S. 6)

Das Schema (Abbildung 1) bietet eine In-Bezugsetzung von Pflegeproblemen zu assistiven Technologien sowie zu den ICF-Dimensionen und damit die Möglichkeit, eine Unterscheidung in assistive Technologien zur Kompensation von Funktionseinschränkungen (mentale Funktion, Sinnesfunktion, Stimm- und Sprechfunktion, bewegungsbezogene Funktion, innere Organsysteme) und in assistive Technologien zur Unterstützung von Aktivitäten und Teilhabe (Lernen, Wissensanwendung, tägliche Aufgaben, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung und häusliches Leben, interpersonelle Interaktion, bedeutende Lebensbereiche, wie z.B. Arbeiten, Gemeinschaft und Sozialleben) zu treffen. Weitere Strukturierungs- und Abgrenzungsmöglichkeiten für das Anwendungsfeld Pflege für assistive Technologien liegen derzeit nicht vor (Hämmerle und Kempster 2017, S. 6). Eine Übersichtsarbeit von Krick et al. (2019) verweist auf die geringe Evidenzlage, die besonders bei Studien mit pflegenden Angehörigen sowie im Bereich der technischen Unterstützung im Wohnumfeld festzustellen ist. Für die spezifischen Einschränkungen für Menschen mit Demenz gibt es verschiedene Typen von assistiven Technologien, die häufig als eigenständige Lösungen in unterschiedlichen Entwicklungsstadien vorhanden, verfügbar und zum Teil auch bereits erhältlich sind (Lenker et al. 2013). Die meisten assistiven Technologien für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen befinden sich jedoch in der Forschungs- und Entwicklungsphase (Schultz et al. 2014, S. 5). In Anlehnung an Schultz et al. (2014, S. 6f) können sechs (vereinfachte) Kategorien, in denen aktuelle assistive Technologien, die in der Versorgung von Menschen mit Demenz Anwendung finden, definiert werden:

- **Virtuelle Begleiter und Navigationsassistenz** (Apps zur Navigation, zur Tagesstrukturierung, Erinnerungsfunktionen und Kommunikation, inkl. Videotelefonie) (Botsis und Hartvigsen 2008)
- **Therapie- und Zuwendungsroboter** (emotionale Stimulation, Förderung sozialer Verhaltensweisen, Bsp.: Robbe „Paro“) (Hung et al. 2019)
- **Unterstützungsroboter** (Unterstützung im häuslichen Umfeld, Prompting-Systeme, die durch sprachliche oder graphische Hinweise Planung und Strukturierung alltäglicher Tätigkeiten unterstützen) (Broekens et al. 2009)

- **Mobilisierung durch Bewegungstrainer (Serious Games)** (Systeme zur physischen Aktivierung sowie zum Training wichtiger motorischer Funktionen, z.B. mit dem Ziel der Sturzprävention, Bsp.: Lindera oder Memore Box) (Bejan et al. 2018)
- **Systeme zur kognitiven Aktivierung** (Unterstützung durch digitale Erinnerungswerkzeuge, Gedächtnistraining, Biografiearbeit) (Queirós et al. 2015)
- **Aktivitätsmonitoring** (Schwerpunkte des Ambient Assisted Living, durch integrierte Sensoren wird die Aktivität der Benutzer*innen überwacht, um z.B. ungewöhnliche Verhaltensmuster frühzeitig zu erkennen wie Gehstörungen, Stürze und Inaktivität) (Gillespie et al. 2012)

Weitere Einordnungen von assistiven Technologien für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen, die aufgrund einer hohen Deckungsschärfe zum Themenfeld die Auswahl der skizzierten Kategorien für die vorliegende Arbeit fundieren, finden sich u.a. bei Gillespie et al. (2012), Georgieff (2008), Cook und Polgar (2015), Bharucha et al. (2009), Perilli et al. (2018) sowie in einer systematischen Übersichtsarbeit von Hirt et al. (2019). Die Bandbreite an technischen Komponenten und Einsatzmöglichkeiten von assistiven Technologien wird sich weiter ausdifferenzieren und einen Schwerpunkt in der Umsetzung des Ageing in Place-Ansatzes bilden (Krings und Weinberger 2017). Elemente, wie das Monitoring von Gesundheits-, Verhaltens- und Umgebungsdaten, die assessment-basierte Informationen in pflegerelevante Maßnahmen überführen oder Informations- und Kommunikationstechnologien, die durch geeignete Plattformen, Kanäle oder Avatare den für die pflegebedürftige Person und das Pflegearrangement notwendigen Informationstransfer anbieten, könnten zur Unterstützung von Lernprozessen bzw. zur Förderung von kognitiven und motorischen Fähigkeiten Anwendung finden (Henne und Wienberg 2015).

Übergreifend ist festzustellen, dass assistive Technologien mit körperfernen oder körpernahen technischen Artefakten die Aktivitäten in verschiedenen Lebensbereichen der Betroffenen unterstützen können (Hergesell und Maibaum 2016). Als körperfern zählen hierzu z.B. Smart-Home-Technologien und solche aus dem Bereich AAL, die Sicherheits-, Wärme-, Belüftungs- und Beleuchtungsanlagen etc. adressieren. Auch die Detektion von Notfallsituationen und Alarmgenerierung (z.B. bei Sturz) sowie die Personenortung durch GPS und die Überwachung bei altersbedingten Funktionsdefiziten (Rückkopplung des Gesundheitszustandes für die Person selbst, für Angehörige, Pflegefachkräfte etc.) zählen hierzu (Hielscher et al. 2015, S. 13). Sogenannte (Service-)Robotik und Telemonitoring sind ebenso unter den körperfernen assistiven Technologien zu fassen. Als körpernahe assistive Technologien zählen die sogenannten Wearables sowie VR-/AR-Technologien oder Systeme zur Kraftunterstützung wie Exo-Skelette (Lutze et al. 2019, S. 25). Im aktuellen Diskurs von gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung, in der assistive Technologien Gegenstand der Debatte sind, zeichnet sich somit zwischen Unterstützung, Assistenz und Hilfe sowie adressierter Personengruppen keine eindeutige Definition und damit keine klar zuordbaren assistiven Technologien ab (Hämmerle und Kempster 2017). Auch eine wissenschaftliche Klassifizierungsmöglichkeit zu pflegerelevanten assistiven Technologien steht aus (Lutze 2017). Integrationsmöglichkeiten in den Pflegeprozess von robotischen Assistenzsystemen, die nicht trennscharf von assistiven Technologien zu unterscheiden sind, wurden in einer Übersicht beschrieben (Klein et al. 2017). Dabei wird häufig nicht zwischen robotischen und weiteren digitalen Technologien in Bezug auf Zweck, Motivation und Einsatzbereich differenziert (Buhtz et al. 2018).

Mehrere Modellprojekte wurden im Themenbereich in den letzten Jahren initiiert. So wurden rund 80 Millionen Euro vom BMBF in Förderlinien im Kontext „Pflege und Technik“ investiert. Nur wenige „Leuchtturmprojekte“ wie „MoCaB“ oder „QuatrBack“ adressieren und integrieren dabei explizit pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Keines der geförderten Projekte hat jedoch dazu geführt, dass die Technologien in größerem Umfang regulär eingesetzt werden und die Versorgungssituation ändern (Meißner 2019, S. 261). Friesacher (2010) führt in diesem Zusammenhang an, dass zentrale soziotechnische Herausforderungen im Pflegekontext in der Vergangenheit nur rudimentär und im geringen Maß kritisch betrachtet worden sind, während vorwiegend Projekte gefördert, initiiert und Produkte konzipiert wurden, die die Möglichkeiten der Technik in den Mittelpunkt stellen. In der aktuellen Forschungsdebatte herrscht weitgehend Konsens darüber, dass nicht die Technologie Ausgangspunkt von Lösungsansätzen sein darf, sondern dass komplexe Phänomene der Hilfe- und Pflegeabhängigkeit fokussiert werden, mit der Frage einhergehend, inwiefern die Einbettung in die Pflegepraxis gelingt und ob assistive Technologien den Bedürfnissen und Bedarfen der Betroffenen und den Angehörigen entsprechen (Kunze 2017, S. 137). Bisherige Forschungs- und Entwicklungsansätze konzentrieren sich vorwiegend auf den Zusammenhang der allgemeinen Technikeinführung und den damit einhergehenden Faktoren (Meißner 2019, S. 262). In der Literatur wurden in diesem Kontext verschiedene Modelle entwickelt, wie das Technology Acceptance Model (TAM), das vor allem die wahrgenommene Nutzbarkeit („perceived ease of use“) und wahrgenommene Nützlichkeit („perceived usefulness“) als Schlüsselfaktoren der Technikakzeptanz identifiziert, welches in der aktuellen Weiterentwicklung als TAM 3 vorliegt (Venkatesh und Bala 2008). Herauszustellen ist hierbei, dass die beschriebene Nützlichkeit in der Einordnung der Technologien eine stärkere Gewichtung einnimmt als die Nutzbarkeit. Somit hängt die Akzeptanz der einzelnen Technologien z.B. weniger von der altersgerechten Bedienoberfläche ab, sondern vielmehr von der Nützlichkeit bzw. der tatsächlichen gewonnenen Unterstützung im Alltag (Davis 1989). Weitere Technikakzeptanzmodelle sind: „Unified Theory of Acceptance and Use of Technology“ (UTAUT) (Brauer 2017), „Model of Information System Success“ (D&M IS) (DeLone und McLean 2003) und „Fit between Individuals, Tasks and Technology“ (FITT) (Ammenwerth et al. 2006). Die Variable „Alter“ findet im „Senior Technology Acceptance & Adoption Model“ (STAM) (Renaud und van Biljon 2008) sowie im „Acceptability of assistive technology to older people“ von McCready und Tinker (2005) Berücksichtigung. Nachweise von Kosten-Nutzen-Faktoren sowie Effektivität bzw. Wirksamkeit hinsichtlich gesundheits- oder pflegebezogener Outcomes können anhand der vorgestellten Modelle bisher nicht empirisch erfasst werden (Meißner 2017, S. 161; Lutze et al. 2019, S. 16). Spezifische Akzeptanzmodelle für den Einsatz assistiver Technologien für Menschen mit Demenz liegen ebenfalls nicht vor (Schultz et al. 2014). Förderliche und hinderliche Faktoren der Technikakzeptanz sowohl bei älteren Menschen als auch bei pflegenden Angehörigen werden hingegen in verschiedenen Erhebungen beschrieben (Yusif et al. 2016; McCready und Tinker 2005; Burstein et al. 2015). Diese weisen übergreifend einen hohen Bedarf an einer tieferen Durchdringung soziotechnischer Zusammenhänge und deren Wechselwirkungen auf (Meißner 2019, S. 263). Die Pflege steht den assistiven Technologien grundlegend positiv und aufgeschlossen gegenüber (ZQP 2019; ZQP 2018). Menschen, die im ländlichen Raum leben, bewerten die Möglichkeiten dabei im Allgemeinen höher (Lutze et al. 2019, S. 16). Auch der Einsatz von

Technologien im Wohnumfeld (AAL-Anwendungen) wird befürwortet und positiv bewertet, da die Technik zum Verbleib in der eigenen Wohnung („Ageing in place“) beitragen kann (ZQP 2019, S. 22; Mesteheneos 2011). Untersuchungen zur Wohnpräferenz älterer Menschen mit Demenz zeigen in diesem Zusammenhang, dass die überwiegende Mehrheit in ihrer eigenen Wohnung verbleiben möchte (Robinson et al. 2009; Kutzleben et al. 2012). Der Verbleib in der eigenen Wohnung kann somit als primärer Faktor für die Lebensqualität gewertet werden (Schultz et al. 2014). Aktuelle Studien zum Zusammenhang der Nutzung von assistiven Technologien im eigenen Wohnumfeld und zum Wohlbefinden älterer Personen verweisen auf ein geringeres Maß an Einsamkeit sowie ein höheres Maß an Autonomie (Schlomann et al. 2020). In einer Übersichtsarbeit von Bächle et al. (2018) wird in diesem Zusammenhang festgestellt, dass der Einsatz von assistiven Technologien sowohl für die Betroffenen als auch für die pflegenden Angehörigen tendenziell positive Auswirkungen haben kann. Zentral in den analysierten Studien ist hierbei, dass ein erfolgreicher Einsatz von assistiven Technologien eng mit der exakten Ermittlung der Bedürfnisse der betroffenen und der betreuenden Personen im Sinne einer personalisierten und kontextuellen Einbindung des Pflegeumfeldes verbunden ist (Bächle et al. 2018). Weiterhin liegen nur wenige Befunde zu den Effekten von assistiven Technologien im Allgemeinen vor (Burstein et al. 2015). Befunde aus der Interventionsforschung (Davis et al. 2001) zeigen, dass emotionale, empfindungsbezogene, sozialkommunikative, alltagspraktische und körperliche Ressourcen unter angemessenen Stimulations-, Aktivierungs- und Motivationsbedingungen zum Teil verwirklicht werden können und somit zum Wohlbefinden und zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität sowohl der pflegenden Angehörigen als auch der betroffenen Menschen mit Demenz beitragen können. Auch deswegen wird derzeit von verschiedenen Akteuren die Entwicklung innovativer technischer Assistenz in der Pflege gefordert (Künemund und Fachinger 2018). Entscheidend ist die Einbettung neuer Technologien in eine Gesamtentwicklung der Pflege, die zwischen Pflegebedürftigen, Pflegefachleuten, Dienstleistern und auch pflegenden Angehörigen in ihren jeweiligen spezifischen Bedürfnissen, Fähigkeiten und auch Wünschen differenziert (Meißner 2019, S. 261). Ansätze einer partizipativen Technikentwicklung im Pflegekontext werden in den letzten Jahren zunehmend diskutiert und anfänglich erprobt (Kujala 2003). Nutzerintegration wird dabei jedoch überwiegend auf Aspekte wie Anforderungen, Bewertung von Prototypen, Definitionen von Anforderungen beschränkt, ohne den Nutzenden eine aktive Rolle im Entwicklungsprozess zuzuschreiben (Buhtz et al. 2018). In Anbetracht der rasanten Entwicklung technologischer Neuerungen erscheinen die bisherigen Ansätze somit nicht ausreichend. Ein Verbleiben auf der beschriebenen Theorieebene und in den Pilotphasen führt dazu, dass die Projekte nicht über Forschungsprojekte hinaus in die Versorgung überführt werden (Zegelin und Meyer 2018). In der Konsequenz wird die Entwicklung von technischen Assistenzsystemen häufig sowohl von den Patient*innen als auch von pflegenden Angehörigen als nicht bedarfsgerecht und praxisrelevant wahrgenommen (Weber 2017). Neben der mangelnden Perspektive zu Verwertungs- und Implementierungsmöglichkeiten zu assistiven Technologien sind vor allem unzureichende Qualifikationsbedarfe sowie fehlende Informations- und Beratungsstrukturen als Gründe anzuführen (Berger 2017).

1.5 Herausforderungen für die Versorgung von Menschen mit Demenz im Spiegel der Technikdebatte

Beginnend mit der Pflegereform im Jahr 2006, bei der ein Paradigmenwechsel im Begutachtungsverfahren der Pflegeversicherung von einer körperlichen Einschränkung zur Bewertung der eingeschränkten Alltagskompetenz vollzogen wurde, folgten weitere gesetzliche Verbesserungen, wie die bessere Unterstützung durch die Pflegekasse, die ab 2015 auch unabhängig von der Anerkennung einer Pflegestufe gewährt wird oder durch das im Januar 2017 in Kraft getretene Pflegestärkungsgesetz II (PSG II), durch das die typischen Fähigkeitsstörungen und Einschränkungen der Selbstständigkeit im Konzept des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes (§ 14 SGB XI) mit berücksichtigt werden (Haumann 2017, S. 19; Wingenfeld et al. 2017). Demenzerkrankungen und die Pflege von Menschen mit Demenz stehen auch aufgrund dieser Entwicklung verstärkt im Mittelpunkt der wissenschaftlichen und öffentlichen Debatte. In der medizinischen Forschung wurden in den letzten Jahren verschiedene gentherapeutische und pharmakologische Hoffnungen geweckt, die jedoch bisher kaum spürbare Auswirkungen auf therapeutische Interventionen hatten (Kurz und Grimmer 2019). Aufgrund der begrenzten medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten, ist die Bewältigung der alltäglichen Versorgung von Menschen mit Demenz dem Zuständigkeitsbereich von nicht-medikamentösen Therapieverfahren zuzuordnen (Kurz und Grimmer 2019). Umso stärker wird die Debatte um den Einsatz von assistiven Technologien in der Versorgung von Menschen mit Demenz geführt, in der sich sowohl der mit dem demografischen Wandel assoziierte „Pflegerotstand“ als auch die mit dem Einsatz von assistiven Technologien verbundene Hoffnung, prekäre Pflegesituationen zu verbessern, kondensiert (Hergesell 2018, S. 16). Der bestehende Handlungsdruck, Lösungen zu entwickeln und Demenz dabei als ein langfristiges gesamtgesellschaftliches Problem zu verstehen und diesem zu begegnen, ist hoch. Aus diesem Grund können die aufgeführten Probleme und Herausforderungen in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Kontext des demografischen Wandels in der Postulierung von innovativen technischen Systemen als vielversprechender Lösungsansatz wie in einem „Brennglas“ betrachtet werden (Weinberger und Decker 2015). Bereits heute sind chronische Unterfinanzierung, Personalmangel und ethisch nicht mehr zu tolerierende Pflegesituationen bei der Versorgung von Menschen mit Demenz keine Zukunftsszenarien mehr, sondern verdeutlichen den Handlungs- und Reformbedarf (Hergesell 2018, S. 17). Der medial-öffentliche Diskurs um das Thema Demenz wird zum Teil emotional geführt – auch, da eine Vielzahl von Akteuren durch familiäres Auftreten der Erkrankung unmittelbar betroffen ist. Besonders hinsichtlich der zunehmenden Forderung nach technologischen Hilfen und Lösungen erscheint dieser Aspekt ein nicht zu vernachlässigender Treiber in der Dynamik der Technikdebatte zu sein, denn das Krankheitsbild Demenz ist nahezu als Gegenentwurf eines gesellschaftlich „erwünschten“ oder „erfolgreichen“ Alterns, also eines aktiven, selbstbestimmten, gesunden und sinnerfüllten Lebensabschnitts zu sehen (Thiele et al. 2013). Die Assoziationen, die damit einhergehen und häufig in stereotypisierter Form mithilfe medialer Filter verstärkt werden (Hilflosigkeit, Verlust von Autonomie und Selbstbestimmung, Belastung der Familienangehörigen etc.) gehören für viele Menschen zu den befürchteten, unmittelbaren sozialen Folgen, die mit der Erkrankung einhergehen (Corner und Bond 2004). Für einen großen Teil der Öffentlichkeit ist Demenz ein Tabuthema (Haumann 2017, S. 25). Trotz der zunehmenden und zahlenmäßig belegbaren Verbreitung von

demenziellen Beeinträchtigungen sind auch die Wahrnehmung und die Haltungen (Einstellungen) bisher kaum Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen (Haumann 2017, S. 19). Gerade in Hinblick auf komplexe Umwandlungsprozesse, wie sie im Zuge der Digitalisierung vorzufinden sind und langfristig den Diskurs mitbestimmen werden, scheinen jedoch tiefgründige und exakte Analysen zu spezifischen Zielgruppen, wie den pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, bisher nicht im ausreichenden Maß vorzuliegen (Hülken-Giesler 2007). Der Einsatz von assistiven Technologien in der Versorgung von Menschen mit Demenz ist ein Phänomen des Pflegesektors, das tiefe individuelle Sphären sowie komplexe gesellschaftliche Ebenen gleichermaßen tangiert, dabei bisher kaum analytisch-ontologische Forschung aufweist, jedoch mit großen Hoffnungen verbunden ist (Haumann 2017, S. 18).

Assistive Technologien für Menschen mit Demenz sind im Vergleich zu anderen Pflegeinnovationen im Gesundheitssektor bereits relativ weit verbreitet und bieten neben hochtechnisierten Bereichen im Gesundheitswesen, wie der Intensivpflege oder in der unterstützten Kommunikation, vor allem hinsichtlich der demografischen Entwicklung eine „Blaupause“ in der Analyse der Prozessgestaltung zu einem adäquaten Praxistransfer (Dammert et al. 2019, S. 253). Innovativen Technologien in der Pflege von Menschen mit Demenz wird dabei zum Teil eine selbstverständliche Integrationsfähigkeit zugeschrieben. Zugleich erscheinen diese als probate, dringend benötigte Reaktion auf die mit dem demografischen Wandel einhergehenden beschriebenen Probleme (Hergesell 2018, S. 22). Entsprechend umfänglich sind politisch-motivierte Förderaktivitäten. So wurde z.B. im Jahr 2011 das „Leuchtturmprojekt Demenz“ vom BMG gestartet, das durch Forschungen und Modellvorhaben die Versorgung der Betroffenen verbessern soll (BMG 2011). Auch das BMFSJ hat u.a. die „Allianz für Demenz“ initiiert (BMFSJ 2014) und das BMBF hat bereits im Jahr 2014 eine Bekanntmachung mit Schwerpunkt „Pflegeinnovationen für Menschen mit Demenz“ veröffentlicht (BMBF 2016). Die Schnittmenge der Förderlinien liegt hierbei stets in den „Innovationen“, die gezielt als Mittel der Wahl zur Bewältigung des Pflegenotstands angesehen werden (Hergesell 2018, S. 19). Die derzeitige Popularität von innovativen Pflorgetechnologien in der Versorgung von Menschen mit Demenz könnte darin begründet sein, dass innovativen technischen Ideen eine prospektive (Lösungs-)Funktion für die bisher unlösbaren, historisch gewachsenen Interessenskonflikte zwischen ökonomischen, fachlichen und ethischen Interessen zugeschrieben wird (Hergesell 2018, S. 22). In diesem Zusammenhang werden vor allem die Aufrechterhaltung der Selbstbestimmung und Lebensqualität sowie der Teilhabe (Autonomie) mit technischen Innovationen assoziiert (Kruse 2010). Die Integration von assistiven Technologien in den Alltag von Menschen mit Demenz eröffnet somit zahlreiche Optionen, die vor allem mit der Förderung von Bezogenheit und Selbstgestaltung der Betroffenen einhergehen (Kruse und Schmitt 2014, S. 31). Der Einsatz von Technik bildet dabei häufig die Voraussetzung, dem Wunsch, in der eigenen Wohnung zu verbleiben, zu entsprechen („Ageing in place“, Punkt 1.4) (Mesteheneos 2011). In Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Demenz ist hierbei ein Spannungsverhältnis zwischen der Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit und der Fürsorge festzustellen, das häufig eine systematische und zusammenhängende Betrachtungsweise ausschließt (Hergesell 2018, S. 18). In der damit im Zusammenhang stehenden häufig anzutreffenden „Einordnung“ von „Menschen mit Demenz“ ist besonders in Hinblick auf die Technikdebatte zu betonen, dass es sich um keine homogene Gruppe handelt, sondern um ein komplexes und sozial zu betrachtendes Phänomen, das

eine Vielzahl von Krankheits- und Altersbildern umfasst (BMfSFJ 2005). Es lassen sich in diesem Zusammenhang eine begrenzte aber wachsende Zahl gesicherter Forschungsarbeiten über die Auswirkungen der assistiven Technologien auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz finden. Es gibt Hinweise, dass Technologien zum Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen beitragen können, indem sie den Zeit-, Hilfs- und Energieaufwand für die Organisation der Unterstützung und Pflege reduzieren sowie Ängste und Befürchtungen, Sicherheitsrisiken (insbesondere bei Tätigkeiten, die körperliche Unterstützung erfordern) verringern und gleichzeitig die Unabhängigkeit der betreuenden Person erhöhen (Marasinghe 2016).

1.6 Beratungs- und Informationsmöglichkeiten für pflegende Angehörige zu assistiven Technologien

Mithilfe von Beratung können pflegende Angehörige in ihrer Kompetenz und ihrem Wissen für eine gute Pflege gestärkt werden sowie Entlastung und Unterstützung erhalten (Haumann 2017). Um die Betroffenen und pflegenden Angehörige in die Lage zu versetzen, die häusliche Pflege zu bewältigen und sie bei Entscheidungsprozessen zu unterstützen, sind in den letzten Jahren eine Vielzahl von gesetzlich definierten Beratungsansprüchen geschaffen worden, wie der Aufbau lokaler Infrastrukturen zur Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte, dem Rechtsanspruch auf Informationen und Aufklärung nach § 7c SGB XI oder dem Anspruch auf Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI (ZQP 2016, S. 3). Des Weiteren bestehen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz diverse Hilfsangebote, über die Informationen gewonnen werden können, z.B. über Angehörigengruppen, Kurzzeitpflege, Beratungsstellen etc. (DEGAM 2008, S. 68). Angebote, die auf Entlastung, Aktivierung und Beratung ausgerichtet sind, erreichen die pflegenden Angehörigen jedoch aus unterschiedlichen Gründen kaum (ZQP 2016, S. 4f). Dies betrifft auch die von den Pflegekassen vorgehaltenen Beratungsangebote (Lange et al. 2017). Unterstützungs- und Beratungsangebote im Rahmen des § 7a SGB XI, z.B. zum Case Management, sind bei den pflegenden Angehörigen oft unbekannt (Klie et al. 2016). Neben der unterschiedlichen Qualität der Angebote ist der primäre Grund in der fehlenden Passfähigkeit professioneller Hilfen und das Ausbleiben der Inanspruchnahme von Beratungs- und Hilfsangeboten zu suchen (Kramer 2016). Es liegen im Allgemeinen nur wenige Beispiele von wissenschaftlich gesicherten Aussagen für Schulungsprogramme für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz vor (Engel et al. 2016). Im Bezug zum Themenfeld der assistiven Technologien kann die momentane Situation als „Schwellensituation“ bezeichnet werden (Kramer 2016). Zwar gibt es eine Reihe von Informationsmöglichkeiten, die auch assistive Technologien berücksichtigen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Pflegestützpunkte, Wegweiser Demenz etc.), konkrete Praxistransfer- und Beratungsleistungen erfolgen jedoch bisher nur vereinzelt. Flächendeckende Aufklärung bzw. Beratungen zu assistiven Technologien sind bisher nicht Bestandteil der Informations- und Beratungsstrukturen, obwohl die Möglichkeit der Kostenübernahme, z.B. bei Hilfsmittelberatung und -training im Bereich Mobilität, im Einzelfall erfolgen könnte (DEGAM 2008, S. 59). Vor allem im häuslichen Kontext ergeben sich jedoch eine Vielzahl von Einsatzfeldern der assistiven Technologien, die pflegende Angehörige unterstützen können, wie z.B. die Vernetzung und Unterstützung in der Kommunikation mit anderen Personen in der Versorgung oder im Bereich der Sicherheitstechniken (Bächle et al. 2018). Weiterbildungen werden bisher vor allem im Bereich der AAL-Beratung durchgeführt; die Adressaten sind eher im Handwerk und der Wohnungswirtschaft zu finden (Graf et

al. 2013). Landesrechtlich gibt es keine geregelten Fort- und Weiterbildungsprogramme für professionell Pflegende oder pflegende Angehörige mit spezieller Ausrichtung auf die Vorbereitung und den Einsatz von assistiven Technologien. Auch der Pflegereport zum Thema „Gutes Leben mit Demenz“ beinhaltet keine Verweise auf gesicherte Wissensquellen zu assistiven Technologien für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (Klie 2017; Lange et al. 2017). Die Voraussetzungen für den adäquaten Einsatz neuer, digitaler Komponenten und technischer Assistenzsysteme sind jedoch der Erwerb von Wissen über bestehende technische Systeme sowie der Erwerb von Kompetenzen zur Handhabung für die zielgerichtete Integration assistiver Technologien in den Pflegealltag (Paulicke et al. 2019b); denn je umfänglicher die Technikkompetenz, desto höher ist die Offenheit gegenüber neuen technologischen Systemen in der Pflege und desto wahrscheinlicher wird dies eher als Chance aufgefasst als ein Problem (ZQP 2019, S. 22). Der Bedarf, die Akteure im Gesundheitswesen gezielt mit Wissen und Kompetenzen zu assistiven Technologien auszustatten und sie zugleich für die partizipative Entwicklung der zukünftigen Technik zu sensibilisieren, scheint gegeben (Stubbe et al. 2019).

Die Heterogenität assistiver Technologien sowie kaum vorhandene bzw. bekannte Anlaufstellen und damit fehlende Möglichkeiten, sich zu informieren, stellen auch für die pflegenden Angehörigen entscheidende Hürden für den pflege- und bildungswissenschaftlichen Zugang dar (Hagemann 2017). Die Entwicklung einer systematischen Annäherung an Informations- und Vermittlungsbedarfe der spezifischen Zielgruppen im Versorgungssystem, wie den pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, sowie ein zeitgemäßes Beratungsverständnis, in dem aktuelle mediendidaktische Prämissen des lebenslangen Lernens und angepasste digitale Kompetenzen (Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen) reflektiert werden, bilden die (derzeit fehlende) Basis einer Harmonisierung der Technologieentwicklung und der Wahrnehmung von Informations- und Beratungsmöglichkeiten.

1.7 Digitale Transformation in der Pflege

Ein populärer Ansatz, den Herausforderungen in der Pflege zu begegnen (Punkte 1.1; 1.5), wird im Zuge der sogenannten „digitalen Transformation“ der Gesundheitsversorgung diskutiert (Pfanstiel et al. 2018; Careum 2018). Die „digitale Transformation“ wird als Prozess verstanden, durch den die gesundheitliche und pflegerische Versorgung mithilfe der Digitalisierung genuin verbessert wird (Matusiewicz et al. 2017, S. 12). Begriffe wie „digital innovation“, „Smart Services“, „eHealth“ und „digitaler Wandel“ werden dabei häufig in synonyme (undifferenzierter) Form gebraucht (Elmer et al. 2019, S. 14). Wissenschaftlich fundierte Anwendungskonzepte zur Umsetzung liegen bisher nicht vor, sondern lediglich populärwissenschaftliche Forderungen nach dem „Loslassen von analogen Glaubenssätzen“ und zur Hinwendung innovativer, technischer Insellösungen, deren Wirksamkeitsnachweise bisher jedoch nicht erbracht wurden (Matusiewicz et al. 2017, S. 10). Häufig werden die Debatten um die Transformation im Gesundheitswesen von ökonomischen Zielparametern, wie dem „personaleinsparenden Einsatz von intelligenten Assistenzsystemen“, dominiert (Elmer et al. 2019, S. 69). Forderungen aus dem wissenschaftlichen Bereich, die die Anwendung von assistiven Technologien in der Pflege im Zusammenspiel mit Qualitätssteigerung und Kompetenzaufbau fokussieren, sind bisher nur vereinzelt vorzufinden (Careum 2018).

Das Kernproblem, das sowohl durch die weit verbreitete Technikzentrierung als auch durch die medial-verstärkte Berichterstattung zum Themenfeld „digitale Transformation“ manifestiert wird,

besteht in einem verzerrten beruflichen Selbstverständnis, das nur im unzureichenden Maß reflektiert wird und kaum Bestandteil der Diskussion ist. Potenziale, die mit dem Einsatz von assistiven Technologien (berufliche Attraktivitätssteigerung, Kompetenzzugewinn, Empowermentaufbau etc.) einhergehen könnten, werden so häufig konterkariert. Denn die Symbiose von notwendigen Entwicklungen in der Pflege, z.B. im Rahmen der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe oder dem professionalisierten Ausbau von Beratungsleistungen für pflegende Angehörige und der Digitalisierung in der Versorgungspraxis findet dagegen bisher kaum statt – auch, da die Debatten selten aus den einschlägigen Fachprofessionen heraus angeregt und gesteuert werden und somit häufig die Zielgruppe bzw. die Community verfehlen (Elmer et al. 2019). Dabei könnten transformative Prinzipien, die aus den Bereichen der Erwachsenenbildung und Pädagogik stammen, das Fundament einer digitalen Transformation auch in der Pflege bilden (Zeuner 2014; Dörner et al. 2020). Ausgangspunkt bildet dabei das Konzept des lebenslangen Lernens (Hanft 2013). Dieser Ansatz kann bildungspolitisch ein geeignetes Steuerinstrument sein, um nachhaltige Veränderungen zu begleiten und zu lenken (Dörner et al. 2020, S. 25). Kernelement des „transformativen Lernens“ bildet die reflexive Neubewertung erfahrungsbasierter Annahmen und Einstellungen, d.h. ein begleiteter Prozess zur Neuinterpretation früherer Erfahrungen (Mezirow und Arnold 1997, S. 4f). Dabei steht eine neue Bedeutungsperspektive im Fokus, die durch eine „Dynamik des Lernens“ (intentionales, intuitives Lernen) geschaffen wird und in einen Problemlösungsprozess eingebettet ist (Mezirow und Arnold 1997, S. 9; Mezirow 2009). Durch den Diskurs und die kritische Auseinandersetzung, die die Erwachsenen nach diesem Verständnis während der Lernprozesse durchlaufen, haben sie die Möglichkeit, neue Bedeutungsperspektiven hinsichtlich des Lerngegenstandes einzunehmen. Die eigene Erfahrung bildet dabei sowohl Ausgangs- als auch Endpunkt (Mezirow und Arnold 1997, S. 191). Transformative Lernansätze finden dort Anwendung, wo die persönliche Ebene und Lebenssituationen durch die Konfrontation neuer Herausforderungen betroffen sind und somit erhebliche Anpassungsleistungen vollzogen werden müssen (Rosenberg 2014, S. 82). Bildung findet in diesem Sinn als lebenslange Habitustransformation statt, bei der sich das Individuum stets im Prozess der Erweiterung, Veränderung und Umstrukturierung befindet und dabei maßgeblich von gesellschaftlichen Entwicklungen beeinflusst wird (Kamis 2016; Mezirow und Taylor 2011). Dabei kann ein sogenannter „Resonanzraum“, also ein Erfahrungs- und Wissensraum, in dem die Auseinandersetzung mit dem Themenfeld passiert, den Bezugsrahmen herstellen und so einen weiteren theoretischen Eckpfeiler einer „positiven Transformation“ darstellen (Rosa 2016, S. 407). Das weitreichendste Modell für den Prozess des transformativen Lernens ist durch Mezirow und Arnold (1997, S. 146) formuliert:

Phase I Weckung der bewussten Wahrnehmung

Stufe 1: Erleben auslösender Ereignisse

Stufe 2: Begegnung der Wirklichkeit

Phase II Transformation der bewussten Wahrnehmung

Stufe 3: Erreichen des Übergangspunkts

a) Entscheidung, die Sicht der Realität zu verändern

b) dramatischer Sprung oder Verlagerung, der „einfach so passiert“, ohne bewusst geplant zu sein

Stufe 4: Gleichmäßige oder sprunghafte Transzendierung des bisherigen Rahmens

Phase III Integration in der bewussten Wahrnehmung

Stufe 5: Persönliches Engagement

Stufe 6: Letztbegründung und Weiterentwicklung

In Phase I kann eine unerwartete neue Weltsicht, die sich durch den Einblick neuer Möglichkeiten ergibt, angebahnt werden. In Phase II wird die Wahrnehmung der Lernenden auf eine neue Perspektive gerichtet, die den Rahmen der alten überschreitet bzw. neu justiert, z.B. durch kontextuelle Veränderungen, kreative Sprünge sowie Anregungen zur Neuinterpretation, sodass sich eine umfassende Reflexion darüber einstellt. In der abschließenden Phase III wird die Entscheidung getroffen, sich auf die neue Perspektive einzulassen und durch deren Anwendung und Umsetzung auch an der Weiterentwicklung teilzunehmen (Mezirow und Arnold 1997, S. 147). Das Modell bietet somit eine Möglichkeit, eine prozesshafte Gestaltung schemenhaft darzustellen. Die Reflexion des habituellen Verhaltens (Wissen, Fähigkeiten, Einstellungen) steht dabei im Fokus (Mezirow 2009). Habitus- und Bildungstheorien fokussieren dabei das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft und somit die Möglichkeit eines Wechsels der Haltung und der eigenen Praxis durch Reflexion und aktives Mitwirken an der Entwicklung des Lerngegenstands (Rosenberg 2014, S. 21). Für die konzeptionelle Gestaltung von Beratungs-, Aufklärungs- und Lernbedingungen für assistive Technologien in der Pflege stellt die theoretische Vorgehensweise des transformativen Lernens eine mögliche Grundlage dar, da sie die komplexen Einflussfaktoren integriert und dabei personen-, problem- und lösungsorientiert ist. In Beratungs- und Informationskonzepten für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz sind „transformative“ Aspekte bisher nicht Gegenstand. Jedoch entsprechen die grundlegenden Elemente den nachhaltigen edukativen Zielstellungen, die auch in bestehenden Schulungen oder Beratungen das Ziel verfolgen, krankheits- und problembezogenes Wissen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten, die im Umgang mit spezifischen Problemen erforderlich sind, gezielt zu vermitteln (ZQP 2016, S. 9). Zur Entfaltung der Potenziale, die assistive Technologien mit sich bringen können, bedarf es demnach einer umfassenden und differenzierten konzeptionellen Basis, in der Elemente der Habitus- und Verhaltenstransformation eine zentrale Rolle spielen können.

1.8 Stand der Forschung

Zur Fundierung der Gesamterhebung wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Hierbei wurde die Methode eines Scoping Reviews (Arksey und O'Malley 2005; Grant und Booth 2009) benutzt, um einen Überblick über die bisherigen Forschungsaktivitäten in dem breit aufgestellten Themengebiet zu gewinnen. Auf der Basis der vorhandenen Literatur konnte das Forschungsfeld in Hinblick auf Ausmaß, Umfang und die Art der Forschungsaktivitäten dargestellt werden (Grant und Booth 2009). Somit konnte die Forschungslücke identifiziert werden. Die Ergebnisse tragen des Weiteren dazu bei, die inhaltliche Ausgestaltung der vorliegenden Forschungsarbeit zu präzisieren. Die ausführliche Darstellung der systematischen Literaturanalyse ist hinterlegt und kann beim Autor nachgefragt werden. Außerdem sind die Ergebnisse der Übersichtsarbeit in der Veröffentlichung von Paulicke et al. (2019c) einzusehen.

2 Zielstellung

Das primäre Ziel der vorliegenden Arbeit ist, die Informations- und Beratungsbedarfe von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zur Integration assistiver Technologien in den Pflegealltag offenzulegen. Untersucht werden dazu die Aussagen und Einschätzungen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz und Expert*innen aus der Pflegeberatung.

Das sekundäre Ziel ist es, die gewonnenen Informations- und Schulungsbedarfe in eine theoretische Konzeptualisierung eines transformativen Informations- und Beratungsverständnisses zu überführen und zu beschreiben. Im Fokus steht hierbei der Aufbau von Kompetenzen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, um eine Verbesserung der häuslichen Pflegesituation mithilfe assistiver Technologien zu erlangen.

Aus den Zielen werden folgende Forschungsfragen abgeleitet:

- 1) Welche Informations- und Beratungsbedarfe und Bedürfnisse werden von den pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz hinsichtlich assistiver Technologien formuliert?
- 2) Wie müssen Informations- und Beratungskonzepte zu assistiven Technologien für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz gestaltet sein, um Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten bzw. Kompetenzen zur adäquaten Integration in den Pflegealltag aufzubauen?

3 Material und Methodik

In der vorliegenden Arbeit wurde ein sequenziell-exploratives Mixed Methods-Forschungsdesign gewählt (Kuckartz 2014; Creswell und Piano Clark 2018). Hierbei wurde auf Basis eines Scoping Reviews (Punkt 1.8) sowie der theoretischen Auseinandersetzung mit „transformativen Konzepten“ (Punkt 1.7) Fokusgruppen (Haupterhebung) mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz durchgeführt. Für die Fokusgruppenerhebung wurde ein Ethikvotum der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg am 11.01.2018 eingeholt (Bearbeitungs-Nummer: 2017-123). Daran anschließend wurden vertiefende Expert*inneninterviews sowie eine Fragebogenerhebung (im Rahmen eines Workshops) mit Berater*innen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz durchgeführt (Abbildung 2). Als Arbeitsgrundlage wurden pragmatische Definitionen zu den verwendeten Begriffen, wie bspw. Partizipation, digitale Transformation oder Ko-Kreativität, tabellarisch aufbereitet und stets innerhalb der einzelnen Erhebungen einheitlich verwendet. Die Daten wurden im Rahmen des FORMAT-Projekts der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Förderkennzeichen: ZS/2016/07/80201) erhoben.

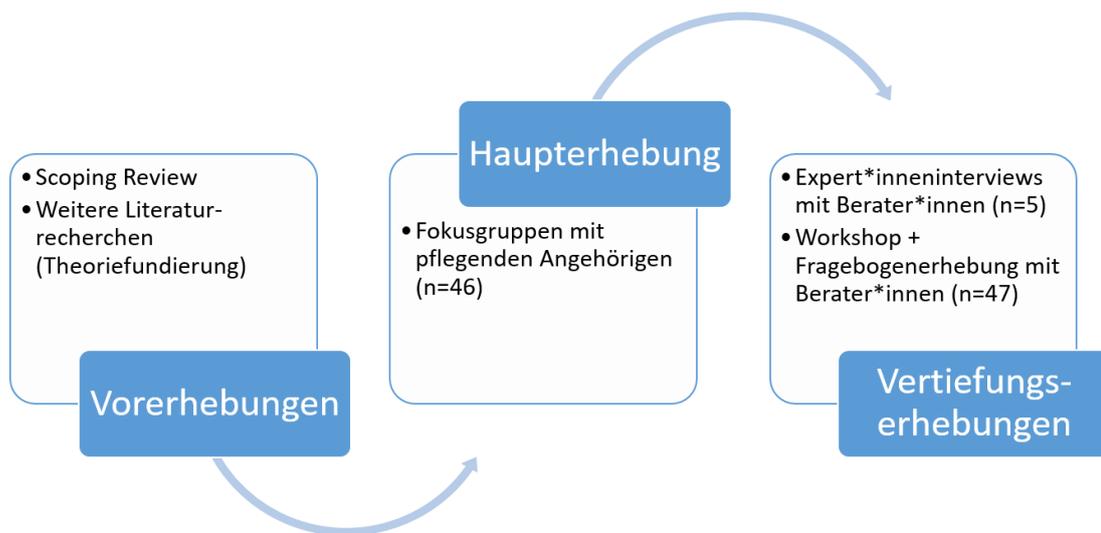


Abbildung 2: Schematische Übersicht der empirischen Erhebungen der Arbeit

3.1 Sequenziell-exploratives Forschungsdesign

Die aufgezeigten Eigenschaften des Forschungsfeldes (heterogene Strukturen, nur tangierende Forschungsergebnisse etc.) belegen, dass der Bereich, den es zu erforschen galt, relativ unbekannt ist und somit einer grundlegenden explorativen Annäherung bedarf (Diekmann 2017, S. 33f). Die empirische Ergründung im Sinne einer ausschließlich nomothetischen Vorgehensweise (durch quantitative Forschungsmethodik) wäre aus diesem Grund nicht zielführend und würde sich den zu ergründenden sozialen Konstitutionen nur unzureichend annähern (Lamnek 2005, S. 270). Die Sinn- und Relevanzstrukturen der im Forschungsfeld agierenden Personen (pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz) in ihren verschiedenen Konstruktionswirklichkeiten in Bezug zur Thematik (assistive Technologien) stehen im Fokus und es gilt, diese zu explizieren und zu interpretieren, um sich einem transformativen Informations- und Beratungsverständnis anzunähern (Bohnsack 2014, S. 24). Ziel ist es demnach, das Verständnis und das Handeln der Akteure in dem ihnen zugewiesenen Sinn in erster Linie zu verstehen und für mögliche Erklärungsstrategien hinlänglich vorzubereiten sowie Anknüpfungspunkte für die Gestaltung (von Informations- und Beratungskonzepten für pflegende Angehörige) offenzulegen (Lamnek 2005, S. 270).

Die qualitative Sozialforschung bietet dafür den paradigmatischen Rahmen und die methodologische Positionierung: Im Sinne des sozialwissenschaftlichen hermeneutischen Vorgehens, durch das die schrittweise Modifizierung und Vervollständigung der Erkenntnisse vollzogen werden kann, besteht die Möglichkeit einer empirischen Annäherung (Bohnsack et al. 2011, S. 83f). Für die methodische Umsetzung wurde ein sequenziell-exploratives Mixed Methods-Forschungsdesign gewählt (Creswell und Piano Clark 2018). Die Fokusgruppenerhebung mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz bildet den Erhebungskern, der mithilfe der sich anschließenden Expert*inneninterviews (Vertiefungskontext qualitativ: „Wie?“) und der Fragebogenerhebung (Vertiefungskontext quantitativ: „Was?“), die im Rahmen eines Workshops mit Berater*innen durchgeführt wurde, vertieft wird. Die quantitative Erhebung weist dabei einen ergänzenden Charakter auf, um die Einordnung der Ergebnisse mit zahlenmäßigen Erkenntnissen zu fundieren (Kuckartz 2014, S. 54). Die Arbeit folgt somit dem grundlegenden Verständnis der Induktion, innerhalb derer auch deduktive

(verifizierende und falsifizierende) Elemente implizite Bestandteile sind (Kelle 2008). Durch die Anlehnung an die „Grounded Theory“ und deren Elemente der iterativen, hermeneutischen Annäherung wird zudem gewährleistet, dass eine offene Forschungsstruktur beibehalten wird (Glaser und Strauss 2010). Auch grundlegende konstruktivistische und phänomenologische Verständniszugänge, die für das rekonstruktive Wirklichkeitsverständnis und die subjektive Sinnzuschreibung der Akteure im Forschungsfeld von Bedeutung sind, sind integrale Bestandteile für die gesamte Vorgehensweise und Analyse (Flick et al. 2015; Lamnek 2005). Die Arbeit folgt dabei einem hermeneutisch-explorativen Charakter und legt den Fokus auf die qualitativen Erkenntnisse (Burzan 2016). Die Vertiefungserhebungen dienen dabei der Fundierung und der detaillierteren Ausführung von Rahmenbedingungen (Strukturen von Informations- und Beratungsansätzen), Umsetzungsmöglichkeiten (methodisch-didaktische Prozessgestaltung) und Anknüpfungspotenzialen (innovative Lösungen). Im Sinne des sequenziell-explorativen Ansatzes (Creswell und Plano Clark 2018) werden hierbei die Teilerhebungen getrennt betrachtet und anschließend im Sinne einer komplementären Ergebniszusammenführung der explorativen und deskriptiven Ergebnisse interpretativ zusammengeführt (Flick 2017; Kuckartz 2014, S. 58). Somit wird das Spektrum des Detailgrads sukzessive erweitert und für die induktive Theoriegenerierung nachvollziehbar vorbereitet („additional coverage and exploratory“) (Kuckartz 2014, S. 69, 81). Die Wahl dieser Vorgehensweise wurde deshalb getroffen, da diese die höchste Deckungsschärfe zu den Zielstellungen aufweist und somit durch die Integration verschiedener Blickwinkel angemessen zur Beantwortung der Fragestellung erschien (Kuckartz 2014, S. 33f). Besonders hinsichtlich der explorativen Erschließung von Steuerungswissen für Bildungsprozesse der bisher in diesem Zusammenhang wenig erforschten Zielgruppe der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, erscheint die multiperspektivische Vorgehensweise mithilfe qualitativer und quantitativer empirischer Untersuchungen zur Erschließung der Komplementarität als geeignete Vorgehensweise (Gläser-Zikuda 2010, S. 7f). Auch dieser Arbeitsschritt wurde, wie viele weitere in der Analyse und der Modellentwicklungen, durch die intensive Diskussion mit der Forschungsgruppe des FORMAT-Projekts sowie einer weiteren peer group, bestehend aus fachverwandten Forscher*innen aus dem Verbundprojekt „Autonomie im Alter“ (AiA), in der Entscheidungsfindung kritisch reflektiert und schließlich fundiert. Der Anspruch auf Repräsentativität der Gesamterhebung wird dabei nicht erhoben; eine (induktive) Theoriegenerierung wird angestrebt und dient der Fundierung sich anschließender Erhebungen. Zur Orientierung sowie zur methodischen Qualitätssicherung wurde das Bewertungstool für Mixed Methods Studien „Good Reporting of A Mixed Methods Study“ (GRAMMS) (O’Cathain et al. 2008) angewendet. Zusätzlich wurde die qualitative Beschreibung von quantitativ-deskriptiven Erhebungen im Rahmen von Mixed Methods Studien von Hong et al. (2018) („Mixed Methods Appraisal Tool“ (MMAT)) zur transparenten Qualitätsdarstellung hinzugezogen. Aufgrund der Schwerpunktsetzung des qualitativen, explorativen Vorgehens ist besonders auf die Berücksichtigung und stetige Implementierung der von Lincoln und Guba (1985) sowie von Steinke (2015) fixierten Gütekriterien im Rahmen qualitativer Forschung geachtet worden, deren differenzierte Betrachtung auch im methodischen Diskussionsteil ausgeführt wird (Punkt 5.4). Des Weiteren ist zur Orientierung der Berichterstattung der Haupterhebungen das „Consolidated criteria for reporting qualitative research“ (COREQ) (Tong et al. 2007) verwendet worden.

3.2 Fokusgruppen

Im ersten Schritt der empirischen Annäherung sollte explorativ ergründet werden, in welchem Maß pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz mit assistiven Technologien im Rahmen von Unterstützungs- und Beratungsangeboten bisher konfrontiert worden sind. Ein Fokus lag dabei auf der Frage, in welcher Form und in welchem Rahmen sich pflegende Angehörige die Heranführung an assistive Technologien wünschen und inwiefern sie sich vorstellen können, neue Lernformen und -bedingungen umzusetzen. Dazu wurde eine qualitative Ansetzung und die Erhebungsform eines Fokusgruppeninterviews gewählt (Bohnsack et al. 2010; Lamnek 2005; Zwick und Schröter 2012). Fokusgruppen haben den Vorteil, dass durch die explizite Verwendung von kommunikativen Gruppeninteraktionen Informationen substantieller, explorativer Art und zugleich gruppenspezifische Prozesse in die Datenerhebung einfließen können (Lamnek 2005, S. 71). Somit ist es möglich, Meinungen, Einstellungen und Orientierungen, die sich innerhalb der Dynamik der Gruppendiskussionen herausbilden, zu erfassen und mithilfe einer offenen Kommunikationsgestaltung weitere Sinn- und Relevanzstrukturen („kollektive Orientierungsmuster“) des Themenfelds offenzulegen (Bohnsack et al. 2010). Im Besonderen bei pflegenden Angehörigen, die für wissenschaftliche Erhebungen aufgrund zeitlicher Einschränkungen sowie gewichtigerer Problemstellungen häufig schwer zu erreichen sind, bietet diese Erhebungsform durch die Diskussionsgestaltung mit Personen, die ähnliche soziografische Merkmale aufweisen, die Möglichkeit, zwischen passiver und aktiver Teilnehmerrolle zu wechseln bzw. sich zu entscheiden und so neben einem partizipativen Austausch auch Informationsinput zu erhalten (Schulz 2012). Die Erhebungsmethode eignet sich auch deswegen, da das Themenfeld bisher kaum Gegenstand empirischer Studien war (Punkt 1.9) und somit noch keine detaillierten, sondern nur vage Erkenntnisse vorliegen (Lamnek 2005, S. 71). Ein weiterer Vorteil besteht dabei darin, den Grad der Standardisierung (durch die leitfadengestützte Durchführung der Gruppeninterviews) so flexibel wie möglich zu gestalten und somit situativ auf die Interaktionspartner*innen reagieren zu können (Lamnek 2005, S. 51).

3.2.1 Feldzugang und Sampling

Es wurden Angehörige eingeschlossen, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung eine Person mit Demenz in einer häuslichen Umgebung pflegen. Die Dauer oder Intensität der Pflegetätigkeit waren nicht ausschlaggebend. Auch mussten die Angehörigen nicht dauerhaft im Haushalt der pflegebedürftigen Person leben. Dazu wurden in einem ersten Schritt Gatekeeper (Personen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen im Raum Sachsen-Anhalt und Sachsen) angefragt, die der Forschergruppe aus anderen Bezügen bereits persönlich bekannt gewesen sind und durch die weitere Kontaktpersonen zu der Zielgruppe vermittelt werden konnten („Snowball-Sampling“). Das Sampling wurde hierbei hinsichtlich soziografischer Gegebenheiten in städtische und ländliche Fokusgruppen kontrastiert sowie auf die beiden Bundesländer Sachsen-Anhalt und Sachsen beschränkt. Diese Eingrenzung fand aufgrund der Schwerpunktsetzung des Gesamtprojekts sowie aufgrund des eingeschränkten Zugangs durch das vorhandene Gatekeeper-Netzwerk statt (Netzwerk aus dem FORMAT-Forschungsprojekt). Weitere Eingrenzung hinsichtlich Alter, Geschlecht oder anderen soziodemografischen Parametern wurde nicht vorgenommen. Mithilfe der Gatekeeper konnten 21 Leitungspersonen von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen für das Sampling identifiziert werden, die dann telefonisch kontaktiert

wurden und bei grundlegendem Interesse Informationsmaterial sowie das Begleitschreiben zur informierten Einwilligung über E-Mail erhielten, um diese an die pflegenden Angehörigen weiterzuleiten (alle versendeten Materialien sind beim Autor hinterlegt). Den potenziellen Teilnehmenden wurde eine einmonatige Bedenkzeit eingeräumt. Wie viele pflegende Angehörige dabei durch die Leitungspersonen angefragt wurden, konnte aufgrund der heterogenen und oft wechselnden Gruppenkonstellation nicht exakt nachvollzogen werden. Insgesamt erklärten sich 46 pflegende Angehörige bereit, an den Fokusgruppeninterviews teilzunehmen. Dazu wurden die Einrichtungen, in denen regelmäßige Treffen stattfinden (Pflegeheime, Pflege- und Sozialdienste oder kirchliche Organisationen), von zwei Mitgliedern des Projektteams aufgesucht. Gründe für die Ablehnung waren fehlende zeitliche Ressourcen (n=9) oder fehlendes inhaltliches Interesse (n=4). Zu zwei angefragten Gruppen konnte kein erneuter Kontakt hergestellt werden.

3.2.2 Durchführung der Datenerhebung

Auf Basis der systematischen Recherche (Punkt 1.8) wurde mithilfe eines mehrstufigen-iterativen Verfahrens ein Interviewleitfaden entwickelt, der durch die Konsultation drei externer Forscher*innen aus den Bereichen Sozialwissenschaft, Pflegewissenschaft und Gerontologie sowohl aus inhaltlicher als auch aus methodischer Perspektive qualitativ abgesichert wurde (Helfferich 2011). Der Leitfaden ist dabei mithilfe der „SPSS-Methode“ konzipiert worden, wobei ein sukzessiver Verdichtungsprozess der Fragen durchgeführt wurde. Dabei sind die Explikation der subjektiven Vorüberlegungen und des Vorwissens sowie die Vergegenwärtigung des eigenen Verständnisses des Feldzugangs wesentliche Bestandteile des iterativen Verfahrens gewesen (Helfferich 2011, S. 182). Es wurde ein Pretest des Leitfadens mit zwei persönlich bekannten pflegenden Angehörigen durchgeführt. Die Rückmeldungen der pflegenden Angehörigen wurden durch einen weiteren Mitarbeitenden des FORMAT-Projektteams festgehalten (mithilfe von ad-hoc-Protokollen) und eine geringfügige Modifikation des Leitfadens vorgenommen (Shenton 2004). Darüber hinaus diente der Pretest der Sicherung einer adäquaten Gesprächshaltung sowie der spezifischen Vergegenwärtigung eigener Interaktionsmuster (aktives Zuhören, Blickkontakt, Mimik, Tonfall, Pausengestaltung etc.) und deren Adaptation an die Fremddetermination der Befragten (Gläser und Laudel 2010, S. 173; Helfferich 2011, S. 99). Die Teilnehmenden erhielten im Voraus durch die leitenden Personen der jeweiligen Angehörigen- oder Selbsthilfegruppe eine zusammenfassende Beschreibung des Gesprächsablaufs. Außerdem wurde eine informierte Einwilligung, die weiterführende Informationen zum Forschungsprojekt enthielt, von jeder teilnehmenden Person schriftlich eingeholt. In den Interviews ergab sich häufig, dass die Themen, die während der Fokusgruppe zur Sprache kommen sollten, zu einem früheren Zeitpunkt innerhalb der Gruppen und ohne die Forschenden bereits diskutiert wurden, sodass eine gewisse Sensibilisierung für das Thema als gegeben angenommen werden konnte. Die Interviewform der Fokusgruppen wurde dem Einzelinterview vorgezogen, weil die Teilnehmenden so inhaltlich aufeinander Bezug nehmen konnten und sowohl von den Gesprächspartner*innen als auch von den Moderierenden Anregungen erhielten (Zwick und Schröter 2012). Neben individuellen Einschätzungen konnten im Zuge der Analyse somit auch kollektive Sichtweisen generiert werden, die in der kumulativen Zusammenführung als kategoriale Einheiten beschrieben werden (Lamnek 2010). Die aufkommende Dynamik sollte ein vertieftes Behandeln der Interviewthemen sowie ausführliche Erzählstimuli generieren, aber auch bestehende Gruppennormen und gesellschaftliche

Orientierungswerte zur Thematik aufzeigen (Silverman 2017). Des Weiteren sollte mithilfe der Methode ein Überblick über die Variationsbreite und Struktur von Meinungen und Einstellungen zu den Themen gewonnen werden (Lamnek 2010; Schulz 2012). Alle sechs Fokusgruppen-Interviews wurden in bekannten Räumlichkeiten der pflegenden Angehörigen durchgeführt (zumeist Anlaufstellen von Angehörigengruppen), sodass eine vertraute und alltägliche Atmosphäre gewährleistet werden konnte (Lamnek 2010, S. 388). Alle Gespräche wurden digital mithilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet (Dressing und Pehl 2017). Die Interviews folgten dem Leitfaden, bei dem der Eingangsstimulus stets identisch gewesen ist (Helfferich 2011). Für die Konzeption und die Planung der leitfadengestützten Fokusgruppen-Interviews spielten neben der Zusammenstellung der Themenbereiche, die im Interview zur Sprache kommen, vor allem auch Aspekte der kulturellen bzw. kommunikativen Kontextualisierung des jeweiligen Fokusgruppen-Interviews eine entscheidende Rolle (Gläser und Laudel 2010, S. 114). Die narrativen und diskursiven Elemente der persönlichen Wahrnehmung und des Erlebens der pflegenden Angehörigen im Bezug zum Themenfeld standen dabei im Fokus (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 147). Um dies zu gewährleisten, und eine gesprächsförderliche Atmosphäre sowie ein vertrauensvolles Gesprächsklima kontinuierlich anzustreben, hat die Möglichkeit der „spontanen Operationalisierung“ und persönlichen Anpassung der Interviews in Bezug zur jeweiligen Lebenswelt bzw. zum Relevanzrahmen der Teilnehmer*innen der Fokusgruppen bestanden, gleiche Zielparameter haben jedoch stets zugrunde gelegen (Stigler und Felbinger 2005, S. 130; Gläser und Laudel 2010, S. 116). Die Fragekomplexe des Leitfadens bildeten den orientierenden Charakter der Interviews; wiesen jedoch keine chronologische Fragestruktur auf. In diesem Sinn hat es sich um „offene, leitfadenbasierte Fokusgruppen“ gehandelt, in denen der Leitfaden lediglich die Funktion des gedanklichen Ordnungsgerüsts zugekommen ist (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 138f). Im Zentrum standen somit vor allem narrative Elemente, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, selbst offenzulegen, wie sie die einzelnen Fragestellungen bzw. Stimuli interpretieren, damit die Art und Weise, wie sie die Frage übersetzen, erkennbar wird und somit zugleich die Gelegenheit gegeben wird, die Themenkomplexe in ihrer eigenen Sprache zu entfalten (Bohnsack 2014, S. 21). Um dieses „spontane Kommunikationsverhalten“ zu fördern und somit einer möglichst natürlichen Gesprächssituation nahezukommen (Hopf 1978, S. 107), waren die Fokusgruppen-Interviews von einer gewissen „absichtlichen Naivität“ des Moderators geprägt, indem das Verständnis und die Wahrnehmung der „gesamten Rolle“ der Befragten im Zentrum der Betrachtung standen (Lamnek 2010, S. 87). Somit zeichnete sich die Durchführung der Interviews vor allem durch eine möglichst feinfühlig, empathische und reaktionsschnelle Adaption an die jeweilige Situation aus, in dem sich der Fokus nicht ausschließlich auf das „Abhaken“ der gedanklichen und fixierten Fragestellungen richtete, sondern vor allem auf das Ergründen vertiefter Gedankengänge durch spezifisches Nachfragen (Lamnek 2010, S. 92). Im Besonderen für die Annäherung an das rekonstruktive Verstehen und dem „methodisch kontrollierten Fremdverstehen“ der jeweiligen subjektiven Relevanzrahmen der jeweiligen ausführenden Personen und deren Filterung relevanter Erkenntnisse im Sinne der Zielparadigmen ist diese grundlegende intentionale Vorgehensweise vorteilhaft gewesen (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 30f). Die Überlegungen dazu sind bereits in die Konstruktion des Leitfadens mit eingeflossen und haben die Entscheidung zu einer flexiblen, offenen und wenig strukturierten Vorgehensweise der Fokusgruppen-Interviews fundiert. Der

Strukturierungsgrad ist somit nur in geringem Maße vorhanden und lässt sich anhand der formulierten Themenkomplexe definieren. In diesem Verständnis dient der Leitfaden dazu, die im Fokus stehenden Themen kontinuierlich zu fixieren und den Gesprächsverlauf im Sinne der zugrundeliegenden Fragestellungen zu strukturieren (Meuser und Nagel 2013, S. 130). Die Fragenkomplexe sind offen gestaltet, beziehen sich jedoch auf die theoretischen und hypothetischen Vorüberlegungen (Atteslander und Cromm 2003, S. 47). Lediglich der Eingangsstimulus ist bei allen Interviews in der gleichen, standardisierten Form erfolgt; alle weiteren Erzählanreize, die die Gespräche in die erörterte inhaltlich präferierte Sphäre manövriert haben, sind situativ im Sinne einer flexiblen interaktiven Dynamik angepasst worden (Atteslander und Cromm 2003, S. 147). Somit war die Ausgangslage offen gestaltet, sodass die Befragten die Kommunikation weitestgehend selbst strukturieren konnten und somit auch die Möglichkeit für den Interviewer bestanden hat, die stetige gedankliche Evaluation der Passgenauigkeit und weiterführenden Lenkung durch fortführende Stimuli zu vollziehen (Bohnsack 2014, S. 20f). Die Struktur der Fokusgruppen-Interviews (vom Allgemeinen zum Spezifischen) wurde primär durch immanentes Nachfragen aufrechterhalten (Przyborski und Wohrab-Sahr 2010, S. 137f). Das Ziel ist es dabei stets gewesen, neben den konkreten inhaltlichen Hinweisen auch die Sinnzusammenhänge sowie die Meinungsstruktur der Befragten mit zu erfassen. In diesem Verständnis bezogen sich (exmanente) Nachfragen auf die Zentralität wesentlicher inhaltlicher und meinungsbildender Aussagen. Somit wird nicht die isolierte Reaktion auf die einzelnen Stimuli angestrebt, sondern eine offene Reaktionsmöglichkeit (Atteslander und Cromm 2003, S. 147). Zur unterstützenden Strukturierung und der gezielten Setzung weiterer Erzählstimuli wurden im zweiten Teil der Gruppengespräche Bilder mit stichpunktartig beschreibenden Begleittexten (A4-Format) von assistiven Technologien, die in der Betreuung von Menschen mit Demenz potenziell eingesetzt werden können, verwendet. Die Auswahl der Bilder basiert auf die im Punkt 1.4 aufgezeigten bisherigen möglichen Einsatzfelder assistiver Technologien in der Pflege (Klein et al. 2017; Schultz et al. 2014) sowie in deren Kontrastierung, die in Anlehnung an das ICF-Modell erfolgt (Abbildung 1). Die Abbildungen wurden bewusst nicht zu Beginn der Interviews eingesetzt, um an diesem Punkt die Aufmerksamkeit nicht auf spezifische Geräte zu lenken und die Erzählungen dadurch einzuschränken. Der Eingangsstimulus wurde entsprechend „offen“ gestaltet. Die sich anschließende Verbindung von Gruppendiskussionen und Beispielausführungen wurde gewählt, da mithilfe alltagsähnlicher Szenarien eine hohe Selbstläufigkeit der Erzählungen erzeugt und gewährleistet werden konnte (Bohnsack et al. 2010). Der Abschluss der Fokusgruppen erfolgte mit der Übergabe eines kleinen Präsensts als symbolische Wertschätzung. Hierzu wurde noch einmal ein Feedback zur Gesamteinschätzung der Teilnahme an der Fokusgruppe eingeholt und die Möglichkeiten der weiterführenden Erreichbarkeit zum Moderator sowie zum Projektteam betont (Gläser und Laudel 2010, S. 191). Alle Interviews wurden vom Verfasser moderiert. Ergänzungen während der Interviewdurchführung sowie das Verschriftlichen des ad-hoc-Protokolls übernahm ein Co-Moderator. Hierbei wurden externe Faktoren, wie Sitzordnungen, Geschlecht, Funktion, Raumgestaltung, Störgeräusche sowie weitere Auffälligkeiten, wie besondere Aufregung etc., festgehalten. Beide Moderatoren sind als wissenschaftliches Personal und Teil des FORMAT-Forschungsprojektes eingängig mit dem Forschungsgegenstand und der Zielgruppe vertraut gewesen. Ein ad-hoc-Protokoll liegt für jede Fokusgruppe vor, das im Anschluss ergänzt und bei Bedarf (z.B. bei

Störgeräuschen, schnellen Sprecherwechseln etc.) in der Analyse berücksichtigt wurde. Weitere Codierungen aus dem Protokoll fanden nicht statt. Die digitalen Tonaufnahmen wurden vollständig von unabhängigen Personen (Drittanbieter) transkribiert und stichprobenartig durch den Verfasser sowie durch einen weiteren Forscher aus dem FORMAT-Projekt überprüft (Dressing und Pehl 2017).

3.2.3 Auswertung nach der Dokumentarischen Methode

Es lagen insgesamt 471 Minuten Datenmaterial vor. Das kürzeste Fokusgruppeninterview dauerte 54 Minuten, das längste 97 Minuten. Mithilfe der Software „f4 analyse“ wurden die Audio-Daten vollständig transkribiert, Memos und Codes definiert sowie ein Codesystem entwickelt, das induktiv zu den bestehenden Leitfaden-Kategorien ergänzt wurde (Fuß und Karbach 2019; Dressing und Pehl 2017). Es wurde ein einfaches, inhaltlich-kategoriales Transkriptionssystem (Transkriptionsregeln) gewählt (Gläser und Laudel 2010, S. 193; Kuckartz 2016, S. 136). Hierbei wurden keine konkreten Angaben zu para- und nonverbalen Ereignissen beschrieben; aufgrund der Gewährleistung der guten Lesbarkeit sind jedoch dialektale und umgangssprachliche Äußerungen im angepassten Verhältnis leicht „geglättet“ worden (Dressing und Pehl 2017, S. 17). Dabei ist besonders der Fokus auf die Aufrechterhaltung eines adäquaten Auflösungs-niveaus gelegt worden, sodass die Möglichkeit kontinuierlich bestehen geblieben ist, die Validität der (späteren) Ergebnisse einzuschätzen (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 47). Jedem Transkriptionsprotokoll ist ein entsprechender Code zugewiesen worden, der durch die codierte Zuordnung des computergestützten „f4“-Analyse-Programms generiert und die Anonymität der befragten Expert*innen gewährleistet (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 162; Gläser und Laudel 2010, S. 194). Auch für alle angeführten Personen, Orte und Zeiten, die in den Gesprächen (Transkripten) gegenständlich werden, sind – bei auftauchenden Hinweisen im Rahmen der Fokusgruppen – Pseudonyme verwendet worden (Bohnsack 2014, S. 160). Die Codierungen wurden vollständig von zwei unabhängigen Forschern vorgenommen und durch den regelmäßigen Austausch entsprechende Anpassungen im Codiersystem zur Sicherstellung der Intersubjektivität durchgeführt (Kuckartz 2016, S. 169f). Im Anschluss wurden mithilfe einer peer group, bestehend aus externen Forscher*innen, codierte Transkriptionsteile stichprobenartig verglichen (Shenton 2004). Die Auswertung erfolgte mit der Dokumentarischen Methode, da neben bestehenden Perspektiven auch entstehende Sichtweisen während der Gruppengespräche für die Fragestellung von besonderer Bedeutung gewesen sind. Im Fokus stand hierbei vor allem der „konjunktive Erfahrungsraum“ zu assistiven Technologien (Bohnsack 2014, S. 62f), der durch die Teilhabe an einer gemeinsamen Bedeutungsstruktur entsteht. Zentral sind somit die gemeinsamen Einstellungen oder Orientierungen der pflegenden Angehörigen gewesen, die sich im menschlichen Miteinander und der unreflektierten, gelebten Praxis ausdrücken (Bohnsack et al. 2010). Die explorierten kategorialen Orientierungen beschreiben in diesem Zusammenhang identifizierte fallübergreifende Themen, die abstrahiert und durch ein mehrstufiges Analyseverfahren generiert werden konnten (Stützel 2018). Im ersten Schritt wurden die Transkripte mithilfe von „f4-Analyse“ in inhaltliche Schwerpunkte („inhaltsanalytische Sichtung“) anhand der vom Leitfaden vorgegebenen sowie induktiv ergänzten Kategorien eingeteilt (Bohnsack et al. 2010). In der sich anschließenden „formulierenden Interpretation“ wurden die erstmals kategorial zugeordneten Textteile in Ober- und Unterthemen überführt, sodass eine erste Paraphrasierung stattfand. Die individuellen und kollektiven Aussagen wurden hierbei exploriert und durch kategoriale Zuordnungen interpretativ

rekonstruiert (Bohnsack et al. 2010). Die Explikation der Handlungsorientierungen fand anschließend in der „strukturierenden Interpretation“ statt (Bohnsack et al. 2018b, S. 13). Hierbei wurden homologe und heterologe Themen, also gegensätzliche Aussagen in den jeweiligen Kategorien, erfasst und im Sinne des Minimal-Maximal-Kontrasts als sinnstrukturierende Orientierung fixiert. Mithilfe der „komparativen Analyse“ erfolgten weitere Ergänzungen zu den identifizierten Oberthemen (Kleemann et al. 2013). Im Sinne der „sinngenetischen Typenbildung“ (Bohnsack 2018a) wurden diese Orientierungen anschließend durch Präzision zu kategorialen Typiken abstrahiert und in der Ergebnisaufbereitung dargestellt (Punkt 4.1) (Bohnsack et al. 2018b, S. 30f).

3.3 Expert*inneninterviews

Die methodologische Abwägung, welche Erhebungsformen zur Vertiefung der Erkenntnisse der Fokusgruppeninterviews (Punkt 4.1) geeignet sind, wurde mithilfe einer peer group (Nachwuchsgruppe AiA) ergründet. Neben der deskriptiven Fragebogenerhebung (Punkt 3.4) wurde hierbei die Datengenerierung mithilfe von Einzelbefragungen von Expert*innen aufgrund der inhaltlichen Passgenauigkeit der (methodisch-didaktischen) Zielstellungen im Rahmen des explorativ-sequenziellen Forschungsdesigns gewählt. Die Expert*inneninterviews haben dabei den Vorteil, dass die Befragten ein „spezifisches Rollenwissen“ aufweisen und durch die Einnahme einer „Meta-Ebene“ soziale Kontexte und Deutungsstrukturen im fokussierten Forschungsfeld in reflexiver Art und Weise wiedergeben können (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 133; Gläser und Laudel 2010, S. 12). Durch die flexible, offene und narrative Durchführungsmodalität dieser Erhebungsmethode können weitere Explorationsstränge, die als Erklärungszusammenhänge der Deutungsmuster und Wirklichkeitsstrukturierungen zum Themenfeld beschrieben werden, offengelegt werden (Lamnek 2010, S. 349). Die Expert*inneninterviews werden hierbei eingesetzt, um eine mechanismenorientierte Rekonstruktion des spezifischen Wissens zum Forschungsgegenstand (Didaktisierungsstrategien in Informations- und Beratungsansätzen für pflegende Angehörige) sowie zur Offenlegung der Rahmenbedingungen zu erhalten (Gläser und Laudel 2010, S. 34). Dazu wurden leitfadenbasierte Expert*inneninterviews durchgeführt, die informatorisch und explorativ angelegt waren (Lamnek 2010, S. 333).

3.3.1 Feldzugang und Sampling

Es wurden Personen in Betracht gezogen, die einen „Expert*innenstatus“ aufweisen (Steinke 2015, S. 328). Die Zuschreibung „Expert*in“, als Träger*in relevanter Informationen, die den Zugang zum Feld ermöglicht, hat mithilfe der Verdichtung personenbezogener Kriterien in Bezug zum Forschungsinteresse stattgefunden (Lamnek 2010, S. 329; Helfferich 2011, S. 163). Der erforderliche Status und die faktischen Positionen sind innerhalb der Beratungsstrukturen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz anzutreffen (Helfferich 2011, S. 163). Neben dem Wissen über die Abläufe und Mechanismen innerhalb von Informations- und Beratungsstrukturen („Betriebswissen“) stehen vor allem das „Kontext- und Deutungswissen“ im Zentrum der angestrebten Expertenzuweisung (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 134f). Aus diesem Grund ist die weitere Eingrenzung fixiert worden, umfassende Verantwortungsebenen und möglichst „höhere“ strukturelle bzw. hierarchische Positionen in die Vorsondierung zu integrieren. In Anbetracht der heterogenen Beratungslandschaft für pflegende Angehörige (Punkt 1.6) sind demnach alle Bereiche der Beratung und

Informationsvermittlung (Punkt 3) in der Expert*innenakquise berücksichtigt worden. Es standen Personen der Leitungsebene von Pflegekursen und Berater*innen im Fokus, die sowohl die inhaltlichen (pädagogisch-didaktischen) als auch die kontextuellen (Spezifik der assistiven Technologien) Wissensebenen adäquat bedienen können und dieses entsprechend auch kommunikativ zur Verfügung stellen. Es wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt: Möglichst hohe strukturelle Position innerhalb einer Beratungseinrichtung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, aktive Durchführung von Beratungen, z.B. im Rahmen von Pflegekursen oder Informationsveranstaltungen sowie Personen, die Beratungen sowohl im Sinne der gesetzlichen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI als auch freie Beratungen in Kommunen und Vereinen durchführen (Punkt 3). Die Gewinnung der Expert*innen hat zum einen mithilfe von Gatekeepern im Sinne des „Snowball Samplings“ aus dem FORMAT-Netzwerk und zum anderen durch die gezielte Auswahl auf der Grundlage von Recherchen innerhalb des – überschaubaren – Fachbereichs von Expert*innen und zur Technologieberatung für pflegende Angehörige stattgefunden (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 180). Es wurden bis auf zwei Personen, die bereits den Zugang zu den Fokusgruppen ermöglichten, ausschließlich unbekannte Expert*innen ausgewählt, um das grundlegende Neutralitätspostulat für die gesamte Erhebung aufrecht zu erhalten (Diekmann 2017, S. 439). Dabei wurde zwar bundesweit recherchiert, jedoch auf die lokale Nähe zum primären Erhebungsraum (Sachsen-Anhalt) geachtet. Bei neun Personen wurde per Mail die Interviewbereitschaft in Form eines Informationsschreibens sowie der Einwilligungserklärung angefragt. Dabei ist neben den aufgeführten Einschlusskriterien und präferierten kontextuellen Einbettungen der Personen darauf geachtet worden, eine „maximale strukturelle Variation“ (private Demenz-Beratung, gesetzliche Pflegeberatung, freie Beratung) der Fallauswahl zu erhalten (Bohnsack et al. 2011, S. 155). Auf die schriftliche Anfrage folgte ca. eine Woche später die telefonische Kontaktierung, in der die Zielstellung der Erhebung sowie die spezifische Rollenzuschreibung ihrer Person noch einmal erörtert worden sind, woraufhin fünf Termine vereinbart und vier definitive Absagen – aufgrund von terminlichen Engpässen (drei) sowie der nicht vorhandenen Aussagebereitschaft (eine) – fixiert werden konnten (entspricht einer prozentualen Quote von 55,6%). Die geografische Verteilung entsprach dabei dem anvisierten Rahmen: Sachsen-Anhalt (n=2), Sachsen (n=2) sowie Bayern (n=1) und basiert auf der Sample-Kontrastierung. Zur Evaluierung der Passgenauigkeit bzw. der „theoretischen Sensibilität“ wurde ein Pretest mit einer Berater*in aus dem bestehenden Netzwerk durchgeführt und der Leitfaden im Anschluss leicht angepasst (Glaser und Strauss 2010, S. 62). Die Akquise weiterer Expert*innen fand aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen und der sich einstellenden Annäherung an die Verdichtung des Materials im Sinne einer „theoretischen Sättigung“ nicht statt (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 182).

3.3.2 Durchführung und Datenerhebung

Mit einer Ausnahme (Seminarraum der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) haben alle Interviews innerhalb der Räumlichkeiten der Expert*innen entweder im Büro oder in Besprechungsräumen stattgefunden, sodass eine vertraute und alltägliche Atmosphäre sowie die potenzielle Möglichkeit der Zurverfügungstellung von zusätzlichen Informationen (Bücher, Materialien etc.) gewährleistet werden konnte (Lamnek 2010, S. 388). Der Ablauf der Interviewdurchführung sowie die lokalen und zeitlichen Dimensionen konnten im

Informationsschreiben (inkl. Einwilligungserklärung) im Vorfeld eingesehen werden. Aufgrund der Zielstellungen der Interviews, eine inhaltliche und kontextuelle vertiefende Exploration der Fokusgruppen (Punkt 3.2) zu generieren und in diesem Verständnis ein weitgehendes unbekanntes Wissensgebiet zu erkunden, ist der grundlegende Erhebungscharakter davon geprägt gewesen, ein möglichst umfassendes Materialgefühl für das Gebiet zu gewinnen (Flick 2016). Um diese Prämisse kontinuierlich zu verfolgen, ist die Entscheidung für ein Leitfadenterview als konstitutives Element der Erhebung getroffen worden (Stigler und Felbinger 2005, S. 129). In Analogie zur Entwicklung des Leitfadens für die Fokusgruppen-Interviews („SPSS-Methode“) (Punkt 3.2) wurde auf Basis der Erkenntnisse (Punkt 4.1) sowie der Explikation des subjektiven Vorverständnisses ein Leitfaden konzipiert (Helfferich 2011, S. 182). Auch konstitutive gesprächsfördernde sowie gesprächlenkende Aspekte wurden, wie in Punkt 3.2.2 beschrieben, für die Durchführung der Expert*inneninterviews aufgegriffen (offenes Leitfadenterview, spontane Operationalisierung sowie spontanes Kommunikationsverhalten, methodisch kontrolliertes Fremdverstehen etc.). Es wurde ein Pretest durchgeführt, für die eine Berater*in aus dem FORMAT-Netzwerk gewonnen werden konnte. Die sich aus diesem Pretest ergebende Modifikationen des Leitfadens wurden innerhalb der peer-group des FORMAT-Projektteams diskutiert und abgesichert. Die Durchführung zeichnete sich vor allem dadurch aus, dass bei allen Interviews eine durchgängig lockere und natürliche Gesprächsatmosphäre erreicht werden konnte (differenzierte, reflexive Betrachtung: Punkt 5.4). Der Leitfaden diente dabei zur strukturellen Orientierung, der lediglich zur Vergewisserung in das Gespräch eingebunden wurde (Helfferich 2011, S. 189). Die Interviews wurden vollständig digital aufgezeichnet (Dressing und Pehl 2017). Eine nochmalige Aufklärung der Interviewpartner*innen über den Ablauf und Inhalt erfolgte (wie in der Durchführung der Fokusgruppen-Interviews, Punkt 3.2.2), bei Vorliegen der schriftlichen informierten Einwilligungserklärung, unmittelbar bevor die digitale Aufnahme startete. Notizen, die während der Interviews angefertigt wurden, wurden während der Auswertungsphase in „Memos“ überführt. Auch wurden hierbei alle weiteren Äußerungen, Informationen und Auffälligkeiten eingefügt die z.B. vor Beginn oder nach Beendigung der Aufnahme stattgefunden haben (Lamnek 2005, S. 353). Den Abschluss des Interviews bildete, wie im Punkt 3.2.2 beschrieben, neben der Danksagung auch die Signalisierung des weiterführenden Austausches zum Forschungsteam.

Für die Aufbereitung des Datenmaterials (Nachbetrachtung, Reflexion des eigenen Interaktions- und Frageverhaltens etc.) ist auf die möglichst vollständige Erfassung und Einbeziehung relevanter Aspekte Wert gelegt worden. Aus diesem Grund wurde eine weitere Person aus dem näheren Forschungsumfeld des FORMAT-Projekts, die mit qualitativen Forschungsstrategien vertraut ist, in den gesamten Vorbereitungs- und Auswertungsprozess (unter der Voraussetzung der vollständigen Pseudonymisierung des Materials) mit eingebunden worden, um eine gewisse Validierung bzw. Kontrolle des Prozesses gewährleisten zu können (Lincoln und Guba 1985).

3.3.3 Auswertung nach der qualitativen Inhaltsanalyse

Die zeitliche Spanne der Interviews gestaltete sich von ca. 32 Minuten (kürzestes Interview) bis ca. 55 Minuten (längstes Interview). Die Daten wurden mithilfe der Software „f4 analyse“ vollständig transkribiert, Memos und Codes definiert sowie ein Codesystem entwickelt, das induktiv zu den bestehenden Leitfaden-Kategorien ergänzt wurde (Fuß und Karbach 2019; Dressing und Pehl 2017). Zur methodischen Qualitätssicherung wurden dieselben Schritte durchgeführt, wie sie in der

Auswertung der Fokusgruppen (Punkt 3.2.3) beschrieben sind. Die Auswertung erfolgte mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010). Hierbei wurden im Vorfeld der Erhebung komplexe theoretische Vorüberlegungen, die sich aus den Erkenntnissen der Fokusgruppenerhebung ergeben haben, durchgeführt und in hypothetisch-analytische Modelle überführt (Gläser und Laudel 2010, S. 77f). Dabei stand eine mechanismenorientierte Erklärungsstrategie im Fokus, in der Annahmen über Ausprägungen von „Variablen“ und „Mechanismen“ bzw. deren vermuteten Zusammenhänge die Basis bilden (Gläser und Laudel 2010, S. 78). In diesem Sinn wurden Variablen definiert, die die Funktion des Bindeglieds zwischen den theoretischen Vorüberlegungen, einhergehend mit der Konzeption des Leitfadens, und den praktischen bzw. analytischen Prozessen einnehmen. Die Wirkungsmechanismen sind dabei in Form von Modellen in zwei Schritten erarbeitet worden: Im ersten Schritt wird dazu das Forschungsfeld mit Eckpunkten möglicher Einflussrahmen dargestellt und anschließend alle relevanten Einflussfaktoren aufgeführt und in ungefähre thematischer Abhängigkeit dargestellt. Im Anschluss daran sind diese Überlegungen in ein Einflussvariablen-Modell überführt worden, das die vermuteten Kausalmechanismen in einer einfachen Grafik darstellt (alle Modelle sind beim Autor hinterlegt). Dabei sind z.B. die Variablen „gesetzliche Bedingungen“, „institutioneller Zugang für assistive Technologien für Berater*innen (mikro und makro)¹“ sowie „Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige“ als unabhängige Variable (UV) definiert worden. Demnach wurde der Fokus der Analyse in Bezug zu diesen definierten Variablen auf deren „Rolle als Ursache“ gelegt (Gläser und Laudel 2010, S. 81). Die Kernelemente der Erhebung „Vermittlungsstrategien“ und „Offenheit“ bzw. „Ablehnung“ von assistiven Technologien sowie generelle Aussagen zur „Kompetenz- und Empowermententwicklung“ werden als abhängige Variablen (AV) definiert, die „Wirkung“ in der Analyse ist jedoch sekundär; denn die Frage, wodurch sie beeinflusst wird, steht im Fokus. Als dritte Komponente sind die sogenannten „intervenierenden Variablen“ (IV) anzuführen, die die vermuteten Kausalmechanismen zwar beeinflussen, denen jedoch nicht das eigentliche Erkenntnisinteresse gilt (z.B. „personelle Ressourcen“). Bei der Darstellung der Variablen handelt es sich ausschließlich um eine analytische Zielsetzung für die Zwecke der konkreten Untersuchung (Gläser und Laudel 2010, S. 81f). Die hypothetischen Modellkonstellationen bildeten in diesem Sinn die Grundlage für die am Ende der Auswertung stehende Definition sogenannter „Kausalketten“, die sich aus den Ergebnissen ergründen und in Bezug zu den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen gesetzt worden sind (Punkt 4.3 sowie 4.4). Die Festlegung der Transkriptionsregeln erfolgte in dieser Erhebung nach den Maßgaben, die in Punkt 3.2.3 beschrieben sind. Zur Kontrolle der Transkription wurde eine weitere Person aus der Forschungs-peer group hinzugezogen und zufällig Sequenzen ausgewählt, die Transkription abzugleichen, um die methodische Sicherheit zu gewährleisten (Lamnek 2005, S. 390). Die Transkriptionsprotokolle bildeten die Basis für die Auswertung, um u.a. die sequenzielle Analyse systematisch vorzubereiten und somit die Komplexität der Daten in systematischer Art und Weise untersuchen zu können (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 163). Das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse gliedert sich in vier Hauptschritte: Vorbereitung der Extraktion, Extraktion, Aufbereitung der Daten und Auswertung (Gläser und Laudel 2010, S. 202). Im ersten Schritt wurde das Material gesichtet, Aussagen aus den jeweiligen Interviews

¹ betrifft die jeweilige Struktur (makro = institutionelle Strukturen z.B. gesetzliche Pflegekurse; mikro = interne Strukturen z.B. Information zu assistiven Technologien)

im groben Verständnis den Grundkategorien des Interviewleitfadens zugeordnet sowie kategorial erweitert. Auch die Zusammenfassung von Abschnitten durch Paraphrasierungen in Form von Memos hat in diesem Zusammenhang für den ersten Überblick über das Material stattgefunden (Früh 2011). Dies diente der Vorbereitung der Extraktion der Rohdaten. Hierbei wird der Begriff der Extraktion – im Gegensatz zur üblichen Definition „Codierung“ – präferiert (Gläser und Laudel 2010, S. 199). Mithilfe dieser Vorgehensweise werden verschiedene Informationsbasen des Ursprungstextes geschaffen, die ausschließlich Informationen für die Beantwortung des Forschungsinteresses bereithalten (Gläser und Laudel 2010, S. 200). Zwar orientiert sich das Auswertungs- und Analyseverfahren grundlegend an diesem definitorischen und prozessualen Paradigma, bedient sich jedoch auch weiterer (dem „Codierparadigma“ näherer) Analysebetrachtungen. Die Extraktion findet durch die Entnahme relevanter Informationen aus dem Rohmaterial, die mithilfe eines Suchrasters erfolgt, das sich aus den theoretischen Vorüberlegungen (u.a. Ergebnisse der Fokusgruppen-Interviews) und den daraus definierten Einflussvariablen und deren vermuteten Kausalmechanismen, erschließt, statt (Gläser und Laudel 2010, S. 200). Die Paraphrasierungen der Texte sind im Sinne des Vorverständnisses in ein Kategoriensystem überführt worden, das als Suchraster für das weitere Vorgehen aufbereitet worden ist. Dieses System ist jedoch auch weiterhin offen gewesen, sodass es während der Extraktion stetig verändert werden konnte, wenn im Text Informationen aufgetaucht sind, die relevant waren, bis zu diesem Zeitpunkt jedoch noch nicht in das formulierte Kategoriensystem gepasst haben (Gläser und Laudel 2010, S. 201). Die Offenheit ist dabei ein hervorzuhebendes Kriterium; denn im Gegensatz zu anderen qualitativen Inhaltsanalysetechniken, wie z.B. nach Mayring (2016), bei dem eher unveränderliche Kategoriensysteme behandelt werden und nach Häufigkeiten analysiert wird, versucht das im Fokus stehende Verfahren, eine systematische Vorgehensweise, bei dem das Material gleich behandelt wird, zu etablieren (Gläser und Laudel 2010, S. 201). Besonders hinsichtlich der Passfähigkeit zum sequenziellen Basis-Forschungsdesign ist dies zu betonen, da jederzeit die Möglichkeit der Veränderung bestanden hat, wenn im Text weitere relevante Informationen aufgetaucht sind. Auch aus diesem Grund ist auf das transparente Aufzeigen der einzelnen Schritte und auf die subjektiven Interpretationsbezüge besonders Wert gelegt worden, um sich der (ideellen) Möglichkeit der intersubjektiven Reproduzierbarkeit anzunähern (Gläser und Laudel 2010, S. 206). Die Extraktion jedes Textes hat mithilfe einer manuellen farblichen Codierung bzw. Zuordnung durch das „f4“-Analyse-Programm stattgefunden, die im Anschluss bei der wiederholten Durchsicht des Materials in erste Analyseeinheiten tabellarisch in einer Extraktionstabelle fixiert worden sind, um die Komplexität systematisch zu reduzieren und weitere Eck- und spätere Auswertungspunkte offenzulegen (Gläser und Laudel 2010, S. 197; Früh 2011, S. 42). Der Prozess ist erst abgeschlossen worden, als alle Textmaterialien in dieser Form fixiert und weitere methodische (prospektive) Reflexionen (z.B. zur Aufteilung der Extraktionen) stattgefunden haben (Gläser und Laudel 2010, S. 209). Dabei sind auch als wichtig identifizierte Äußerungen der Expert*innen mit einbezogen worden, die vor oder während der Aufnahmephase des Interviews innerhalb des Post-Skripts (Memos) fixiert worden sind. Innerhalb der erarbeiteten Extraktionstabellen stehen nicht die Anzahl der jeweiligen Aussagen im Zentrum, sondern es werden ausschließlich Informationen extrahiert, die tatsächlich im Text stehen und in Beziehung zur Fragestellung und zum Forschungsinteresse gesetzt worden sind (Gläser und Laudel 2010, S. 217). Das

Extrahieren war hierbei mit einer gewissen Interpretation verbunden, auf deren Grundlage entschieden worden ist, welche Auswertungskategorie den jeweiligen Informationen zuzuordnen ist und wie die Informationen am besten abgebildet werden können. Für die im Anschluss stattfindende Analyse sind besonders die exakten Definitionen der Skalierungen des Tabellenformats von Bedeutung gewesen. Die den gesamten Prozess anleitenden vermuteten Kausaldimensionen und Einflussfaktoren erfassen dabei im empirischen Material Informationen über Ursachen und Wirkungen von Merkmalsausprägungen. Aus diesem Grund sind neben den entnommenen und interpretierten Analyseeinheiten (z.B. „institutioneller Rahmen: Limitation“), die als „Gegenstand“ und „Inhalt“ vorzufinden sind, auch „Ursache“ und „Wirkung“ definiert worden: Die Dimension „Ursache“ erörtert, warum eine spezifische Merkmalsausprägung auftrat, wenn im Text Informationen darüber abzusehen gewesen sind. Informationen darüber, wie eine Variable für die Forschungsfrage relevante Sachverhalte beeinflusst habe, sind in der Dimension „Wirkungen“ enthalten. Alle angeführten Passagen sind mit entsprechendem Quellennachweis der Transkriptionsprotokolle versehen worden (Gläser und Laudel 2010, S. 209). Während des Entstehungsprozesses der Extraktionstabellen ist die inhaltliche Übertragung der Informationen von einer weiteren Person aus dem FORMAT-Projektteam betrachtet und im Hinblick auf die Interpretationsschärfe überprüft worden. Des Weiteren hat nach Anfertigung der Extraktionstabelle eine kommunikative Validierung der extrahierten Textstellen und deren theoretischen Zuordnung mithilfe der peer group (sowohl mit der Nachwuchsgruppe AiA als auch mit dem FORMAT-Projektteam) stattgefunden, bei der Stichproben (zufällig ausgewählte, indizierte Textpassagen) und deren kontextuelle Eingliederung in den theoretischen Rahmen besprochen wurden (Steinke 2015, S. 320). Diese Überprüfung und Evaluierung des subjektiven Verständnisses und des Vorgehens ist bevorzugt worden, da es sowohl zeitlich als auch inhaltlich nicht möglich gewesen wäre, den Expert*innen diese Überprüfungsleistung in der Form zuzumuten. Für die „objektive“ Annäherung sind aus diesem Grund die Forschungsschritte mehrmals durchlaufen worden und (möglichst) noch einmal durch eine weitere Person aus dem Forschungsumfeld überprüft worden (Lamnek 2005, S. 194).

3.4 Fragebogenerhebung

Als zweite Vertiefung der Kernerhebung (Fokusgruppen) wurde eine Fragebogenerhebung mit Berater*innen von pflegenden Angehörigen durchgeführt, die ausschließlich deskriptive Zielsetzungen verfolgt (Creswell und Piano Clark 2018). Die Auswahl der Zielgruppe erfolgte aufgrund der Erkenntnisse in den Fokusgruppen mit pflegenden Angehörigen, die explizit die Berater*innen in der Pflicht sehen, das Themenfeld der assistiven Technologien anzubieten bzw. in entsprechende Konzepte zu integrieren. Neben den vertiefenden, rekonstruktiven Expert*inneninterviews (Punkt 3.3.) erschien die Erschließung der Gesamteinschätzung von Berater*innen als deckungsscharf zur Beantwortung der primären und sekundären Fragestellungen. Aus diesem Grund wurde eine Fragebogenerhebung auf Basis der methodologischen Einbettung in das Mixed Methods-Design (sequenziell-exploratives Vorgehen) durchgeführt (Hong et al. 2018; Creswell und Piano Clark 2018). Es konnte kein bereits getesteter, validierter Fragebogen eingesetzt werden, da die Literaturrecherche zum internationalen Forschungsstand (Punkt 1.8) kein passendes Instrument ergab. Somit wurde der Fragebogen auf Basis des theoretischen Rahmens der Erkenntnisse aus der zentralen

Fokusgruppenerhebung entwickelt. Der Fragebogen basiert dabei auf einem im FORMAT-Projekt entwickelten Kernfragebogen (Buhtz et al. 2020), der mithilfe verschiedener Iterationsschleifen mit Vertreter*innen der Berater*innen sowie mit Pflegewissenschaftler*innen für die Zielgruppe modifiziert und angepasst wurde (Raab-Steiner und Benesch 2018, S. 46). Der Fragebogen wurde in deutscher Sprache verfasst und bestand aus Multiple- und Single-Choice-Fragen, Bewertungsfragen mit einer Skalierung nach Likert sowie offenen Fragen. Neben der Erhebung von soziodemografischen Daten wurden das Wissen und die Aufgeschlossenheit bezüglich der Anwendung von Technologien und die Fortbildungsbereitschaft zu technischen Lösungen erfragt. Die Auswahl der Fragebogen-Items mit Bezug zu spezifischen Technologien basiert auf früheren Untersuchungen (Buhtz et al. 2020; Klein et al. 2017). Ziel der Fragebogenerhebung als dritte Etappe der Gesamterhebung war die Ergründung der Frage, welche Technologien, die von den pflegenden Angehörigen in den Fokusgruppen qualitativ erschlossen wurden, von den Berater*innen bekannt sind sowie bereits im Beratungskontext aufgegriffen bzw. gewünscht werden. Dabei wurden die sechs Bereiche des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 14 SGB XI) verwendet, um spezifische Technologien verständlich zu erfragen und hinsichtlich der Anwendungsbereiche sowie deren möglichen Integration in die Beratungsleistung für pflegende Angehörige zu kategorisieren. Der Fokus lag auf der Einschätzung zu verschiedenen Formen der Beratung (methodisch-didaktische Instrumente und Möglichkeiten, wie persönliche Beratung, videobasierte Anleitung oder der Begleitung von Testgeräten) sowie zu verschiedenen Technologien (tagesstrukturierende Tablet-Systeme, Emotionsrobotik etc.), die im Rahmen der Fokusgruppenerhebungen von den pflegenden Angehörigen gewünscht und vertieft diskutiert wurden. Die im Fragebogen verwendeten Begriffe für assistive Technologien wurden im Rahmen des Workshops, in dem die Erhebung durchgeführt wurde, erläutert. Aufgrund der vollständig qualitativen Einordnung der Ergebnisse sowie deren vergleichende und beschreibende Rolle im Rahmen des sequenziell-explorativen Forschungsdesigns (Punkt 3.1) wurde der Fragebogen hinsichtlich der Validität und Reliabilität nicht näher überprüft (Mummendey und Grau 2008, S. 100).

3.4.1 Feldzugang und Sampling

Der Zugang zur Zielgruppe der Berater*innen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz erfolgte über die Pflege-Beratungsstelle des Landes Sachsen-Anhalt, mit der im Projekt kooperiert wurde. Durch diesen Zugang konnte mit zwei Leitungspersonen, die zugleich selbst als Berater*innen tätig sind, der Pretest des Fragebogens durchgeführt werden (Raab-Steiner und Benesch 2018, S. 24). Im Ergebnis des Pretests wurde der Fragebogen unter dem Aspekt der Verständlichkeit hinsichtlich einiger Formulierungen angepasst. Vom ursprünglichen Plan, den Fragebogen per Online-Link an die Berater*innen zu versenden, wurde seitens der Fachpersonen abgeraten, da keine übergreifende Zugangs- und Verteilermöglichkeiten vorhanden waren. Dies wurde auch damit begründet, dass die Zielgruppe kaum bzw. nur wenige Berührungspunkte zu wissenschaftlichen Aktivitäten aufweist, sodass der potenzielle Rücklauf als problematisch eingeschätzt wurde. Als Alternative wurde auf einer Fachtagung am 13.03.2019 in den Räumlichkeiten einer großen Krankenversicherung in Magdeburg die Fragebogenerhebung durchgeführt. Dabei handelte es sich um eine Fachveranstaltung, die in regelmäßigen Abständen durchgeführt wird und zu diesem Termin den Schwerpunkt Digitalisierung in der Pflege zum Thema hatte. Die Zielgruppe der Fragebogenerhebung, Berater*innen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz gemäß § 7a SGB XI sowie § 11 i.V.m. § 71 SGB XII

(kostenlose und unabhängige Beratung über die leistungsrechtlichen Ansprüche sowie zu pflegerischen und sozialen Versorgungs- und Betreuungsangeboten), waren von allen Landkreisen und kreisfreien Städten des Landes Sachsen-Anhalt vertreten, sodass ein ausgewogenes Sample hinsichtlich der soziografischen Verteilung erreicht werden konnte (Punkt 4.3). Insgesamt nahmen 51 Berater*innen an der Veranstaltung teil.

3.4.2 Durchführung und Datenerhebung

Die Fragebögen wurden per Hand und in Papierform am Ende der Veranstaltung verteilt und konnten abgegeben werden. Die Möglichkeit der Mehrfachantwort bei Auswahlfragen sowie der alternativen narrativen Antwortmöglichkeit in den Freifeldern wurde kommuniziert. Im Vorfeld fand ein interaktiver Workshop statt, bei dem ein 45-minütiger Input zum Thema assistive Technologien in der Pflege von Menschen mit Demenz präsentiert und im Anschluss mit den Teilnehmenden über Aspekte im Kontext der Beratung von pflegenden Angehörigen diskutiert wurde. Hierbei wurde verstärkt darauf geachtet, dass die Einschätzungen, die in der Fragebogenerhebung Gegenstand gewesen sind, nicht direkt tangiert oder angesprochen wurden, sondern der Fokus des Inputs lag auf der Sensibilisierung hinsichtlich der notwendigen Forschungsbeteiligung der Zielgruppe. Die Präsentation wurde vom Autor durchgeführt und von zwei weiteren Projektmitarbeitern unterstützt. In diesem Zusammenhang muss kritisch reflektiert werden, inwiefern der Input sowie die Interaktion des Autors mit den Teilnehmenden der Fragebogenerhebung deren Durchführung beeinflusst hat. Dazu wurde im Vorfeld sowie im Nachgang der Veranstaltung mit zwei weiteren Forschenden der Ablauf und die Präsentation im Sinne einer peer group reflektiert, um sicherzustellen, dass die Antwortgabe der Teilnehmenden möglichst wenig beeinflusst wird. Die Auswahl der im Fragebogen genutzten Technologiebegriffe ist begrenzt und deckt daher nur einen Teil des möglichen Spektrums an digitalen und assistiven Technologien ab. Die verwendeten Begriffe sind im Sinne der sequenziell-explorativen Vorgehensweise deckungsscharf mit den Begriffen der qualitativen Erhebungen der vorliegenden Studie. Des Weiteren resultiert diese Begrenzung daraus, dass im aktuellen Diskurs und Forschungsstand noch keine trennscharfe Unterscheidung zwischen den Geräten und Technologieformen getroffen werden kann und dass ebenso noch keine Klarheit darüber besteht, welche für den pflegerischen Bereich relevant und nützlich sind (Krick et al. 2019).

3.4.3 Deskriptiv-statistische Auswertung

Die Fragebögen wurden vollständig digitalisiert und die Daten im Anschluss mithilfe von SPSS und R deskriptiv ausgewertet (IBM 2017). Die Aufbereitung der Daten fand anschließend in statistisch-deskriptiver Form mithilfe von grafischen Zusammenfassungen (Punkt 4.3) statt (Eid et al. 2011). Es wurden keine kausalen Berechnungen und Schlussfolgerungen vollzogen, da dies zur Beantwortung der Fragestellung nicht zielführend wäre sowie der Fragebogen aufgrund der Sample-Größe keine validen Aussagen zulassen würde. Auf Basis des zugrundeliegenden Forschungsdesigns (Mixed Methods mit dem Fokus der qualitativen Erhebungen) erweitern die quantitativen Ergebnisse das Erkenntnisfeld und fundieren so die qualitativen Ergebnisse (Creswell und Piano Clark 2018).

4 Ergebnisse

4.1 Fokusgruppen

Die sechs Fokusgruppen wurden im Zeitraum von April bis August 2018 durchgeführt. Insgesamt nahmen 46 Personen teil. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die beschreibenden Merkmale der Teilnehmenden.

Tabelle 1: Merkmale der Teilnehmenden

	n	%
Geschlecht		
weiblich	36	78
männlich	10	22
Alter (in Jahren)		
20-29	1	2
30-39	3	7
40-49	8	17
50-59	10	22
>60	24	52
Stadt/Land-Kontrastierung		
Stadt	18	39
Land	28	61

Die folgenden Teilüberschriften bilden (in komprimierter Form) die explorierten Oberthemen der soziogenetischen Interpretation, die eine Annäherung an die „Basistypiken“ verdeutlichen (Bohnsack 2018a; Schittenhelm 2018). Um die Basistypiken elaborativ zu erörtern, werden die explorierten Ober- und Unterthemen wieder zusammengeführt und mithilfe der Ankerbeispiele (AB) dargestellt. Dieser Schritt der Ergebnisdarstellung erfolgt, um Interpretationen, die durch die Erschließung der Basistypiken sowie den vorangegangenen Analysen (formulierende und strukturierende Interpretation) erfolgt sind, möglichst nah am empirischen Material darzustellen und zu validieren. Die in Klammern angeführten Nummern (Pseudonymisierung) stehen dabei für die Transkriptnummer (automatische Generierung durch f4-Software), Seite und Absatz. Die differenzierte Darstellung und Aufschlüsselung der iterativen Vorgehensweise der einzelnen Prozessschritte der Dokumentarischen Methode (formulierende und strukturierte Interpretation) sowie der soziogenetischen Zusammenführung sind erfolgt und können beim Autor eingesehen werden (Bohnsack 2018a).

4.1.1 Technikunterstützung zur Alltagsorganisation

Die Befragten stehen assistiven Technologien grundlegend sehr aufgeschlossen gegenüber. Technik begleitet sie auf verschiedene Weise bereits jetzt im Alltag: Die Assoziationen reichen von einfachen, etablierten assistiven Technologien, wie Rollstühlen, Rollatoren und Hebe- oder Treppen-Liften bis zu neueren Systemen, wie Hausnotruf, automatische Herdabschaltung oder weitere Sicherheitssysteme bei Hinlauftendenz. Dabei wird deutlich, dass neuere digitale Assistenzmöglichkeiten wie bspw. Sturzsensoren oder GPS-Uhren bekannt sind, bisher jedoch kaum eingesetzt werden. Die Ausnahme

bilden Tablets, die zur Unterstützung in der pflegerischen Versorgung individuell adaptiert, z.B. im Rahmen von Video-Telefonie, eingesetzt werden.

AB: *„Es gibt ja bereits einige Hilfsmittel, die elektrisch funktionieren.“* (1533621208, 6, 199)

Eine klare Differenzierung zwischen Pflegehilfsmitteln (z.B. Rollatoren), neueren Technologien (z.B. Ortungssysteme) und Techniken, die aus anderen Kontexten entlehnt sind (z.B. Tablets), findet nicht statt. Mithilfe kreativer Alternativlösungen werden technische Systeme häufig neu angepasst. So werden „Kinder-Finder“ oder Babyphone zur Überwachung der Angehörigen eingesetzt.

AB: *„Und das Spannende ist, dass die Leute dann auch kreativ werden.“*
(1533621208, 16, 80)

Eine Vielzahl von assistiven Technologien sind bereits bekannt und deren potenzieller Einsatz wird positiv eingeschätzt (z.B. Herdabstellsysteme, Bewegungs- und Lichtsensoren, Sprachsteuerungen, digitale Kommunikationssysteme etc.). Nur wenige Angehörige haben sich bisher mit einer aktiven Integration der Systeme zur Gestaltung und Organisation des eigenen Pflegealltags näher auseinandergesetzt.

AB: *„...technische Hilfsmittel gerade bei Demenz. Also eine automatische Herdabschaltung...was ich immer spannend finde...weiß ich, dass es das gibt...aber das spielt noch überhaupt nicht die Rolle im Alltag.“* (1533621208, 5, 44)

4.1.2 Assistive Technologien als Gegenstand der Beratung

Assistive Technologien werden von den pflegenden Angehörigen nicht als Gegenstand von Beratungen und anderen Informationsmöglichkeiten wahrgenommen. Auch über Krankenkassen werden keine Möglichkeiten der Informationsvermittlung angeführt.

AB: *„...Also da hat uns niemand danach irgendwie einen Hinweis gegeben oder ein Beispiel.“*
(1533621207, 85, 3537-3538)

Im Rahmen der üblichen Pflegeberatung findet keine Auseinandersetzung zu diesem Thema statt. Auch wird deutlich, dass vielen pflegenden Angehörigen die Möglichkeit der Pflegeberatung nicht bekannt ist.

AB: *„Ich glaube, die meisten wissen gar nicht, was ein Pflegeberater ist.“* (1533576732, 101, 4199-4200)

Informationen zu assistiven Technologien zur Unterstützung der pflegerischen Versorgung erreicht die Befragten überwiegend zufällig. Über Bekannte, Freunde und Selbstorganisationen, wie den Selbsthilfegruppen oder aus Prospekten von Baumärkten oder anderen Werbematerialien, werden Informationen zu potenziellen Assistenzsystemen bezogen. Auch Wohnraumberatungen und andere Beratungsangebote, z.B. in Sanitätshäusern oder Apotheken, werden genutzt, um Informationen zu Antragstellungen von Pflegehilfsmitteln zu bekommen. Zentral ist für die pflegenden Angehörigen hierbei stets die Frage nach den Kosten bzw. der Kostenübernahme.

AB: *„Also was mich interessieren würde, wie sieht das mit den Krankenkassen aus, sind die bei solchen digitalen Assistenzsystemen irgendwie offen, dass da eine Teilfinanzierung möglich ist?“* (1533621207, 66, 2748-2752)

Die pflegenden Angehörigen merken an, dass es kaum Informationen zu diesem Thema gibt und auch keine konkreten Ansprechpartner*innen vor Ort. Eine verbreitete Skepsis gegenüber Technik wird in

diesem Zusammenhang geäußert, die vor allem mit der Funktionsfähigkeit und Sinnhaftigkeit als grundlegende Bedingungen für den Einsatz in der Pflege einhergehen.

AB: *„...das muss robust sein. Es muss funktionieren.“* (1538413276, 52, 386)

AB: *„Aber ich glaube, es ist so wie immer, man muss den Sinn sehen drin. Man muss verstehen, was passiert, und man muss es eben machen können.“* (1533621207, 72, 460)

Des Weiteren werden von den pflegenden Angehörigen auch ethische Bedenken zum Einsatz von assistiven Technologien in der Pflege von Menschen mit Demenz geäußert. So werden vor allem Sicherheitssysteme oder Telepräsenzsysteme als grundlegend zu bedenkende Eingriffe in die Privatsphäre von einigen Befragten angeführt. Deutlich wird auch, dass eine zu große Abhängigkeit von Technik als problematisch eingeschätzt wird.

AB: *„Aber ist das ist auch bisschen übergriffig...ein betroffener Demenzpatient hat doch auch irgendwie auch eine Privatsphäre.“* (1533621207, 49, 303)

AB: *„...das geht aus meiner Sicht in Richtung Freiheitsentziehung.“* (1533621207, 30, 182)

AB: *„...man macht aber auch sehr abhängig.“* (1533622558, 17, 95)

4.1.3 Einsatz von assistiven Technologien, wenn persönliche Unterstützung fehlt

Die pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz schildern, dass Technik immer erst dann zum Einsatz kommen sollte, wenn persönliche oder familiäre Unterstützung nicht mehr gewährleistet werden kann.

AB: *„Ich glaube es ist schon sehr das letzte Mittel, glaube ich. Also wenn gar nichts anderes mehr zwischenmenschlich oder, also persönlich funktioniert.“* (1533621208, 30, 1224-1227)

Zur Integration und Handhabung von technischen Systemen wird dabei häufig angeführt, dass weibliche Personen, die die Pflege des Angehörigen primär übernehmen, grundlegend einen Nachteil hätten; auch deshalb, weil häufig die männlichen Personen traditionell vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit den größten Teil der Handhabung technischer Geräte innehatte. Die Schwelle zur Auseinandersetzung mit assistiven Technologien wird noch höher eingeschätzt.

AB: *„...den Sprung das zu überwinden...weil das eben immer mein Mann gemacht hat, die technischen Sachen, bin ich damit nicht vertraut.“* (1533621207, 10, 54)

Ausschlaggebend für das Überschreiten der Schwelle der Integration von assistiven Technologien in den Pflegealltag sind der Leidensdruck und das Problemempfinden der Angehörigen.

AB: *„Die Frage ist immer, wie hoch ist das Schmerzpotenzial, was ich gerade selber als Angehöriger habe.“* (1533621207, 46, 288)

4.1.4 Erlernen durch frühzeitige Integration in den Alltag und langfristiges Ausprobieren neuer Technologien

Das Ausprobieren und das Anknüpfen in den Alltag der pflegenden Angehörigen werden als primäre Voraussetzungen zur Integration von assistiven Technologien in die Pflege angesehen.

AB: *„Ich fände es nur gut, wenn man das wirklich mal so richtig sieht und anfassen kann. Vielleicht ändert man dann ja seine Meinung dazu, wenn man das selbst ausprobieren kann.“* (1533621208, 30, 1224-1225)

AB: *„Ganz praktisch einfach das wirklich ausprobieren können.“* (1533621208, 68, 2841-2843)

Nach den Angehörigen sollte das Erleben und Erlernen der Technologien bereits weit vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit geschehen. Die Befragten äußern hierbei konkret die Vorstellungen, dass die aktive Auseinandersetzung mit Assistenztechnologien auf einer „natürlichen“ Art und Weise frühzeitig stattfinden sollte. Sie führen hierbei Erfahrungs- und Erlebnisräume an, in denen die verfügbaren Technologien von ihnen eingeordnet und ausprobiert werden könnten.

AB: *„Ja, da müssen Sie aber schon damit reinwachsen und umgehen können, dass es nicht ein Fremdkörper ist.“* (1533621207, 80, 3328-3330)

Neben der frühzeitigen Vermittlung durch vertraute Beratungspersonen sowie der örtlichen Nähe sehen die pflegenden Angehörigen vor allem langfristige Möglichkeiten des Ausprobierens (Testmöglichkeiten) als wichtigen Bestandteil des Abbaus von Akzeptanzhürden an. Hierbei wird häufig die Verbindung bzw. strukturelle Einbettung zu einem naheliegenden Ansprechpartner angeführt.

AB: *„Testtage über Apotheken. Könnte ich mir vorstellen...am besten eben auch immer verknüpft...Betreuungsformen...Wohnberatungsstellen...Ich glaube, es müssen einfach ganz viele Wege sein.“* (1533621208, 48, 431)

Des Weiteren werden auch mehrtägige bzw. längerfristige Schulungen sowie Vortragsmöglichkeiten von den pflegenden Angehörigen als mögliche Informationsquellen und weiterführende Elemente der Betreuung und Beratung genannt. Hierbei wird deutlich, dass in diesen Bereichen bereits positive Erfahrungswerte (aus Schulungen zu anderen Themen) vorliegen und stets in der konkreten Verknüpfung mit bestehenden Organisationsformen bzw. Ansprechpartner*innen genannt werden.

AB: *„...es gab ja auch Vorträge (...) es gibt ja vieles. Es gibt den Tag der Selbsthilfegruppen, wo man auch mal über den Tellerrand gucken kann...da sind Angebote da.“* (1538413276, 11, 72-76)

4.1.5 Wünsche an die Technik und deren Vermittlung

Um die Handhabung und die individuelle Adaption an die Bedürfnisse des zu pflegenden Angehörigen zu erlernen, wünschen sich die Befragten eine einfache Handhabung der technischen Systeme. Auch das Design, welches nicht „zu modern“ gestaltet sein sollte, und die klare Zuordnung der Technik als Hilfsmöglichkeit in den Alltag der pflegenden Angehörigen werden als konkrete Wünsche geäußert.

Nach Meinung der Angehörigen sollten Beratung und Schulung zu assistiven Technologien in der Pflege- oder Demenzberatung angeboten werden. Explizit werden in diesem Zusammenhang die Krankenkassen und Kommunen als weitere Wunsch-Ansprechpartner*innen angeführt. Grundlegend sehen die pflegenden Angehörigen bereits etablierte Einrichtungen oder soziale Treffpunkte und Gemeinschaften, wie Kirchengemeinden, Seniorennachmittage etc. als sinnvollen Rahmen zur Vermittlung von Informationen bzw. zum Erlernen der Handhabung von assistiven Technologien.

AB: *„Und immer da, wo Leute so geballt zusammen sind. Weil ich sage mal, in Gemeinschaft macht es auch Spaß, was auszuprobieren.“* (1533621208, 76, 3175-3178)

Dabei wird die Nutzung bereits bestehender Angebote hervorgehoben – auch aufgrund des häufig „vollen“ Tagesplans der pflegenden Angehörigen. In diesem Zusammenhang wird auch der Wunsch angeführt, die technischen Geräte über „Testtage“ über einen längeren Zeitraum in der eigenen häuslichen Umgebung auszuprobieren. Die persönliche Anleitung von professionellen Fachkräfte wird dabei von den pflegenden Angehörigen als unabdingbar betrachtet.

AB: „Aber ich glaube... man muss den Sinn sehen darin. Man muss verstehen, was passiert, und man muss es eben machen können.“ (1533621207, 56, 3336-3337)

AB: „Also wirklich dann beratend in die Situation gehen... und gut geschult werden, dass sie sich da einföhlen können“ (1538413276, 81, 3374)

4.2. Expert*inneninterviews

Es wurden fünf Expert*inneninterviews im März und April 2019 durchgeführt. Insgesamt konnten 167 Minuten Transkriptionsmaterial im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse in Extraktionstabellen überführt und in der sich anschließenden Analyse in Kausalmechanismen interpretiert werden. Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über die beschreibenden soziografischen Merkmale der Teilnehmenden.

Tabelle 2: Merkmale der Teilnehmenden

	n
Geschlecht	
weiblich	5
Alter (in Jahren)	
30-39	1
40-49	3
50-59	1
Stadt/Land-Kontrastierung (Ausübung der Tätigkeit)	
Stadt	3
Land	2
In der Beratung von Angehörigen von Menschen mit Demenz tätig (Jahre)	
<5	1
5-10	2
10-15	1
15-20	1

Die Aufbereitung der Daten ist durch die Entnahme der gewonnenen Informationen aus den Extraktionstabellen erfolgt. Dabei sind nach erstmaliger Erstellung sowie Überprüfung mittels peer-Qualitätssicherungen (Punkt 3.3.3) und mit einem gewissen zeitlichen Abstand von ca. einer Woche (Vergegenwärtigungsaspekt) Kopien der Extraktionstabellen erstellt worden und noch einmal eine sukzessive Sichtung durchgeführt worden. Hierbei sind verstreute Informationen zusammengefasst, Redundanzen beseitigt und restliche Fehler (subjektives Vorverständnis) korrigiert worden, sodass der Umfang des Materials nochmals reduziert, verdichtet und die Daten nach inhaltlichen Gesichtspunkten strukturiert worden sind (Gläser und Laudel 2010, S. 229f). Die Teilüberschriften spiegeln dabei die übergeordneten Analysekatoren bzw. die definierten Analysecodierungen der Extraktionsergebnisse bereits grundlegend wider. Die Ergebnisdarstellung ist insofern frei von Interpretationen, dass sie in keiner Beziehung zu den Hintergründen oder vermuteten Kausalmechanismen (Punkt 3.3) stehen. In den jeweiligen Analyse- und Ergebniseinheiten werden

dabei Ankerbeispiele angeführt, die die Deskription der Ergebnisse in plastischer Form fundieren sollen. Für die narrative, komprimierte Darstellung (Punkte 4.2.1-4.2.5) fand eine Priorisierung statt, die im Rahmen des iterativen Analyseprozesses mit den peer groups festgelegt wurde. Die Ankerbeispiele (AB) werden durch die in Klammern angeführte Nummer (Transkriptnummer, Seite, Absatz) dargestellt.

4.2.1 Bedeutung assistiver Technologien in der Beratung

Der Verbreitungsgrad sowie Kenntnisse von assistiven Technologien der Angehörigen im Rahmen der Pflege von Menschen mit Demenz wird von den Berater*innen als gering eingeschätzt. Es existieren nur wenige Berührungspunkte und bisher kaum Möglichkeiten, assistive Technologien im Rahmen der Beratung zu adressieren.

AB: *„Also ich würde aus meiner Erfahrung sagen, dass es noch nicht sehr verbreitet ist.“* (190215, 1, 29)

Vorstellungen, wie assistive Technologien eingesetzt werden können, generieren sich aus individuellen und privaten Vorerfahrungen. Im Rahmen der Beratung gibt es bisher keine Auseinandersetzung.

AB: *„Also da wir noch nicht Kontakt damit hatten, können wir jetzt nur visionieren, was so ein Assistenzsystem beinhalten könnte.“* (190228, 4, 13)

Die Berater*innen sind dem Thema grundlegend aufgeschlossen und projizieren in assistive Technologien Potenzial für die Zukunft. Sie selbst schätzen die Entwicklung so ein, dass diese erst am Beginn steht.

AB: *„Jedenfalls, denke ich, gibt es da Entwicklungspotenzial...Nein, ich glaube, // das ist am Anfang.“* (190226, 3, 136)

Von pflegenden Angehörigen wird eine individuell-abhängige Affinität und Akzeptanz als Voraussetzung für die Integration in die Beratung angenommen, die konkrete Situationen im Pflegealltag adressiert. Die gedankliche Auseinandersetzung erscheint komplex und bedarf der mehrperspektivischen Abwägung.

AB: *„...also ich kenne durchaus Angehörige, die sagen, ja ich kann mir das gut vorstellen und andere sagen, nein niemals...also das wird aus meiner Sicht tatsächlich sehr, sehr unterschiedlich ethisch auch bewertet.“* (190215, 1, 31)

Die unklaren Finanzierungsmöglichkeiten sowie fehlende gesetzliche Grundlagen werden von den Berater*innen als hauptsächliche Gründe angeführt, warum die Thematik bisher noch keinen Eingang in die Beratung von pflegenden Angehörigen gefunden hat. Es wird deutlich, dass die Berater*innen sich als die richtigen Ansprechpersonen für dieses Thema – im Sinne einer Dienstleistung – sehen.

AB: *„Wenn es in der Finanzierung geklärt ist, ja, wie kommt derjenige da ran, dann stellt die Beratung ja nur eine Dienstleistung dar und dann ist das ja wie ein Präsentieren eines Produktes. Ja und das kann eine Beratung durchaus leisten, weil das ist ja genau der Anspruch..., dass wir Hilfsmittel, jeder probiert etwas anderes aus, und wenn einer gute Erfahrungen damit gemacht hat, sagt er den anderen auf einfache Art und Weise, wie es funktioniert.“* (190228, 4, 55)

Auch ethische Aspekte und damit verbundene Akzeptanzhürden sowie Stigmatisierungstendenzen werden von den Berater*innen als weitere Gründe für die geringe Verbreitung angeführt.

AB: *„...Ich glaube, dass es tatsächlich immer noch eine ethische Frage ist, dieses jemanden zu orten ohne sein Wissen...oder in ganz, ganz unterschiedlichen das Thema Beschäftigung mit Menschen mit Demenz.“ (190215, 1, 31)*

AB: *„das hat, glaube ich, auch immer noch etwas damit zu tun, dass Demenzerkrankungen stigmatisiert sind und dass man einfach sich nicht genauso offen und, wie soll ich sagen, offensiv auch um Hilfsmittel bemüht, wenn man einen Menschen mit Demenz in der Wohnung hat, im Haus hat, im Haushalt hat.“ (190215, 1, 35)*

Des Weiteren wird von den Berater*innen die Vermutung geäußert, dass die allgemeine Akzeptanz zur Thematik vom Alter der pflegenden Angehörigen abhängig sein könnte, da diese einen verbesserten Zugang zu aktuellen Technologien aufweisen.

AB: *„Also wir vermuten immer, dass es noch nicht die Generation ist, die diese Wege nutzt und dass es möglicherweise tatsächlich erst in Zukunft stärker genutzt wird.“ (190215, 1, 13)*

Auch wenn sich die Berater*innen als richtige Ansprechpersonen zur Vermittlung von Integrationsmöglichkeiten von assistiven Technologien in den Pflegealltag sehen, fehlen ihnen jedoch bessere Informationen sowie Übersichtsmöglichkeiten.

AB: *„Ja. Weil wir haben ja den besten Zugang. Wir haben zum einen den Zugang über die Kurse, wo viele zusammensitzen. Und dann über unsere häuslichen Besuche, wo wir halt die Pflegesituation einschätzen können und dann sagen können, das und das und das gibt es. Ich war ja nur nicht dabei bei dem, wo ihr wart. Also ich bin da eigentlich ganz minimal informiert, was es überhaupt so gibt. Von daher muss man sich schon ein bisschen damit beschäftigen dann.“ (190226, 3, 82)*

Ein weiterer Fokus zur Einordnung der Bedeutung von assistiven Technologien in der Beratung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz stellt die Zuweisung von Krankenkassen als zentrale Informationsquelle und neutraler Vermittler dar, um abgrenzend von Unternehmen assistive Technologien qualitativ einschätzen zu können. Hierbei wird deutlich, dass privatwirtschaftliche Unternehmen versuchen, die Beratung als Verkaufsplattform zu nutzen. Die Berater*innen lehnen dies ab.

AB: *„...wäre es toll, wenn die Krankenkassen auf die pflegenden Angehörigen zugehen und sagen: „Wir haben folgende Hilfsmittel, das und das können wir Ihnen anbieten. Ja, das steht Ihnen gratis zur Verfügung, das finanzieren wir.“ (190228, 4, 61)*

AB: *„Die wollten gerne die Kurse nutzen, um die Notrufsysteme zu verkaufen.“ (190226, 3, 141 - 142) „...also da schnürt es mir gleich wieder zu. Weil das wirklich nur aus wirtschaftlichen Interesse ist.“ (190226, 3, 145)*

4.2.2 Vermittlungsformen in der Beratung

Die Berater*innen beschreiben als Grundlage jeglicher Vermittlungsaktivitäten eine umfassende Niedrigschwelligkeit, da sowohl einfache Zugänge für die pflegenden Angehörigen ermöglicht als auch eine verständliche Sprache gewährleistet werden muss. Besonders der Zugang zum Thema sollte hierbei konkret als integraler Bestandteil an den Beratungsprozess gekoppelt sein und bspw. als Teil eines Lösungsansatzes mit beschrieben werden.

AB: *„...diesen Zugang dahin, so einfach wie möglich muss das, ganz niedrigschwellig müsste man das denen machen.“ (190226, 3, 115)*

Die Berater*innen sehen eine Vielzahl von Möglichkeiten der Vermittlung, die auch außerhalb des gewohnten Beratungssetting angesiedelt werden könnten. So werden z.B. videogestützte Aufklärung sowie Telefon- und E-Mail-Kontakt angeführt, um pflegende Angehörige mit Informationen zu versorgen, die aufgrund von größeren Distanzen nicht in der Lage sind, an einer Vor-Ort-Beratung teilzunehmen. Hierbei wird deutlich, dass die Berater*innen neue Technologien auch als Medium zur Durchführung von Beratung betrachten.

AB: *„Wenn das einfach gestaltet ist, ja, wenn das heißt, sie stellen sich das hin, da ist der An-Knopf, um 11:00 Uhr besprechen wir es miteinander, also könnte ich mir jetzt vorstellen. Die nächste Generation wächst ja heran und die sind ja dann schon wieder ganz anders im Umgang. Kann ich mir schon vorstellen. Und da muss der Mensch gar nicht vor Ort sein. Dann kann das auch per Entfernung geschehen.“* (190228, 4, 87)

AB: *„also wir hier in unserem Bereich machen das so, dass wir diese Angehörigen immer noch per E-Mail, also online beraten, oder telefonisch...weil das die Schnittmenge ist, zu der wir einfach gemeinsam sprechen können.“* (190215, 1, 23)

Als fokussierte Vermittlungsformen werden die Integration von Musterbeispielen sowie die Möglichkeiten zum Testen und Ausprobieren angeführt. Die Anschlussfähigkeit im Sinne der Weitervermittlung bei Kaufambitionen sollte gewährleistet sein.

AB: *„...oder man sagt dann, das ist hier ein Muster jeweils. Und dann wenden Sie sich an den und den und den, der kann Sie da technisch einweisen.“* (190226, 3, 29)

AB: *„...man hat es mal in der Hand gehabt, man hat es gesehen, man hat erklärt bekommen, wie es funktioniert. Und wenn man es dann aber wirklich haben möchte und zu Hause anwenden, dann geht man wo hin, wo man es dann kauft und wo jemand ist, der einen bei Problemen unterstützt. Das können wir halt einfach nicht leisten. Das ist das Problem daran.“* (190226, 3, 32)

Neben dem expliziten Wunsch des Ausprobierens assistiver Technologien verweisen die Berater*innen auch auf Handbücher, die helfen könnten, sich zu orientieren und diese in die Beratung einzubauen.

AB: *„...erst mal gemeinsam ausprobieren, zeigen wie es geht. Und dann, ja, wie bei jedem Gerät, zeigen wie es geht, Handbuch dazu. Und dann halt nach einer Zeit irgendwie, dann gucken wir: Wie ist die Erfahrung? Dass man das gleich festmacht in so einer Testphase.“* (190226, 3, 70)

Auch die Möglichkeit einer aufsuchenden Hilfeleistung im Rahmen einer Beratung zu assistiven Technologien wird als potenzieller Vermittlungsrahmen angeführt. Hierbei steht der konkrete Support durch die häusliche Anleitung für die pflegenden Angehörigen im Fokus, die von den Berater*innen bis zu einem gewissen Grad mit getragen werden können.

AB: *„Ich glaube, es müsste tatsächlich dann jemand nach Hause kommen, müsste das Gerät aufstellen, müsste ganz klar erklären so und so geht das. „Jetzt probieren Sie das mal zwei Tage aus. Dann komme ich noch mal und dann schauen wir die nächste Funktion an. Das, glaube ich, wäre notwendig, für die älteren Angehörigen.“* (190215, 1, 35)

Die Berater*innen sehen in diesem Zusammenhang eine dyadische Beratung, also die Aufklärung und Beratung sowohl für pflegende Angehörige als auch die pflege- und hilfsbedürftigen Menschen, als einen möglichen Rahmen der Informationsvermittlung. In Kombination mit Anleitung und

Ausprobieren der assistiven Technologie sowie weiterführender Beratung, wird diese Form als zielführend eingeschätzt. Einschränkend wird in diesem Zusammenhang angeführt, dass diese Form der Vermittlung besonders für mittlere und schwere Demenz-Erkrankungen nur schwer umsetzbar ist.

AB: *„Für Dyaden könnte ich mir sehr gut vorstellen, dass solche Geräte zum Beispiel auch bei uns in der Beratungsstelle stehen könnten. Und man könnte einfach sagen, Hier gucken Sie, wir schauen uns das jetzt einfach mal zu dritt an, was dieses Gerät für Möglichkeiten bietet. Ich gebe Ihnen eine kurze Einführung und dann können Sie eine halbe Stunde, Dreiviertelstunde es ausprobieren. Anschließend können Sie mir noch Fragen stellen...Das kann ich mir schon vorstellen. Aber für Angehörige eines Menschen mit einer mittelgradigen Demenz ist das häufig schon nicht mehr möglich. Also die sitzen, wenn die mal zu uns in die Beratungsstelle kommen, dann haben sie schon nur den Blick auf die Uhr gerichtet und sagen so, Okay, zehn Minuten schnell und dann muss ich wieder nach Hause.“ (190215, 1, 41)*

Auch zentrale Einrichtungen, wie Beratungszentren, als Anlaufstellen für pflegende Angehörige sowie als geeignete räumliche Rahmen für Beratungsleistungen zu assistiven Technologien werden angeführt. Hierbei werden besonders jüngere Kolleg*innen als geeignete Personen beschrieben, die diese durchführen könnten.

AB: *„Ich kann mir vorstellen, dass das geleistet wird. Wenn man jetzt ein großes Beratungszentrum hat und es da jemanden gibt, der da affin dazu ist...Wenn man eine junge Kollegin hat, die halt irgendwie zwischen zwanzig und dreißig ist und medienaffin und da viel Erfahrung hat und ausgebildet ist in dem Bereich, na klar, kann das auch in einem Beratungszentrum sein dann. Wir sind da beide nicht so affin in dem Bereich. Es gibt mit Sicherheit Menschen, die das mehr sind und auch beraten.“ (190226, 3, 61)*

Die Berater*innen schätzen in einem möglichen Zentrums-Rahmen, wie einer Beratungsstelle, das Ausprobieren und Anwenden als realisierbar ein.

AB: *„Ja, klar. Das ist ja ganz anders als nur drüber zu reden. Demjenigen zu sagen „hier, nehmen Sie es mal in die Hand“. Und gerade/ also was so diese technischen Sachen Richtung Smartphone, Tablet ist, würde ich mir wünschen, dass es einfach Lösungen gibt, die auf dem bereits vorhandenen Gerät funktionieren. Dass man nicht noch ein neues Gerät dafür erwerben muss.“ (190328, 5, 73)*

In diesem Zusammenhang wird formuliert, dass der geringe Bekanntheitsgrad sowie die begrenzten zeitlichen Ressourcen bei den pflegenden Angehörigen häufig das Aufsuchen von Beratungseinrichtungen einschränken.

AB: *„Also zu den Angehörigen, der mal zu uns...in die Beratungsstelle und da mal sich zwei Stündchen Zeit nimmt, um mal mit dieser Technik umgehen zu lernen in Selbsterfahrung, das ist halt einfach oft nicht realistisch.“ (190215, 1, 39)*

Besonders für ältere pflegende Angehörige wird die vertrauensvolle Basis, die eine langfristige Beratung benötigt und zugleich ermöglicht, hervorgehoben. Berater*innen verstehen sich als Ansprechpartner*innen für die gemeinsame Identifikation und Lösungssuche von Problemlagen. Besonders in möglichen Beratungen zu assistiven Technologien empfinden die Berater*innen dieses Vertrauen als grundlegendes Element der Vermittlungsstrategie.

AB: *„Also ich glaube, bei älteren Menschen braucht man die ganz klare Einführung eines Menschen, von dem man auch weiß, das ist mein Ansprechpartner, wenn was nicht funktioniert, da kann ich den anrufen. Das habe ich jetzt nicht verstanden und so weiter.“* (190215, 1, 35)

AB: *„Das geht nur sukzessive. Zu Beginn. Wir müssen erst mal diese Menschen kennenlernen. Wir müssen erst mal die Bedarfe erfragen und gucken.“* (190226, 3, 36)

In diesem Zusammenhang werden als weitere Form der Vermittlungsmöglichkeit auch digitale aufsuchende Hilfen angeführt, durch die die Realisierung ortsunabhängiger Beratungen ermöglicht werden kann. Die Berater*innen sehen sich hierbei als explizite Informationsvermittler*innen zur Gestaltung der Versorgung und grenzen sich von der Bereitstellung der technischen Infrastruktur ab.

AB: *„Das kann auch digital geschehen. Es muss nicht der Mensch vor Ort sein. Ja, es kann auch tatsächlich mit einem Monitor vor Ort sein, der zum Beratungsgespräch rechtzeitig – nur gesponnen – angeliefert wird, das Beratungsgespräch findet statt und ein Dienstleister holt diese Technik wieder ab...So etwas kann auch eine Möglichkeit sein.“* (190228, 4, 85)

4.2.3 Integration in den Beratungsprozess

Die Berater*innen äußern den Wunsch, sowohl die Thematik als auch neue Vermittlungsformen in den Beratungsprozess zu integrieren. Sie formulieren in diesem Zusammenhang strukturelle Limitationen, wie bspw. die Schwierigkeit, unabhängige Pflegeberatungen aufzufinden, als Umsetzungshindernis.

AB: *„Es wäre schön, wenn das eine unabhängige Pflegeberatung wäre. Hier in Sachsen-Anhalt landen sie, wenn sie die Pflegeberatung anrufen, bei einer Krankenkasse.“* (190228, 4, 65)

Ein geeigneter Zeitpunkt zur Integration in den Beratungsprozess wird von den Berater*innen vor allem zu Beginn des Beratungsprozesses durch eine systematische Sensibilisierung sowie Identifikation der Problemlage angesehen. Eine Regelmäßigkeit erscheint ihnen hierbei hilfreich – besonders im Kontext des essenziellen Beziehungsaufbaus.

AB: *„Das geht nur sukzessive...zu Beginn. Wir müssen erst mal diese Menschen kennenlernen. Wir müssen erst mal die Bedarfe erfragen.“* (190226, 3, 36)

AB: *„Also das kann man jetzt zweimal im Jahr machen vielleicht. Aber mit einer Regelmäßigkeit.“* (190226, 3, 92)

AB: *„...das müsste dann schon noch eine gewisse Häufigkeit geben, damit man mit den Problemen, die auftreten, ja irgendwie umgehen kann. Dass schon ein bisschen Routine dabei ist.“* (190226, 3, 65)

Die Berater*innen sehen momentan kaum Nachfragen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zu assistiven Technologien.

AB: *„Das wird im Moment noch zu wenig nachgefragt.“* (190328, 5, 13)

Als Voraussetzung zur Integration des Themas in die regelhafte Beratung werden vor allem ausreichende personelle Ressourcen angeführt.

AB: *„Also im Moment könnte ich es nicht stämmen aber wir arbeiten daran, dass ich eine Kollegin kriege. Und dann haben wir auch wieder Möglichkeiten. Wir wachsen mit unseren Aufgaben.“* (190328, 5, 71)

Die Integration der Themen in den Beratungsprozess ist nach Einschätzung der Berater*innen eng mit der Organisation der Beratung für die Angehörigen verbunden. Hierbei spielen vor allem die Betreuung der Pflegebedürftigen während der Beratung sowie die Anfahrt eine große Rolle. Entsprechend attraktive Anreize müssten bestehen, um dies zu realisieren. Auch die Möglichkeit der aufsuchenden Beratung zum Thema wird von den Berater*innen als eine Option angeführt.

AB: *„Es ist halt so eine organisatorische Frage. Natürlich bekommen wir Angehörige für bestimmte Themen aktiviert...das muss schon sehr attraktiv sein dann in dem Moment, um das zu machen.“* (190226, 3, 90)

In diesem Zusammenhang wird von den Berater*innen beschrieben, dass jüngere pflegende Angehörige im höheren Maß gegenüber der Integration von assistiven Technologien in der Beratung aufgeschlossen wären.

AB: *„...und wir haben die jüngeren Leute, die natürlich ganz anders mit Technik umgehen und anders da sozialisiert sind.“* (190215, 1, 35)

Eine wichtige Basis bildet für die Berater*innen die Verfügbarkeit der Technologien und deren Funktionsfähigkeit, damit es möglich ist, Anpassungen für die individuelle Situation und den Alltag der pflegenden Angehörigen vorzunehmen, um Mehrwerte generieren zu können.

AB: *„Die Voraussetzung wäre, es funktioniert wirklich. Also es muss dann auch positive Erfahrungen geben, sonst hört man irgendwann wieder damit auf.“* (190226, 3, 126)

AB: *„Ja immer da, wo es in den Alltag reinpasst. Man muss eben einfach gucken, mit welchen Voraussetzungen kommen die Leute...“* (190328, 5, 47)

AB: *„Die Frage ist ja auch praktisch, wie kann der Mensch dann in seinem Alltag integrieren?“* (190328, 5, 55)

4.2.4 Wissen und Kompetenzen der Berater*innen zu assistiven Technologien

Die Berater*innen schätzen ihren Wissensstand zum Thema als sehr gering ein und formulieren den Bedarf nach mehr Informationen sowie den Aufbau von Kompetenzen durch Schulungen, Workshops sowie vertiefte Übersichtsmöglichkeiten etc.

AB: *„...also eigentlich würde ich mir mehr Information wünschen.“* (190328, 5, 87)

AB: *„Das Eine wäre sozusagen, dass man wirklich einen Überblick kriegt. Da wäre es natürlich schön, man würde sie auf Fachtagen oder so, wo man sowieso aus anderen Gründen ist...mit einem Workshop oder so. Und das Andere ist das Vertiefende. Denke ich, wenn ich mich entscheide, ich will das jetzt tatsächlich in der Beratung anwenden. Und ich muss sagen...dann bräuchte ich natürlich eine vertiefende Schulung.“* (190328, 5, 103)

Als Hauptgründe für das Wissensdefizit führen die Berater*innen die Unübersichtlichkeit und die Vielzahl der Technologien sowie deren unklare Zuordnung in den Pflegebereich an.

AB: *„...es gibt so viele Sachen, und wenn ich auf jede Herausforderung eingehen möchte, dann habe ich da, ich sage mal, zwanzig, dreißig Geräte stehen und das überfordert.“* (190228, 4, 103)

Um Wissen und Kompetenzen zum Themenkomplex systematisch aufzubauen, führen die Berater*innen eine Vielzahl von Möglichkeiten auf. Die umfassende Einweisung zu assistiven Technologien, um den richtigen und konkreten Umgang zu erlernen, bildet dabei die Basis.

AB: *„Da müssten wir natürlich eingewiesen werden. Das kommt jetzt auf den Schwierigkeitsgrad drauf an.“ (190226, 3, 27)*

Auch die stärkere Einbindung in Forschungs- und Evaluationsprozesse wird von den Berater*innen angeführt, um einen verbesserten Zugang zu technischen Potenzialen in der Gestaltung der Beratung von pflegenden Angehörigen zu erhalten. Hierbei wird deutlich, dass der Wunsch besteht, mit wissenschaftlichen Einrichtungen in einen stärkeren Austausch zu treten. Nach Einschätzung der Berater*innen hätte dies sowohl hinsichtlich der Entwicklung neuer assistiver Technologien als auch in der Wissensgewinnung der Berater*innen Mehrwerte.

AB: *„...also wir müssen jetzt ja, wenn man das will...drei Geräte, also drei Assistenzsysteme, die toll sind und sagt, das geht jetzt in die Beratungseinrichtung. Ihr arbeitet jetzt damit. Drei Beratungseinrichtungen. Und dann gucken wir halt, ob das den Zugang verbessert, ob die Leute das annehmen. ...Das ist dann eine Evaluation hier in der Praxis.“ (190226, 3, 155 - 156)*

Die Berater*innen beschreiben in diesem Zusammenhang, dass für die Umsetzung und Integration von assistiven Technologien in die Beratung entsprechende Weiterbildungen und Anlaufstellen benötigt werden, um neue Kompetenzen aufbauen und auch für ihren Fachbereich erschließen zu können. Neben der konkreten Beratung zu assistiven Technologien stehen hierbei vor allem die Nutzung neuer, digitaler Möglichkeiten als Instrumente der Beratung, wie der online-gestützten Beratung, im Fokus.

AB: *„Also da bin ich ganz davon überzeugt und genau eine leidenschaftliche Vertreterin in unserer Beratungsstelle, dass wir es lernen mit den digitalen Ressourcen umzugehen. Dass wir auch Onlineberatung machen können. Onlineberatung ist schon noch mal was anderes...im Chatroom berät, oder per E-Mail berät. Und ich finde, es müssen auch Beraterinnen diese Kompetenz erwerben. Das sehe ich auf jeden Fall so.“ (190215, 1, 69)*

Somit wird der Beratung in Zukunft eine zunehmende Bedeutung zugeschrieben, die jedoch nicht losgelöst von personellen und personalen Ressourcen betrachtet werden kann, da der Prozess langsam und abgewogen – mit bestehenden Strukturen verwoben – entwickelt werden sollte.

AB: *„Also ich glaube, dass sie auf jeden Fall eine bedeutendere Rolle spielen werden. Ich glaube aber, dass sie immer in Kombination mit den humanen Ressourcen stehen muss. Also ich glaube, es muss immer die Kombination von Beraterinnen und Beratern geben, die dann auch als Personen menschlich ansprechbar sind sozusagen, im Hintergrund.“ (190215, 1, 67)*

AB: *„Das ist ein Gebiet, was man eigentlich jetzt erst mal auf sich zukommen lassen müsste, wenn wir das hier mit ausbauen, in die Beratung reinnehmen.“ (190226, 3, 152)*

Die Anbindung an bestehende Strukturen wird in diesem Zusammenhang als Möglichkeit angeführt, die jedoch an Grenzen der aktuell vorwiegenden Beratungsformate stößt, da ein individueller Austausch nur eingeschränkt möglich ist.

AB: *„Ich erlebe das schon, dass da eine Offenheit da ist. Also wir gehen zum Beispiel auch sehr, sehr häufig mit unseren Beratungsangeboten in Seniorengruppen oder in Kirchengemeinden. Und auf einer relativ oberflächlichen Ebene kann man da durchaus auch schon beraten. Aber wenn es dann wirklich um die wirklichen Probleme geht, funktioniert das, meiner Meinung nach, in solchen größeren Strukturen nicht mehr.“ (190215, 1, 43)*

Aus diesem Grund führen die Berater*innen die Möglichkeit der Vermittlung zu weiteren Ansprechpartner*innen an, die für die technische Unterstützung und Dienstleistung integriert werden könnten. Diese Form wird jedoch von ihnen kritisch eingeschätzt, da sie sich selbst, wie im Punkt 4.2.1 beschrieben, als die richtigen Ansprech- und Vertrauenspersonen für die Angehörigen einschätzen.

AB: *„...das geht dann über/ also ich vermittele das nur.“ (190328, 5, 21)*

AB: *„Man hat es mal in der Hand gehabt, man hat es gesehen, man hat erklärt bekommen, wie es funktioniert. Und wenn man es dann aber wirklich haben möchte und zu Hause anwenden, dann geht man wo hin, wo man es dann kauft und wo jemand ist, der einen bei Problemen unterstützt. Das können wir halt einfach nicht leisten. Das ist das // Problem daran.“ (190226, 3, 32)*

Im Zuge der Kompetenzerweiterung, die, nach Einschätzung der Berater*innen, mit der Integration von assistiven Technologien in die Beratung, einhergeht, werden weitere Kooperationspartner*innen beschrieben, die zur Umsetzung wichtige Rollen spielen könnten. Dabei wird vor allem die Wohnungsberatung angeführt, die über bereits mit assistiver Technologie ausgestattete Modellwohnungen informiert. Besonders in der Erweiterung der Beratungsleistung können diese somit wichtige Ansprechpartner*innen sein.

AB: *„Eigentlich ist das ja jetzt auch so ein Punkt wie mit der Wohnberatung. Das muss sich halt etablieren. Man hat irgendwo dieses Labor und alle umliegenden sagen immer, dort ist deine Info, dort kriegst du es her, guck dir das an. Und dann kann sich das etablieren.“ (190226, 3, 103)*

Auch Sanitätshäuser werden in diesem Zusammenhang vor allem als potenzielle Vertriebspartner*innen einzelner assistiver Technologien angeführt; auch weil diese Einrichtungen bereits bestehende und vertrauenswürdige Ansprechpartner*innen der pflegenden Angehörigen sind. Die Berater*innen wünschen sich zudem einen engeren Austausch und Abstimmungsmöglichkeiten.

AB: *„Das Sanitätshaus...als Anbieter von technischen Assistenzsystemen.“ (190226, 3, 52)*

AB: *„Man könnte jetzt wirklich gucken, dass man mit einem Sanitätshaus da in irgendeiner Kooperation geht als technischer Berater nochmal so, die das ja dann letztendlich verkaufen.“ (190226, 3, 133)*

AB: *„Ansonsten sehe ich natürlich auch die Sanitätshäuser klassisch schon als Anbieter für solche Produkte.“ (190328, 5, 51)*

4.3 Fragebogenerhebung

Es wurden 51 Fragebögen vollständig abgegeben. Dies entspricht einem Rücklauf von 100% und ist auf die Einbettung der Erhebung in den Workshop (Punkt 3.4.2) zurückzuführen. Von den 51 ausgefüllten Fragebögen wurden vier ausgeschlossen, da die Befragten nach eigenen Angaben keine aktive Beratung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz ausführen, sodass n=47 in die Auswertung integriert wurden. Der Großteil der Teilnehmenden ist weiblich (n=37; 78,7%). Personen im Alter zwischen 40 und 59 stellen mit 59,6% (n=28) den größten Teil dar, während unter 30-Jährige 17% (n=8) der Stichprobe ausmachen. Mehrheitlich antworteten angestellte Berater*innen von Krankenkassen (n=28; 59,6%), während selbstständige Berater*innen bei freien Trägern (n=5; 10,6%) und Angestellte in Kommunen (n=6; 12,8%) fast ein Viertel der Stichprobe stellen. Die befragten

Berater*innen sind außerdem zum größten Teil in Städten bis 100.000 Einwohner*innen tätig (n=14; 29,8%) sowie in Klein- (n=12; 25,5%) und Großstädten (n=11; 23,4%), während Berater*innen im ländlichen Raum (14,9%) am wenigstens vertreten sind.

4.3.1 Aufgeschlossenheit zur Anwendung assistiver Technologien

Zu Beginn des Fragebogens wird die Aufgeschlossenheit zur Anwendung von assistiven Technologien im Allgemeinen erfragt. Hierbei zeigt sich, dass 39 (66,3%) Berater*innen eine eher hohe bzw. hohe Aufgeschlossenheit gegenüber der Thematik einnehmen. Im Zusammenhang der Aufgeschlossenheit wurde auch erfragt, welche Geräte die Berater*innen im beruflichen und privaten Gebrauch verwenden. Hierbei wird deutlich, dass die Berater*innen Laptops und Computer sowohl beruflich als auch privat nutzen. Auffallend ist jedoch, dass im privaten Bereich Smartphones (n=47; 100%) und Tablets (n=35; 74,5%) umfangreich verwendet werden, während dies in der beruflichen Sphäre so nicht eingeschätzt wird. Diese Einschätzung weist Ähnlichkeiten zu Befragungen anderer Zielgruppen auf (Buhtz et al. 2020). Das Fitnessarmband wird von den Berater*innen als einziges technisches Gerät stärker im beruflichen Umfeld eingesetzt (n=17; 36,2%). Insgesamt ist zu erkennen, dass wenige technische Geräte im hier im Fokus stehenden beruflichen Feld verwendet werden. Limitierend kann angemerkt werden, dass grundsätzliche Verständnisprobleme vorgelegen haben könnten. Aufgrund der Einbettung der Erhebung in den vorangestellten Workshop wurde versucht, die technischen Begriffe zu erläutern – weiterführende Vertiefungen fanden jedoch nicht statt. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt scheinen vor allem wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (n=45; 95,7%), auf die während des Workshops im Rahmen von Ambient Assisted Living (AAL) eingegangen wurde, sowie Hausnotrufsysteme (n=43; 91,5%), Gegenstand in der Beratung zu sein. Weitere mögliche technische Unterstützungsmöglichkeiten, wie Medikamentenspender, die die Medikamente automatisch zu einer voreingestellten Zeit bedarfsgerecht ausgeben, sind den Berater*innen bekannt, spielen in der Beratung jedoch bisher nur eine marginale Rolle. Ähnlich verhält es sich mit digitalen Tageskalendern, Bildtelefonen sowie Mobilitätsbetten.

4.3.2 Assistive Technologien als Gegenstand zukünftiger Beratung

Die Berater*innen wünschen sich mehrheitlich, das Thema assistive Technologien in ihre künftigen Beratungen mit aufzunehmen. Eine starke Ablehnung („definitiv nein“) wurde von keiner der Berater*innen angegeben. Hinsichtlich der didaktischen Vermittlungsformen können sich die Berater*innen vorstellen, Workshops zum Thema in Erfahrungsräumen abzuhalten (n=33; 70,2%) sowie videobasierte Anleitungen in die Beratung zu integrieren (n=32; 68,1%). Vor allem die persönliche Anleitung (n=37; 78,7%) sowie die Beratung in den Beratungsstellen (n=36; 76,6%) sind von den Berater*innen hierbei bevorzugt vorstellbare Formate. Deutlich wird, dass Betreuung von Testgeräten als eher nicht vorstellbare Form eingeschätzt wird (n=22; 46,8%). Die Mehrzahl der Berater*innen kann sich die Ausgabe von Informationsmaterialien (n=44; 93,6%) sowie die präventive Aufklärung zu assistiven Technologien als Format zur Integration in die Beratungsleistung vorstellen (n=39; 83%). Zur Einordnung der Ergebnisse muss kritisch angemerkt werden, dass die erfragten Formate zum Teil Gegenstand der vorangegangenen Präsentation im Workshop gewesen sind. Die Berater*innen hatten somit konkrete Beispiele und Umsetzungsmöglichkeiten während der Antwortgabe unmittelbar gedanklich präsent. Themen, die sich die Berater*innen als integralen

Bestandteil der Beratungsleistung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz vorstellen können, sind vor allem im Bereich des altersgerechten Wohnens, wie bspw. einem intelligenten Beleuchtungssystem (n=46; 79,9%), in der digitalen Unterstützung der Tagesstruktur (n=42; 89,4%) sowie in der Stärkung der Gedächtnisleistung durch Apps oder interaktive Spiele (n=38; 80,9%) vorzufinden. Robotische Systeme (n=26; 55,3%) und Möglichkeiten der telepräsenten Kommunikationsgestaltung (n=15; 31,9%) werden eher als nicht vorstellbar eingeschätzt. Die Berater*innen schätzen das Maß der Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz durch assistive Technologien als sehr niedrig (n=21; 44,7%) bzw. eher niedrig (n=18; 38,3%) ein. Ein kleiner Teil der Befragten (n=3; 6,4%) ordnet das Maß an Unterstützungsmöglichkeit durch assistive Technologien als „eher hoch“ ein. Vier Berater*innen (8,5%) können das Maß nicht einschätzen. Die in diesem Zusammenhang stehende Frage nach Systemen, die primär bereits eingesetzt werden, wurde offen gestaltet. Die Berater*innen hatten die Möglichkeit, das Freitextfeld zu nutzen, um technische Systeme bzw. Geräte darzulegen. Die überwiegende Mehrheit (n=38; 80,9%) hat diese Möglichkeit nicht wahrgenommen. Die ausgefüllten Felder weisen zum Teil Überschneidungen in den Antworten auf. So wurde „Tablet oder Smartphone“ dreimal (6,3%), der „Hausnotrufknopf“ zweimal (4,2%) sowie das Pflegebett zweimal (4,2%) fixiert. Ein Freitextfeld wurde mit „Lernspiel / Logopädie-App“ ausgefüllt (2,1%). Die Berater*innen schätzen den Informationsbedarf der pflegenden Angehörigen sehr hoch (n=10; 21,3%) bzw. eher hoch (n=24; 51,4%) ein. Die Frage nach der Einschätzung des Informationsbedarfs wurde mit einer weiteren offenen Frage ergänzt, in der die Berater*innen ihre Antwort in einem Freitextfeld begründen konnten. Diese Möglichkeit wurde von 32 (67,9%) Berater*innen nicht wahrgenommen. Zwei Antworten (4,2%) konnten trotz der Hinzunahme weiterer Forscher*innen aufgrund fehlender Lesbarkeit nicht aufgenommen werden. 13 Berater*innen (27,7%) füllten das Freitextfeld aus.

4.3.3 Informationsbedarf der Berater*innen zu Vermittlungsmöglichkeiten assistiver Technologien

Im letzten Teil des Fragebogens wurde erfragt, ob sich die Berater*innen mehr Informationen bzgl. der Vermittlung von Wissen zu assistiven Technologien wünschen. Die Mehrheit der Berater*innen beantwortet diese Frage mit „eher ja“ (n=30; 63,8%) und mit „definitiv ja“ (n=15; 31,9%). Eine der Befragten (2,1%) ordnete die Frage als „nicht einschätzbar“ zu, während eine Befragte (2,1%) „definitiv nein“ angab. Zur Frage des Wunsches nach mehr Informationen bzgl. der Vermittlung von Wissen zu assistiven Technologien bestand für die Berater*innen die Möglichkeit, ihre Antwort in einem Freitextfeld zu begründen. Diese Option wurde von 34 Befragten (72,3%) nicht wahrgenommen. Eine Antwort (2,1%) konnte trotz der Hinzunahme weiterer Forscher*innen aufgrund fehlender Lesbarkeit nicht aufgenommen werden. 12 Antworten (25,6%) konnten in die Ergebnisdarstellung überführt werden.

4.4. Zusammenführung der Teil-Ergebnisse

Für die Zusammenführung der Ergebnisse der einzelnen empirischen Erhebungen wurde eine Vergleichsmatrix erstellt, die ausgehend von den Ergebnissen der Kernerhebung (Fokusgruppen) die Ergebnisse der Expert*inneninterviews sowie der Fragebogenerhebung kontextualisiert. Dabei wurden die explorierten Basistypiken als Orientierungsparameter eingeordnet und mit den Oberthemen der Ergebnisdarstellung (Punkt 4.1) sowie mit den weiteren Ergebnissen der

Teilerhebungen (Punkte 4.2; 4.3) in paraphrasierter Form übersichtsartig dargestellt. Im Sinne der sequenziell-explorativen Vorgehensweise können so die Kernergebnisse der Einzelerhebungen komplementär betrachtet werden. Die Vergleichs- und Kontextualisierungsmatrix dient hierbei sowohl dem besseren Verständnis der Ergebnisse durch die zusammenfassende Elaboration als auch der Vorbereitung der im Punkt 5 folgenden interpretativen Diskussion und Theoriegenerierung (Flick 2017; Kuckartz 2014, S. 58f).

5 Diskussion

Um die offengelegten mehrperspektivischen Informations- und Beratungsbedarfe sowie die Verständnisse und Ansätze deren Vermittlung in theoretische Konstruktionen zu überführen, werden im ersten Schritt auf Basis der generierten interpretativen Ableitungen der Fokusgruppen (Basistypiken), der Expert*inneninterviews (Kausalmechanismen) sowie der Fragebogenerhebung (Vergleichsmatrix) die Ergebnisse narrativ zusammengefasst und die Schnittmengen herausgearbeitet. Im Punkt 5.1 erfolgt die theoretische Modellierung zu einem transformativen Informations- und Beratungsverständnis.

Sowohl pflegende Angehörige als auch Berater*innen stehen den assistiven Technologien grundlegend sehr offen gegenüber (Punkte 4.2.1; 4.3.1). Einfache technische Systeme, wie Systeme zur Prävention, zur Erkennung von Stürzen oder zur Warnung bei Hinlauftendenz sind häufig durch kreative und individuelle Anpassungen im Alltag der pflegenden Angehörigen etabliert. In den Beratungen werden diese bisher jedoch selten nachgefragt und spielen hier bisher kaum eine Rolle (Punkt 4.2.2). Als Hauptgründe werden sowohl von den pflegenden Angehörigen als auch von den Berater*innen die unklaren Finanzierungsmodalitäten für assistive Technologien für pflegende Angehörige in der Betreuung von Menschen mit Demenz angeführt. Krankenkassen sollten hier sowohl als Ansprechpartner*innen für die pflegenden Angehörigen als auch für die Berater*innen fungieren (Punkte 4.1.2; 4.2.1). Skepsis gegenüber Technik im Allgemeinen verstärken Akzeptanzhindernisse – besonders, wenn die technische Abhängigkeit zur Realisierung von Pflegeaufgaben auf Seiten der pflegenden Angehörigen zunimmt (Punkt 4.1.2). Hierbei werden vor allem ethische Bedenken (Überwachungsproblematik, Schutz der Privatsphäre) angeführt (Punkte 4.1.2; 4.2.1). Zu neueren, komplexeren Systemen, wie digitale Kalender oder GPS-Uhren, fehlen den pflegenden Angehörigen die konkrete Zuordbarkeit und Differenzierung zu pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten, was auch von den Berater*innen als Kernproblematik beschrieben wird. Die Zugänge zu Informationen finden nicht auf professionellem Weg durch Beratungs- oder Aufklärungsmöglichkeiten, z.B. im Rahmen der Pflegeberatung, statt, sondern generieren sich aus dem persönlichen Umfeld. Die subjektiv beschriebenen Informationsbedürfnisse zum Themenfeld konnten gut exploriert werden und zeigen auch in der kollektiven Perspektive deren grundlegende Verbindung zu einem bisher nicht stattfindenden adäquaten Kompetenzaufbau. Diese Aspekte sind als wesentliche hemmende Faktoren für eine intensive Auseinandersetzung mit assistiven Technologien zu betrachten. Die pflegenden Angehörigen sehen hierbei die Berater*innen als zentrale Ansprechpersonen zum Wissen- und Kompetenzaufbau. Auch die Berater*innen selbst sehen sich in dieser Rolle – allerdings fehlt ihnen hierzu das nötige Wissen und die Kompetenzen, sodass sie neben dem expliziten Wunsch nach Weiterbildungen in diesem Bereich sich auch in der Vermittlungsrolle zu

vertiefenden Informationen rund um das Thema assistive Technologien zur Unterstützung betrachten (Punkte 4.2.2; 3.3.3). Die Berater*innen gehen davon aus, dass jüngere Kolleg*innen eine höhere Affinität zum Thema aufweisen und durch eine stärkere mediale und alltägliche Auseinandersetzung auch im Bereich der Vermittlung weitere Möglichkeiten nutzen werden (Punkt 4.2.3). Es wird deutlich, dass sich die Annäherung an die Vermittlungs- und Beratungswünsche der pflegenden Angehörigen, u.a. nach frühzeitigem Erlernen, persönlicher Anleitung, Möglichkeit des Ausprobierens sowie der Testung für den individuellen Gebrauch, stark an der Integrationsfähigkeit der assistiven Technologien in den Alltag der pflegenden Angehörigen orientieren (Punkte 4.1.4; 4.1.5). Im Zusammenhang mit der Funktionalität, der einfachen Handhabung, der Verwendung einfacher Sprache und des konkreten und unmittelbaren Nutzens erschließt sich eine gewisse „Sinnhaftigkeit“ für die pflegenden Angehörigen zum Thema, die für die Berater*innen die Basis zur Aufnahme in die Beratungsleistung darstellt (Punkt 4.2.3). Dabei werden vor allem die Testmöglichkeiten von den Berater*innen als mögliche Form der langfristigen Begleitung zwar befürwortet, jedoch wird die Realisierung – besonders hinsichtlich des technischen Supports – als nur bedingt umsetzbar eingeschätzt (Punkte 4.3.2; 4.2.2). Neben der persönlichen Beratung, die als die Basis der weiteren Vermittlungsform angesehen wird, werden auch weiterführende Vermittlungsformen, wie videogestützte Aufklärungen, Telefon- und E-Mail-Verkehr sowie aufsuchende und ortsunabhängige Formate vor allem von den Berater*innen angeführt (Punkte 4.2.2; 4.3.2). Als entscheidende Möglichkeit, den Fokus der pflegenden Angehörigen, nämlich die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, nicht zu verlieren, werden dyadische Formen der Beratung angesehen (Punkt 4.2.2). Auch hier wird deutlich, dass dabei das Ausprobieren der assistiven Technologien in konkreten Situationen des Pflegealltags das zentrale Element der Vermittlung darstellen muss (Punkt 4.2.2). Ersichtlich wird dabei ebenfalls, dass die persönliche und vertrauensvolle Beziehung bei allen Vermittlungsformen eine entscheidende Basis bildet, da die assistiven Technologien in ihrer Veränderungsreichweite des Alltags sowie in der Einflussnahme in die Privatsphäre als zum Teil sehr umfänglich betrachtet werden (Punkt 4.1.3). Die persönliche Anleitung zu assistiven Technologien wird dabei vor allem in Beratungszentren als realistisch umsetzbar gesehen, in denen die pflegenden Angehörigen die Möglichkeit haben, die Technologien auszuprobieren. Das Format von festen Örtlichkeiten als Erlebnis-, Diskussions- und Schulungsräume (Punkte 4.3.2; 4.1.4) sowie als zentrale Weiterbildungs-, Schulungs- und Netzwerkplattformen wird dabei sowohl von den pflegenden Angehörigen als auch von den Berater*innen gesehen. Im Fokus steht hierbei neben der Übersichtsvermittlung der verschiedenen technischen Unterstützungsmöglichkeiten vor allem die angeleitete Selbsterfahrung (Punkte 4.2.2; 4.2.4). Neben Beratungszentren wird vor allem in bereits vorhandenen und etablierten Strukturen, z.B. in Kirchgemeinden, Selbsthilfegruppen und Seniorentreffen (u.a. durch Vortragsreihen zur Thematik) ein hohes Maß an Aktivierungspotenzial gesehen (Punkt 4.1.5). Die Berater*innen, die die zentralen Personen in der Vermittlung von Wissen und Kompetenzen zu assistiven Technologien für pflegende Angehörige darstellen, weisen jedoch erhebliche Unsicherheit auf, da auch ihnen sowohl die Übersicht als auch vertiefende Wissensstrukturen und damit schließlich Kompetenzen im Umgang und Vermittlung von assistiven Technologien fehlen. Somit sind Fort- und Weiterbildungen („Train the Trainer“) für die Berater*innen Voraussetzung zur Integration in eigene Beratungsleistungen (Punkte 4.2.4; 4.3.3).

5.1 Theoretische Annäherung an ein transformatives Informations- und Beratungsverständnis

Neben den inhaltsanalytischen Ableitungen (Punkt 5) wird in den rekonstruktiven Analysen der Fokusgruppenerhebung (Basistypiken) sowie der Expert*innenbefragung („Kausalmechanismen“) deutlich, dass eine Informations- und Beratungsgestaltung zu assistiven Technologien für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist, deren verbindende Elemente bisher fehlen bzw. eine zu geringe Ausprägung aufweisen, die jedoch als unabdingbar eingeschätzt werden können, um eine Annäherung an ein (transformatives) Informations- und Beratungsverständnis zu ermöglichen (Punkt 1.7). In der Betrachtung der generierten Basistypik wird deutlich, dass hierbei vor allem die wechselseitige Durchdringung der verschiedenen Ebenen (Beratungstypik, Personentypik und Alltagstypik) fehlt, die entscheidend für die pflegenden Angehörigen sind, um den „Zugang“ auf allen Ebenen zu den im Fokus stehenden Informations- und Beratungsmöglichkeiten wahr- und anzunehmen. In den definierten „Kausalmechanismen“ zeigt sich, dass die Berater*innen die Organisation der Pflege als Ausgangs- und Endpunkt einer möglichen Beratungsleistung zu assistiven Technologien sehen; deren strukturelle Rahmenbedingungen allerdings derzeit eine intensive Auseinandersetzung und Integration des Themas nur bedingt zulassen. Eine ganzheitliche Betrachtung und Einordnung findet demnach bisher kaum statt und kann zugleich als eines der Haupthindernisse einer adäquaten Integration von assistiven Technologien in die Beratung angesehen werden. Denn durch die fehlenden verbindenden Elemente im Informations- und Beratungsverständnis werden lediglich einzelne Aspekte der Technologien oder der Beratung und Informationsgestaltung losgelöst voneinander betrachtet und ihrer Reichweite und Relevanz entsprechend limitierend eingeordnet. Es ist zu vermuten, dass dadurch bestehende Akzeptanzhürden auf Seiten der pflegenden Angehörigen sowie (strukturellbedingte) Tendenzen in der Beratung zur privatwirtschaftlichen Vermittlung der Technologien verstärkt werden (Punkte 1.4; 1.5). Denn in der vorliegenden Analyse wird deutlich, dass assistive Technologien als etwas „Zusätzliches“ und häufig „Kompensatorisches“ angesehen werden und deren elementarer möglicher (und wissenschaftlich-definierter) Nutzen, z.B. zum Autonomieerhalt des zu pflegenden Angehörigen („Ageing in place“) oder zum Erhalt bzw. zur Verbesserung der Lebensqualität des pflegenden Angehörigen nur bedingte Konnotationen und Assoziationen verbunden werden (Punkte 1.3; 1.4). Im Spannungsfeld des Technikeinsatzes in der Pflege von Menschen mit Demenz (Punkt 1.5) kann auf Basis der beschriebenen Offenheit (auch in Bezug auf die eigene Fort- und Weiterbildung) gegenüber dem Einsatz von assistiven Technologien in der Pflege sowie der Zuschreibung einer zunehmend wichtigen Rolle des Themas auf Seiten der Berater*innen und der pflegenden Angehörigen die Beratungs- und Informationsgestaltung eine zentrale Rolle einnehmen, um die Hoffnungen (Punkte 1.4; 1.7), die mit dem Einsatz von assistiven Technologien in der Pflege von Menschen mit Demenz verbunden werden, in der langfristigen Gestaltung zu erfüllen. Die konzeptionell-ganzheitliche Ausrichtung zur Alltagsrealität der pflegenden Angehörigen erscheint in Hinblick der vorliegenden Analyse als Grundlage für eine transformative Gestaltung künftiger Beratungsleistungen zu assistiven Technologien. Das bedeutet, dass in Anbetracht der individuellen, heterogenen und häufig belastenden Situationen, in denen sich die pflegenden Angehörigen befinden (Punkt 1.3), assistive Technologien verstärkt als verbindende Elemente zu Lösungsansätzen in der Informations- und Beratungsgestaltung eingesetzt werden sollten – ausgehend von einem individuell-

definierten Alltag der pflegenden Angehörigen. Durch die reflexive und bewusste Gestaltungsform der Informations- und Beratungsleistung könnten die fehlenden beschriebenen Durchdringungs- und Verbindungselemente integriert werden und im Sinne einer „positiven“ Transformation wirken sowie zugleich der Tendenz einer Zuschreibung von „Fremdheit“ und „passivem Instrumentarium“ durch eine konstruktive Integration entgegenwirken (Rosa 2016, S. 407). Dazu scheint eine „unabdingbar-sensitive“ Vorgehensweise in den Vermittlungs- und Informationsstrategien nötig, die in einer „Reziprozität“ (gegenseitige Wechselbezüglichkeit) abgeleitet und beschrieben werden kann. Diese ist durch den stetigen Abgleich bzw. durch die zirkuläre Rückführung zu den individuellen Ausgangsbedingungen (Organisation der Pflege) der pflegenden Angehörigen bzw. der zu Pflegenden gekennzeichnet, in denen der Wissens- und Kompetenzbezug der fokussierten assistiven Technologie reflektiert und deren Vermittlung so gestaltet sein sollte, dass eine aktive (bestenfalls partizipative) gemeinsame Auseinandersetzung im Sinne einer Prozessgestaltung stattfinden kann.

Für die Modellierung eines transformativen Informations- und Beratungsverständnisses werden dazu die (bildungs-)theoretischen Grundlagen der „Resonanz“ (Punkt 1.7) aufgegriffen und mit den Erkenntnissen aus der Analyse angereichert. Mithilfe dieser kann das Fundament beschrieben werden, auf dem die Implementierung der „Reziprozität“ im Sinne einer konkreten Operationalisierung ermöglicht und in ihrer theoretischen Umsetzung modellhaft erörtert werden kann (Punkt 5.1.1).

5.1.1 Resonanzsensible transformative Beratungsbasis

Zur Vergegenständlichung der Basisbedingungen für die Informationsvermittlung sowie Beratung zu assistiven Technologien für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz wurde im Rahmen eines iterativen Prozesses das „resonanzsensible Basismodell“ (Translationsdreieck) entwickelt (Abbildung 3).

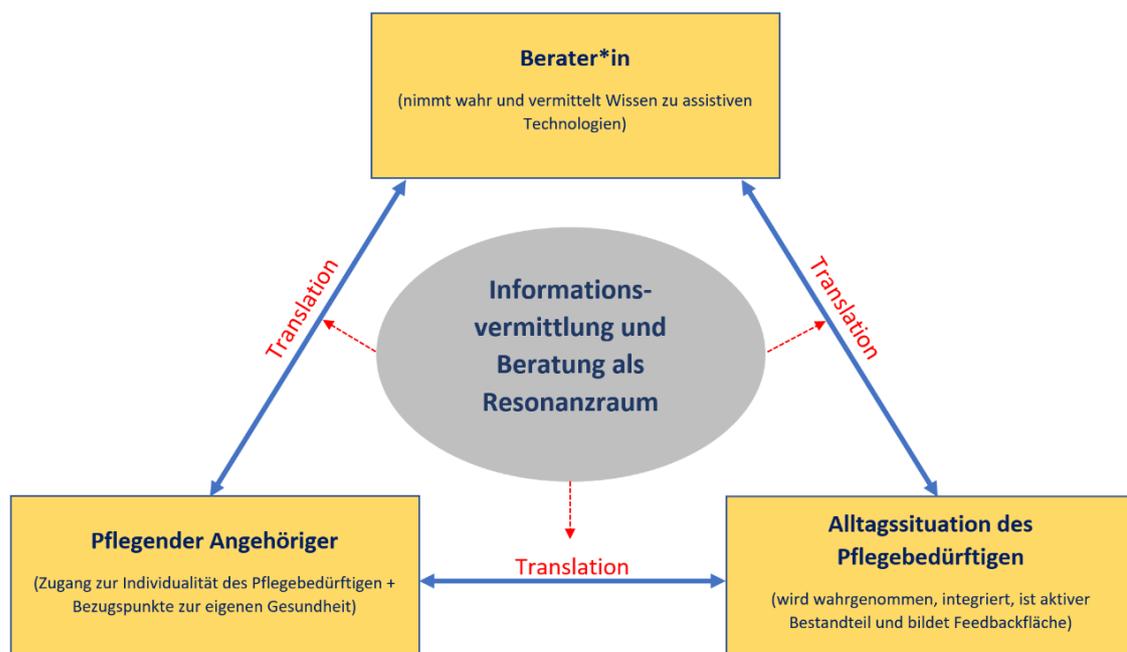


Abbildung 3: Translationsdreieck als resonanzsensible Basisbeziehung. Eigene Darstellung in Anlehnung an Rosa (2016, S. 411)

In Anlehnung an Rosa (2016) wurden dazu die Basisbeziehungen aus den Analyseergebnissen in Beziehung zueinander gesetzt. Die systematische Wahrnehmung, Berücksichtigung und Integration der individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen und deren Fokussierung zur Frage der Alltagstauglichkeit assistiver Technologie bildet dabei den Rahmen, der sich durch eine bewusste, reflexive „Übersetzung“, der Translation, definiert. Die Translation versteht sich in diesem Sinne als Element der „In-Beziehung-Setzung“ der bisher losgelöst voneinander betrachteten Aspekte in der Informationsvermittlung und Beratung. Die Berater*innen nehmen dabei die Rolle der primären Bezugsperson ein, während die pflegenden Angehörigen und deren Organisation der Pflege im Alltag den Bezugspunkt der Beratungsleistung bilden. Die Aufgabe der Berater*innen besteht somit darin, die verschiedenen Perspektiven wahrzunehmen und im Kontext der Ableitungen zu einzelnen assistiven Technologien (rückwirkend) zu vermitteln. Diese Vorgehensweise wird als „resonanzsensibel“ bezeichnet, da die sich bedingenden Wechselbeziehungen der Einflussfaktoren innerhalb der Informations- und Beratungsgestaltung sichtbar werden können und so auch für die pflegenden Angehörigen konkrete Bezüge der assistiven Technologien zu ihrer individuellen Situation zulassen (Maurer 2019). Somit wird ein „Translationsdreieck“ erkennbar, das die elementaren Aspekte der Vermittlung und Beratung zusammenführt und in einem Beziehungsgefüge die translativen Wirkmechanismen veranschaulicht (Abbildung 3). Mithilfe dieses theoretischen, integrativen Ansatzes könnte es ermöglicht werden, eine Atmosphäre der Resonanz zu erzeugen, die die gesamte Vermittlungs- und Beratungsstrategie als „Resonanzraum“ für die pflegenden Angehörigen erlebbar macht. Ausgangspunkt dazu bilden die Berater*innen, die in der Lage sind, die Situation des pflegenden Angehörigen resonanzsensibel wahrzunehmen und in die (translative) Vermittlung von Wissen zu assistiven Technologien zu integrieren. Somit kann es gelingen, „Resonanz“ nicht nur reflexiv wahr- und aufzunehmen, sondern auch auszulösen, um gemeinsam die pflegenden Angehörigen in Bezug zu assistiven Technologien in ihrer Wirkungsfähigkeit zur Autonomie- und Partizipationsgestaltung zu setzen (Bauer 2019, S. 113).

Für die Beratung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zu assistiven Technologien bedeutet das, dass ein Mehrwert für die Pflegenden sich in erster Linie nicht durch das Erlernen der Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Handhabung einzelner technischer Elemente generiert, sondern durch die wahrgenommene Resonanz zur systematischen Integration in den bestehenden Pflegealltag und deren Organisation. Die im Punkt 1.5 aufgezeigte derzeitige vorherrschende Popularität, assistive Technologien als umfassenden Lösungsweg diverser Problemlagen im Bereich Pflege von Menschen mit Demenz einzuordnen, geht mit einer „progressiven Verschiebung des Aufmerksamkeitsfokus“ der beteiligten Akteure in der Pflege einher, in der die Technologien als ein weiterer Baustein in der Entwicklung der stetig wachsenden Zahl von messbaren, dokumentierbaren und vor allem optimierbaren Parametern wahrgenommen werden (Rosa 2018, S. 93). Dies kann durch die vorliegende Analyse bestätigt werden und könnte u.a. in der beschriebenen fehlenden „Resonanz“ begründet sein (Abbildung 3). Durch die resonanzsensible Informationsvermittlung und Beratung könnte es demnach ermöglicht werden, assistive Technologien im Gefüge der Pflege-Versorgung als impliziten Bestandteil durch die pflegenden Angehörigen besser einzuordnen. Somit gelänge es, das Verständnis zu stärken, assistive Technologien als Hilfsmittel zur Erreichung partizipativer Zielsetzungen einzuordnen und so den Fokus strategischer Zielsetzungen (wie u.a. „Ageing in place“;

Punkt 1.4) auch auf der praktischen Ebene – gezielt bei den pflegenden Angehörigen – zu adressieren. Auf Basis des beschriebenen „resonanzsensiblen“ Modells wird es ermöglicht, die grundlegenden Beziehungszusammenhänge der Bedingungen für die Informationsvermittlung zu assistiven Technologien zu verstehen und einzuordnen. Gleichzeitig bildet das theoretische Verständnis das Fundament für die Prozessgestaltung des Wissens- und Kompetenzaufbaus zum Thema assistive Technologien für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz.

5.1.2 Prozessgestaltung des transformativen Wissens- und Kompetenzaufbaus

Es liegen keine Referenzmodelle zur sogenannten „Transformative Theory“ in der pflegerischen Erwachsenenbildung zur im Fokus stehenden Zielgruppe und Thematik vor (Punkt 1.7). Die Theorien des transformativen Lernens nach Mezirow und Arnold (1997) sowie Zeuner (2014) (Punkt 1.7) werden aus diesem Grund aufgegriffen und hinsichtlich der Analyse-Ergebnisse erweitert, um sich der prozesshaften Ausgestaltung eines transformativen Wissens- und Kompetenzaufbaus für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz zu assistiven Technologien anzunähern sowie die Orientierungspunkte für die Berater*innen zu liefern.

In Bezugsetzung zur im Punkt 1.6 beschriebenen, derzeitig vorherrschenden „Schwellensituation“ von Beratungen zu assistiven Technologien, die geprägt sind von zufälligen und intuitiven Vermittlungsmustern, erscheint die handlungs- und kompetenzorientierte (transformative) Gestaltung als eine Möglichkeit, den skizzierten Herausforderungen (Punkt 1) zu begegnen. Durch einen auf Selbst- und Sachreflexion gerichteten subjektiven Klärungsprozess auf Grundlage des „resonanzsensiblen“ Basismodells (Abbildung 3) wird es ermöglicht, dass bei den Lernenden (pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz) eigene, bereits verfestigte Vorannahmen (Perspektiven, Denkweisen, Denkgewohnheiten) verändert und erweitert werden. In der Abbildung 4 werden dazu mögliche Phasen zum Aufbau digitaler Kompetenzen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz definiert. Mithilfe des „transformativen Phasen-Modells“ (Abbildung 4) kann eine didaktische und methodische Annäherung bzw. Präzisierung von Beratungs- und Informationsleistungen vollzogen werden.

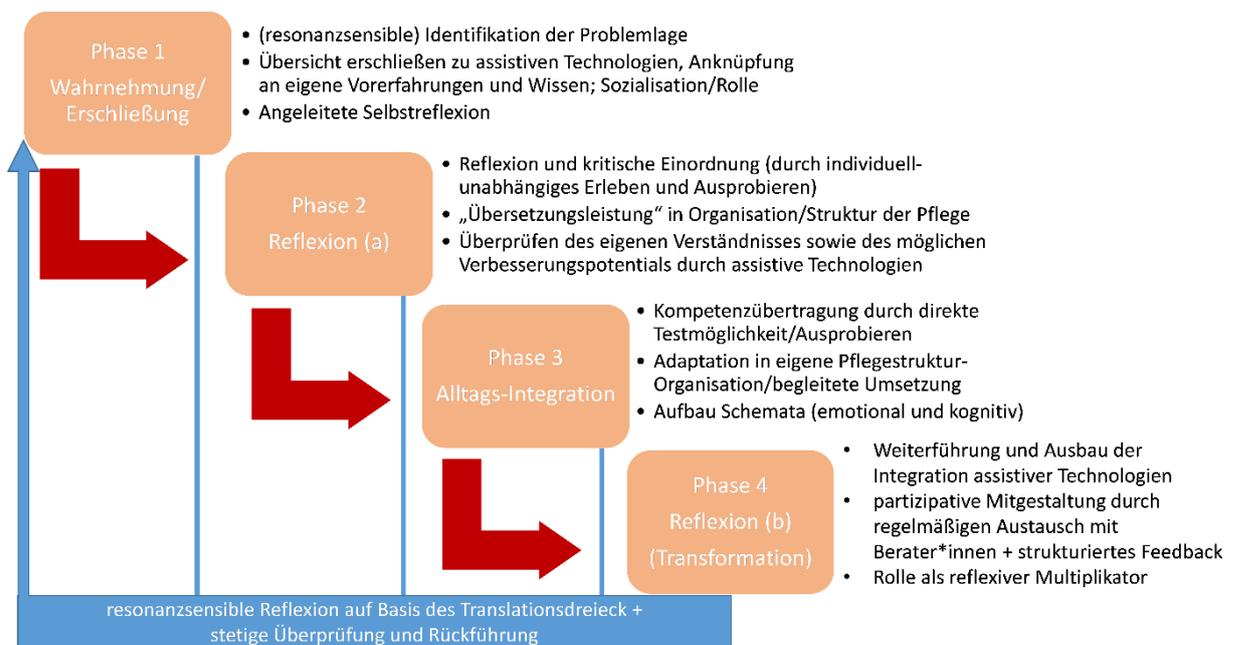


Abbildung 4: Transformations-Phasen-Modell (eigene Darstellung)

In der ersten Phase steht die Identifikation der individuellen Problemlagen der pflegenden Angehörigen bzw. der Pflegebedürftigen im Zentrum. Diese wird durch eine angeleitete Selbstreflexion der Vorerfahrungen und des Wissens der pflegenden Angehörigen erreicht. Dazu werden potenzielle assistive Technologien im Vorfeld der problemidentifizierenden Reflexion übersichtsartig erschlossen. Im Anschluss (Phase zwei) findet die Reflexion der assistiven Technologien durch die individuelle (evtl. auch kritische) Einordnung bzw. Übertragung in den Pflegealltag (sowie dessen Strukturen) durch den pflegenden Angehörigen statt. In dieser Phase, die mithilfe einer strukturierten Kommunikation durch die Berater*innen gelenkt werden kann, findet somit die (vorerst gedankliche) „Übersetzung“ gezielter assistiver Technologien in die Organisation sowie Struktur der Pflege statt. Potenzielle Hilfe- und Verbesserungsmöglichkeiten werden dem pflegenden Angehörigen bewusst und im eigenen Verständnis verankert. Dazu können didaktische Hilfsmittel, wie z.B. das Ausprobieren der verschiedenen assistiven Technologien (szenarienbasiert) im Beratungszentrum, hinzugezogen werden, um diese Phase der Reflexion zu unterstützen. In der darauf aufbauenden Phase (drei) (Abbildung 4) findet die Überführung der assistiven Technologie durch die konkrete Adaptation in die eigene Pflegestruktur und Organisation statt. Durch langfristige Test- und Ausprobiermöglichkeiten im eigenen häuslichen Umfeld könnten hierbei Kompetenzen aufgebaut und mithilfe der fortlaufenden strukturierten und begleitenden Beratung reflektiert werden. Somit werden systematisch emotionale und kognitive Schemata der Integrationsmöglichkeiten von assistiven Technologien aufgebaut, durch die ein kohärentes Kompetenzerleben sowie die habituelle Übertragung sukzessive generiert werden können (Kamis 2016). In der letzten Phase findet dann die Transformation statt. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass das eigene Interesse der pflegenden Angehörigen an der Weiterführung der Nutzung assistiver Technologien sowie deren Ausbau nun maßgeblich Bestandteil der Organisation der Pflege geworden ist. Durch diese habituelle Veränderung wird es ermöglicht, dass durch den regelmäßigen Austausch auch eine partizipative Mitgestaltung der assistiven Technologien angestoßen werden kann und die pflegenden Angehörigen eine weiterführende aktive Rolle einnehmen. In diesem Sinn könnten sie sich

als reflexive Multiplikatoren verstehen, die Informationen zum Thema assistive Technologien über Freunde, Bekannte etc. weiterleiten. Die Berater*innen nehmen hierbei eine zentrale Rolle ein und könnten, z.B. durch die Einbindung bereits etablierter Formen und Strukturen des Austausches von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz (Selbsthilfegruppen, Seniorentreffen etc.), in dieser Phase weitere Personengruppen mit Problemlagen erreichen. Die resonanzsensible Reflexion auf Basis des „Translationsdreiecks“ (Abbildung 3), also die stetige Überprüfung der einzelnen Schritte sowie des Gesamtprozesses in Bezug einer gelingenden Resonanz, stellt das Bindeglied zwischen dem Ausgangs- und Endpunkt des transformativen Lernens dar. Durch die stetige Vergewisserung der Berater*in (Reflexion des „Translationsdreiecks“ zur Handlungsorientierung in der praktischen Bewältigung) kann das Ineinandergreifen der einzelnen Phasen gelingen (Abbildung 3; Punkt 5.1.1). Kritisch muss in den theoretischen und modellhaften Ausführungen angemerkt werden, dass diese verschiedene Lücken aufweisen, die zwar durch die individuelle und offene Prozessgestaltung der Phasen integraler Bestandteil sein könnten, jedoch keine explizite Erwähnung finden: Vertiefungen, z.B. im Bereich ethischer Reflexion oder Datenschutz des Technikeinsatzes, finden keine direkte Vergegenständlichung. Im kontextuellen Vergleich zu weiteren Theorien und Konzepten der Erwachsenenbildung (u.a. „Pluralisierung des Wissens“, „Selbstbestimmtes Lernen“ etc.) ist zu erkennen, dass im transformativen Ansatz Aspekte gesellschaftlicher sowie konstruktivistischer Bedingungen von Lernen im Erwachsenenalter nur tangierend betrachtet werden, was hinsichtlich Vulnerabilität der im Fokus stehenden Zielgruppe kritisch eingeordnet werden muss (Dörner et al. 2020; Greb und Schüßler 2007). Auch im Bezug zum Krankheitsbild (Punkt 1.2) kann angemerkt werden, dass die Erörterungen nur bedingt Vertiefungen zulassen, wenn bspw. durch Einsatz von assistiven Technologien Erschütterungen oder Angstzustände auftreten, die möglicherweise die Entwicklung der Demenz begünstigen (Becker et al. 2018). Die Integration funktioneller Bezugsrahmen der assistiven Technologien, z.B. zur ICF, wie im Punkt 1.4 beschrieben (Abbildung 1), sowie deren Kontextualisierung zur technischen Unterstützung von pflegenden Angehörigen kann im Rahmen der vorliegenden theoretischen Erörterung nicht geleistet werden, bietet jedoch gute Anknüpfungsmöglichkeiten – vor allem für die Forschung (Punkt 5.3). Auch in der Ausrichtung zur Prävention und Gesundheitsförderung der pflegenden Angehörigen können die theoretischen Ansätze und Modelle nur minimale Bezüge herstellen, bieten jedoch durch die theoretischen „Resonanz“-Grundlagen weitere Anknüpfungs- und Überführungsmöglichkeiten (Punkte 5.1; 5.2).

5.2 Implikationen für die Informations- und Beratungsgestaltung

Die vorliegende Analyse fundiert die Annahme, dass sich die Integration assistiver Technologien zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz in einer Schwellensituation befindet (Punkt 1.6) (Kramer 2016). Beratungsleistungen und Informationsvermittlungen zum Themenfeld scheinen in diesem Zusammenhang in der derzeitig vorherrschenden Form entwicklungs- und verbesserungswürdig. Zur Annäherung bzw. Orientierung einer möglichen Umsetzung sowie Anwendung der theoretischen Ausführungen (Punkt 5.1) werden Aspekte der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen (Struktur-, Prozess- und Ergebnis- bzw. Zielebene) vor dem Hintergrund der Analyse-Ergebnisse systematisierend zusammengefasst (Badura und Siegrist 2002; Donabedian 1980).

Strukturelle Implikationen

Die Beratungsmöglichkeiten sollten vor dem Hintergrund der zum Teil unzureichenden Wahrnehmung durch die pflegenden Angehörigen (Punkt 1.6) zielgerichteter ausgebaut werden (ZQP 2016). Durch passfähigere Rahmenbedingungen sowie der Einbettung bzw. Anknüpfung der Beratung an vorhandene Strukturen (Selbsthilfegruppen, Seniorengruppen etc.) könnten die Bedarfe und Bedürfnisse auch der pflegenden Angehörigen stärker integriert werden (Kramer 2016). Dazu könnten auch neue digitale Formate, wie video- oder chat-basierte Beratungsleistungen speziell für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz angeboten werden, die auch eine vor Ort- Informationsvermittlung und -Beratung zulassen würden. Assistive Technologien sollten hierbei – nach gründlicher, resonanzsensibler Problemidentifikation sowie Abwägung der individuellen Passfähigkeit – integraler Bestandteil der Lösungsfindung sein. Die gesetzliche Einbettung des Themenfelds der assistiven Technologien in den Beratungskontext, u.a. § 7c, SGB XI (Punkt 1.6), sollte hierzu angestrebt werden. Entscheidend dabei sind kohärente Handlungsrahmen (Resonanzbezüge) die neben der Alltagstauglichkeit und -funktionalität auch die Finanzierungsmöglichkeiten der assistiven Technologien adressieren. Ein wichtiger Schritt dazu kann das im Dezember 2019 in Kraft getretene Digitale-Versorgungs-Gesetz (DGV) sein (BMG 2019). Dies sieht u.a. im § 20k SGB IV die „Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz“ vor, in dem Leistungen der Krankenkasse zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendung und Verfahren angeboten werden sollen. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln (BMG 2019). Der GKV soll dazu federführend unter Einbeziehung einschlägiger Expertisen bedarfsgerechte Zielstellungen, Zielgruppen sowie Inhalt, Methodik und Qualität dieser Leistungen definieren. Die Berücksichtigung der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz sowie die Integration der vorliegenden Analyse-Ergebnisse sowie theoretischen Aspekte sind hierbei einzufordern. Außerdem wurden im DGV die Erstellung von Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI + GKV beschlossen. Dabei sollen Regelungen einer einheitlichen Struktur eines elektronischen Versorgungsplans erarbeitet werden. Ziel ist dabei, den elektronischen Austausch sowohl mit der Pflegekasse als auch mit den beteiligten Mediziner*innen und Pflegeeinrichtungen sowie mit den Beratungsstellen und Kommunen auszubauen (BMG 2019). Das Themenfeld der assistiven Technologien sollte hierbei einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Verbindende Elemente zur Ausgestaltung der Wissens- und Kompetenzvermittlung sollten in der Erarbeitung der Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung, unter Berücksichtigung zielgruppenspezifischer und resonanzsensibler Vorgehensweisen, integriert werden. Hierbei sollten Fort- und Weiterbildungen zu assistiven Technologien für Berater*innen mitgedacht und strukturell verankert sowie ausgebaut werden. Zudem sollte die übersichtsartige Erschließung in Anlehnung an die im Punkt 5.1.2 beschriebenen Phasen der transformativen Vermittlung fokussiert und im Sinne von „Train the Trainer“-Workshops aufbereitet sein. Somit wären eine Erweiterung des Themenspektrums und eine qualitative Stärkung der personellen Ressourcen in den Beratungsleistungen zu erreichen. Hierbei könnten Netzwerke zu weiteren Ansprechpartner*innen (u.a. aus Krankenkasse oder Hochschulbereich) integriert werden, um Zugänge z.B. zu „Future Care Labs“, Labor- und Experimentierräumen etc. strukturell zu verankern,

sodass diese auch für die Beratungsleistung im Sinne des skizzierten „Resonanzraumes“ (Punkt 5.1.1) nutzbar gemacht werden können. Auch der Ausbau von Beratungszentren, in denen assistive Technologien als Testversionen zur Verfügung stünden, wären in diesem Zusammenhang denkbar. Berater*innen hätten so die Möglichkeit, auf die expliziten Wünsche der pflegenden Angehörigen (Punkte 4.1; 4.4) gezielter einzugehen. Somit könnten didaktische Ansätze (begleitende Testmöglichkeiten, Feedbacksysteme etc.) erweitert und strukturell in die Beratungsleistung überführt werden.

Prozessurale Implikationen

Für die Durchführung von Beratungsleistungen zu assistiven Technologien für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz können die entwickelten Modelle eine theoretische Grundlage bilden, in der vor allem die systemische Reflexion (Einbindung von „Resonanz“ sowie des „Translationsdreiecks“) als Entscheidungshilfe dienen kann. Dazu könnten aufbauend auf der resonanzsensiblen transformativen Beratungsbasis (Punkt 5.1.1) Module zur Wissens- und Kompetenzvermittlung entwickelt werden. Durch eine enge Verzahnung von Modulen, in denen assistive Technologien impliziter Bestandteil sind, könnte so ein personenzentrierter Ansatz angestrebt werden. Die Einbindung von Prinzipien des lebenslangen Lernens (Punkt 1.7) sowie Grundlagen der Erwachsenenbildung sollten hierbei maßgebend sein und im Allgemeinen verstärkt Einzug in die Berater*innenausbildung halten (Dörner et al. 2020). Diese Aspekte sollten auch in der Erarbeitung der Richtlinien zur Pflegeberatung im Rahmen des digitalen Versorgungsgesetzes einen hohen Stellenwert einnehmen. Die Zielsetzung des Wissens- und Kompetenzaufbaus der pflegenden Angehörigen sollte stets im Einklang mit kritischer Reflexion der assistiven Technologien zum Pflegekontext sowie der sich daraus ergebenden Potenziale für die individuelle Anwendung stehen. Bezogen auf den Erwerb von „digitalen Kompetenzen“ pflegender Angehöriger bedeutet dies, dass einerseits die Handhabung einzelner technischer Elemente an sich relevant ist, aber auch die Bewusstwerdung darüber, assistive Technologien konkret in pflegerischen Szenarien kontextualisieren zu können. Wenn dies gelänge, könnten die Berater*innen zusammen mit den pflegenden Angehörigen anhand konkreter Problemlagen assistive Technologien in die Pflegeprozessplanung auch langfristig integrieren und etablieren / implementieren. Im nächsten Schritt könnten die pflegenden Angehörigen auch dafür gewonnen werden, in co-kreative Prozesse mit eingebunden zu werden, in denen die Weiterentwicklung und Verbesserung der assistiven Technologien im Fokus steht. Hierbei würde es letztendlich darum gehen, dass auch pflegende Angehörige ihre eigene Fachexpertise aktiv und partizipativ in die Weiterentwicklung sinnvoller digitaler und technischer Lösungsansätze im Versorgungssystem einbringen, um diese bedarfsgerecht und für die Pflege nutzbringend zu entwickeln. Dies bedeutet nicht, dass jede/r pflegende Angehörige co-kreativ wirken soll bzw. kann, jedoch unter Berücksichtigung individueller Interessen die Möglichkeit haben könnte, sich durch Anbindung in der (Beratungs-)Gemeinschaft, deren multiprofessioneller Rahmen von den Berater*innen initiiert und organisiert wird, Bedarfe und Sichtweisen zu einzelnen assistiven Technologien kommunizieren zu können. Denn die co-kreative Entwicklung wird hierbei als „Resonanz-Instrument“ verstanden, durch die es ermöglicht wird, technische Lösungsansätze zu konkreten Problemlagen bzw. Bedarfen der pflegenden Angehörigen, wie der fehlenden Unterstützung oder des (oftmals vernachlässigten) Umgangs mit der eigenen

Gesundheit, zu reflektieren und die Erkenntnisse aktiv in die Weiterentwicklung und Verbesserung umzuwandeln (Tatzer et al. 2020). In diesem Sinn könnten didaktische Elemente, wie z.B. Lerntagebücher, die die Angehörigen während der Testbegleitung anfertigen, die Beratungsleistung fundieren und eine engere Beziehungsgestaltung ermöglichen. Auch die didaktische Einbindung der Beratungszentren als Orte der Begegnung, Lernorte und Erfahrungsräume, in denen Testmöglichkeiten von assistiven Technologien integraler Bestandteil der Lösungssuche sind, könnte stärker im Sinne eines co-kreativen und interaktiven „Maker-Space“ ausgerichtet werden. Der dabei zugrundeliegende transformative Lernprozess (Phasen-Modell, Punkt 5.1.2) könnte sich an konkreten (Simulations-)Szenarien, die das gesamte Komplexitätsspektrum sowie Realitätsnähe der assistiven Technologien in Bezug zur Demenz abbilden, orientieren (Seropian et al. 2004). Ausgehend von den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz (Kitwood 2019) könnten die daran anknüpfenden und weiterführenden Bedarfe der pflegenden Angehörigen (Tatzer et al. 2020) verstärkt für die potenzielle Integration von assistiven Technologien reflektiert werden (Sugihara et al. 2015). Durch die gezielte didaktische Anleitung, z.B. durch die „Placemat-Methode“ (ein kooperatives Lernarrangement, das methodisch das Phasenmodell abbilden kann und schrittweise die Reflexion anleitet) könnten Schnittmengen dieser Bedarfe für die Integration assistiver Technologien identifiziert und in der Planung der Pflegeprozesse und deren Organisation systematisch verankert werden (Arnold et al. 2011, S. 111f). Auch neue didaktische Formate der Beratung, wie die online-basierte Wissensvermittlung, z.B. durch Lernvideos, oder der telepräsente Austausch mit den pflegenden Angehörigen wären in diesem Zusammenhang mögliche Optionen. Für Fort- und Weiterbildungen für die Berater*innen bedeutet dies, dass vor allem Szenarien zur Förderung der Fachkompetenz, Technikkompetenz sowie der hermeneutischen Kompetenz, die sich in der Beratungsumsetzung an den transformativen Modellen (Punkt 5.1) orientieren, im Fokus stehen. Die zentrale hermeneutische Kompetenz kann in diesem Sinn als übergeordnete, verbindende Kompetenz verstanden werden, durch die es gelingen kann, resonanzfähige Beziehungsgefüge zwischen den assistiven Technologien, dem pflegerischen Alltag und den individuellen Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen bzw. der zu Pflegenden herzustellen. Dazu wären u.a. simulationsbezogene Wahrnehmungstrainings, die durch geschultes Weiterbildungspersonal, z.B. in „Future Care Labs“, durchgeführt werden, anzustreben. Die professionellen Anleiter*innen könnten hierbei aus dem Bereich der akademisierten Pflegekräfte stammen, bei denen entsprechende reflexive Kompetenzen angebahnt sind. Dazu müsste die Auseinandersetzung zu den Themen bereits während der Ausbildung bzw. während des Studiums im Pflegebereich adressiert werden (Buhtz et al. 2020). Im Sinne der Professionalisierung der Pflegeberufe würde damit eine weitere Facette erschlossen werden, die neben der Implementierung einer fundierten Vorgehensweise zum Themenspektrum auch Aspekte zur Attraktivitätssteigerung des Berufsfeldes mit sich bringen könnte (Paulicke et al. 2019a). Die engere Verzahnung von Wissenschaftsbasierung und -verständnis sowie Professionalisierungsbestrebungen könnten mit der Erweiterung des Verantwortungsbereiches der Berater*innen einhergehen, in dem diese verstärkt im Sinne eines Prozessmanagers agieren. Die Rolle der Berater*innen erweitert sich in diesem Verständnis im Zuge der Implementierung von assistiven Technologien als potenzielles Hilfs- und Unterstützungsmedium und könnte durch die Erweiterung des Verantwortungsbereiches auch ergebnisorientierte Anreize verstärken.

Outcomeorientierte Implikationen

Die bisherigen diskutierten Zielsetzungen, die mit dem Einsatz assistiver Technologien in der Pflege von Menschen mit Demenz und der Beratung von pflegenden Angehörigen verbunden sind (Punkte 1.4; 1.5), können vor dem Hintergrund der Analyse-Ergebnisse erweitert werden. Mit diesen Ergebnissen kann ein Paradigmenwechsel angestrebt werden, bei dem nicht die assistive Technologie losgelöst betrachtet, sondern als Element im Kanon der Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeit für pflegende Angehörige verstanden wird und somit einen impliziten Bestandteil der Beratung darstellen sollte. Durch die Analyse wird deutlich, dass pflegende Angehörige Interaktionsprozesse (sowohl mit ihren pflegebedürftigen Angehörigen als auch mit den Berater*innen) als elementar in der Organisation der Pflege ansehen. Die bisherige Schwerpunktsetzung in der Betrachtung des Einsatzes von assistiven Technologien, diese Interaktionsprozesse ergebnisbezogen konstitutiv zu steuern und zu optimieren, scheinen dabei nur bedingte Resonanz bei den Zielgruppen ausgelöst zu haben, sondern eher eine passive Kenntnisnahme, die für die adäquate Anwendung von assistiven Technologien als primäre Akzeptanzhürde angesehen werden kann (Maurer 2019). Die angestrebten Optimierungsprozesse verstehen sich nicht als Schemata-Übertragungen von mathematischen Prinzipien, die dem Motto folgen, vermeintlich ‚stupide‘ und körperlich belastende Arbeiten an automatische Assistenzsysteme abzugeben, um dadurch mehr Freiräume für menschliche Zuwendung zu schaffen (ZQP 2019, S. 11). Sie sollten eher als Instrument bzw. Medium für die Herstellung einer Verbesserung der Pflegeversorgung (outcome) des zu Pflegenden angesehen werden. Die „Resonanz“ wird dabei durch Ansprache (Interaktion) und Einbettung in Prozesse erzeugt, die durch das zielgerichtete Wirken der Berater*innen begleitet und ausgebaut werden kann. Zielsetzung erscheint dabei stets eine individuelle Entfaltung, durch die konkrete Nutzung dieses Instruments, welches sich in den assistiven Technologien widerspiegeln muss. Die skizzierte Translation (Punkt 5.1) kann dazu die Umsetzungsmodalität zur Erreichung einer resonanzfähigen Technikanwendung und zur Integration in Pflegeprozesse bilden. Die erhofften Zielsetzungen (Punkte 1.4-1.7; Autonomieerhalt, „Ageing in place“ etc.) werden demnach nicht genuin durch Einsatz von assistiven Technologien erreicht, sondern sollten als Teil einer Empowerment-Strategie sowohl der pflegenden Angehörigen als auch der betroffenen Menschen mit Demenz verstanden werden. Jene Perspektive bzw. Neuausrichtung kann zum Auf- und Ausbau digitaler Souveränität führen, die durch partizipative Ziele fundiert ist (Stubbe et al. 2019). Langfristig bedeutet dies, dass die Stärkung des „Person-Seins“ der letztendlich im Fokus stehenden Person mit Demenz durch die Entwicklung und die Anwendung von assistiven Technologien die Zielstellung vorgibt und dieser Prozess einer stetigen Evaluation bedarf. Dabei werden zunehmend auch Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige im Kontext der Hinzunahme von assistiven Technologien eine Rolle spielen. Die edukative Unterstützung durch die Beratungsleistung der pflegenden Angehörigen dient hierbei als ein möglicher Rahmen einer professionalisierten Umsetzung, in der die digitale Transformation (Punkt 1.7) als Element der Weiterentwicklung und Verbesserung der Pflegeversorgung gestaltet werden kann.

5.3 Implikationen für die weitere Forschung

Aus den vorliegenden theoretischen Ausführungen und Modellen ergeben sich mehrere Ansatzpunkte für weitere Forschung: So könnten diese die theoretische Basis der anwendungsbezogenen Entwicklung und Evaluation von Beratungskonzepten für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz zu assistiven Technologien bilden. Im Zentrum dieser Erforschung könnten komplexe edukative Interventionen stehen, die mithilfe des MRC-Frameworks hinsichtlich ihrer Effekte überprüft werden könnten (Craig et al. 2008). Die verstärkte Integration methodisch-didaktischer Konzepte und deren zugrundeliegenden Bildungstheorien scheint hinsichtlich der Umsetzung von Beratungsleistungen zu assistiven Technologien bei vulnerablen Gruppen elementar, um komplexe Einflussfaktoren, die eine digitale Souveränität bedingen, einbeziehen zu können. In diesem Zusammenhang sollten vor dem Hintergrund kaum gesicherter Aussagen zu Wissen und Kompetenzen von pflegenden Angehörigen zum Themenfeld der assistiven Technologien verstärkte Forschungsbemühungen vor allem im Bereich der Wirksamkeitserforschung erfolgen (Krick et al. 2020). Hierzu sind randomisierte Studien mit ausreichender Fallzahl notwendig (Behrens und Langer 2016, S. 166). Auch weiterführende qualitative Forschungsansätze könnten in diesem Zusammenhang helfen, zu verstehen, worauf die mögliche Wirksamkeit einer Intervention zurückzuführen ist (Flick et al. 2015). Ausgehend von der zunehmenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung zum Themenfeld, könnten aktuelle Übersichtsarbeiten zu assistiven Technologien im Bezug auf Menschen mit Demenz (Ienca et al. 2018; Kottorp und Nygård 2012; van den Heuvel et al. 2012) sowie zu pflegenden Angehörigen (Hirt et al. 2019) die Basis dazu bilden. Die Erforschung einzelner assistiver Technologien sollte nicht losgelöst von Pflegeprozessen betrachtet werden. Der Ausbau partizipativer Möglichkeiten, die z.B. durch co-kreative Gestaltungsmöglichkeiten sowie der Implementierung von ELSI-Aspekten, sollten hierbei verstärkt berücksichtigt werden und im Sinne integrierter Forschungsansätze eine zunehmende Rolle spielen (Gransche und Manzeschke 2020). In diesem Zusammenhang wären auch langfristige Prozess-Evaluationen von komplexen Interventionen, die sich auf mehreren Ebenen der Pflegeversorgung erstrecken, möglich (Moore et al. 2015). Ein weiterer Forschungsansatz könnte in der wissenschaftlichen Entwicklung und Begleitung von Bildungsmöglichkeiten (edukative Interventionen) für pflegende Angehörige liegen, denn gesicherte Aussagen zu Schulungsprogrammen liegen bisher nicht vor (Punkt 1.6). Auch zu „Train the Trainer“-Programmen für die Berater*innen zum Themenfeld liegen bisher keine Erkenntnisse vor. Hierbei könnten u.a. Lehr-, Lern- und Experimentierräume, wie sie zum Teil an Hochschulen bereits etabliert sind, zunehmend auch als Feldlabore angesehen werden, in denen neue Zielgruppen, wie Berater*innen oder die pflegenden Angehörigen, Bildungsinterventionen durchlaufen. Somit wäre es möglich, mithilfe gesicherter Aussagen, Anleitungen zur Durchführung der Beratungen zu assistiven Technologien, z.B. in Form von Handbüchern, treffen zu können. Daran anknüpfend stellt die Aufbereitung der Informationen im Sinne evidenzbasierter Gesundheitsinformationen zu assistiven Technologien und deren Integration in Pflegeprozesse einen weiteren wichtigen und bisher kaum beachteten Forschungsgegenstand dar (Mühlhauser et al. 2015). Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse werden im Projekt FORMAT CONTINUUM integriert und fundieren die theoretische Konzeption von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Des Weiteren bilden sie den Rahmen eines Forschungsprojekts („Beratung zu assistiven

Technologien“ (BeaT)), in dem die Evaluation eines Schulungsprozesses zu assistiven Technologien im Fokus steht. Die vorliegenden Erkenntnisse lassen des Weiteren den Schluss zu, dass gängige Nutzungsbewertungsmodelle von assistiven Technologien in der Pflege, wie der NASS-Framework (Abimbola et al. 2019), das NAAM-Modell (Lutze et al. 2019) oder das NICE-Technology-Assessment (Claxton et al. 2012), kritisch eingeordnet werden müssen und weitere Forschung bzw. Ergänzungen notwendig sind. Denn die Modelle weisen selten Verweise zu spezifischen Zielgruppen, wie den pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, auf. Auch die Explikation des Bildungsbereiches findet kaum statt. In den aktuell verfügbaren und genannten Frameworks werden Kompetenzanforderungen ausschließlich im Kontext von „Usability-Verständnissen“ erfasst und Schulungsbedarfe abgeleitet – dies scheint vor dem Hintergrund der vorliegenden Analyse nicht ausreichend, da dabei eine weitgehende „Technikzentrierung“ vorherrschend ist (Kunze 2020). Besonders für die weitere Forschung im anwendungsorientierten Bereich der assistiven Technologien scheint die stärkere Kontextualisierung zum Bildungswesen jedoch elementar, um der Komplexität, die eine Implementierung von assistiven Technologien im Pflegeprozess bedingt, gerecht zu werden. In der Erforschung des Themenfelds sollte ein stärkerer Differenzierungsgrad von assistiven Technologien und deren Integration in Pflegeprozesse angestrebt werden, bei dem die Bedürfnisse der spezifischen Zielgruppen zentral sind und auf das jeweilige technische Element abgestimmt sind (Moyle et al. 2017). In diesem Zusammenhang stehen auch Szenarien zur Förderung der Technikkompetenz, die auf Basis der Ausdifferenzierung nach den unterschiedlichen Graden und Einstufungen der Demenz besser auf die Technologien abgestimmt sein könnten (Kitwood 2019). In diesem Zusammenhang steht auch die notwendige wissenschaftliche Auseinandersetzung zu assistiver Technologie als Elemente der Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen, die häufig zentrale Argumente und Legitimationsgründe darstellen (Punkt 1.5) – hierzu liegen derzeit jedoch keine gesicherten Erkenntnisse vor (Krick et al. 2020). Die Forschung zum Themenfeld sollte aufgrund der skizzierten Komplexität verstärkt sozialwissenschaftliche bzw. praxeologische Bezüge als integrale und zugleich leitgebende Bestandteile ansehen, um die Bedarfe und Bedürfnisse für pflegende Angehörige besser zu erfassen und zu verstehen und davon ausgehend auch gesamtgesellschaftliche Tendenzen und Bilder zu erhalten (Bohnsack 2017). Die damit scheinbar eng verwobene Forschungsdebatte sollte demnach nicht in erster Linie im Kontext der Optimierung des vorherrschenden Mangels an Fachkräften vor dem Hintergrund des demografischen Wandels im Bewusstsein auftauchen. Der bisherige etablierte Forschungspfad von „Leuchtturm“- oder Modellprojekten (Punkt 1.4) sollte demnach integrierten Forschungsansätzen weichen, in denen assistive Technologien Bestandteil der Weiterentwicklung (z.B. zur Verbesserung der Situation von pflegenden Angehörigen) sowie der Professionalisierung (z.B. durch wissenschaftliche Weiterbildungen im Bereich assistiver Technologien für Berater*innen und Pflegefachkräfte) sind. Die Integration von transformativen Ansätzen in Forschungsprozessen zum skizzierten Themenspektrum birgt die Chance, individuelle Erfahrungen gezielter zu berücksichtigen und somit einen Demokratisierungsanspruch zu verstärken (Mezirow und Arnold 1997, S.177). Mediale und gesellschaftliche Bilder von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, die häufig negative Konnotationen aufweisen (Punkte 1.4; 1.7), könnten durch die verstärkte Aufklärung im Rahmen transformativer Forschungsansätze die Potenziale, die im Besonderen durch den Einsatz von

assistiven Technologien ermöglicht werden (könnten), aufgreifen und so neben der politisch-medialen Aufmerksamkeit auch den forschungs- sowie gesamtgesellschaftlichen Kontext fokussieren (Tatzer et al. 2020).

5.4 Stärken und Schwächen der Methoden

Die gewählte Mixed Methods-Vorgehensweise mit der Schwerpunktsetzung der qualitativen, sequenziell-explorativen Erschließung des Themenfeldes erwies sich vor dem Hintergrund des bisher kaum beachteten Forschungsfelds sowie hinsichtlich der Fragestellungen (Punkt 1.8) als zielführend. Das grundlegende Forschungsdesign wurde mithilfe des GRAMMS kritisch reflektiert und in eine Übersicht überführt (O'Cathain et al. 2008). Zur Einordnung und Reflexion der Gütekriterien des qualitativen Schwerpunkts wurde des Weiteren eine Übersicht nach Lincoln und Guba (1985) und Lamnek (2010) erstellt. Die Erörterung der Qualitätskriterien des quantitativen Erhebungsteils (Fragebogenerhebung), der im Rahmen des vorliegenden Forschungsdesigns eine fundierende bzw. begleitende Rolle einnimmt, wurde mithilfe des MMAT zur kritischen Bewertung für deskriptive Studien durchgeführt (Hong et al. 2018).

Der Fokus der Überprüfung der Gegenstandsangemessenheit des Forschungsprozesses lag auf der Auswahl der Forschungsmethoden, die sowohl einen (rekonstruier- und verstehbaren) Einblick in bisherige und zukünftige Auseinandersetzungen von pflegenden Angehörigen zu assistiven Technologien in der Versorgung von Menschen mit Demenz zulassen als auch deren Bedarfe und Bedürfnisse hinsichtlich Informiertheit und Beratung zu ergründen und zu erfassen. Im Rahmen der Vorerfahrungen des Autors sowie dessen Reflexion und Diskussion mit Dritten (peer group) erwies sich die Kernerhebung mithilfe von Fokusgruppen in einem ersten Schritt als deckungsscharf (Punkt 3.2). Die verfolgte Offenheit der Mixed Methods-Ansetzung erwies sich vor dem Hintergrund der Komplexität sowie des bisher kaum ergründeten Themenspektrums als zielführend, da flexibel auf Probleme in der Sampling-Strategie sowie in der Ausgestaltung der empirischen Vorgehensweise reagiert werden konnte (Punkt 3.1). Nach der Kernerhebung war es demnach möglich, auf Basis der Erkenntnis, dass die Berater*innen eine erhebliche Rolle im Themenfeld einnehmen, weitere Erhebungen vor dem Hintergrund der bestmöglichen Deckungsschärfe zur Frage- und Zielstellung zu planen. Von der ursprünglich angedachten Erhebungsform der Beobachtungsanalyse, die im häuslichen Umfeld der Menschen mit Demenz stattfinden sollte, wurde aus diesem Grund abgerückt. Diese Form erwies sich in der prospektiven Reflexion als nicht geeignet, ethisch nicht vertretbar bzw. durchführbar. Die Zugangsstrategie bzw. Sample-Strategie zu den Berater*innen im Land Sachsen-Anhalt erwies sich als unkompliziert und gut durchführbar, jedoch konnte die ursprünglich geplante Online-Erhebung aufgrund diverser Hindernisse nicht durchgeführt werden (Punkt 3.4). Insgesamt unterstreichen die beschriebenen Herausforderungen der gesamten Datenerhebung (Punkt 3) das sensible Vorgehen in der Forschung von vulnerablen Gruppen im Kontext „neuer“ und möglicherweise befremdlicher Themenspektren. Deutlich wird dabei auch, dass sich anschließende bzw. weiterführende Integrationsmöglichkeiten der beteiligten Personen wichtig sind, um eine höhere Akzeptanz bzw. Bereitschaft für Forschung und Entwicklung zu ermöglichen.

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses ist durch die transparente Offenlegung der einzelnen Erhebungsschritte und des methodischen Vorgehens sowie der stetigen Ausführung der Vorerfahrungen und Vorannahmen des Autors gewährleistet. Dazu wurden in jeder

Phase des Forschungsprozesses zwei unabhängig voneinander agierende peer groups, bestehend aus Forscher*innen und Expert*innen der qualitativen Sozialforschung sowie der Altersforschung, das Vorgehen sowie die Ergebnisse zur Diskussion gestellt und kritisch reflektiert. Außerdem erfolgte die Reflexion der Haupterhebung (Fokusgruppen) zusätzlich im Rahmen eines mehrtägigen Forschungskolloquiums zur Dokumentarischen Methode mit weiteren Wissenschaftler*innen.

Die entwickelten theoretischen Modelle und Ausführungen (Punkt 5.1) sind in ihrer Generalisierbarkeit durch die skizzierten forschungsmethodischen Aspekte grundlegend begrenzt. Ihre Gültigkeit ist zunächst einmal für den untersuchten Kontext der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz sowie der Berater*innen im Land Sachsen-Anhalt anzunehmen. Die Ergebnisse aus den Fokusgruppendifkussionen sowie der Expert*inneninterviews sind abhängig von der Zusammensetzung der Gruppe, der Expertise und Erfahrungen der Teilnehmenden und deren gruppensdynamischen Prozesse, sodass die Reproduzierbarkeit und Generalisierbarkeit der Erkenntnisse nur eingeschränkt zu betrachten ist (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 42). Der Einfluss personenbezogener Merkmale und Eigenschaften des Autors wurde in dieser Arbeit nicht konsequent als intervenierende Bedingung in der Datenerhebung ausgearbeitet, kann jedoch vor dem Hintergrund der steten Reflexion (Punkt 3) als gering angesehen werden. Auch in Bezug auf die Datenauswertung wurden die beschriebenen qualitativen Absicherungen durch Dritte stets gewährleistet, sodass mithilfe mehrfacher peer group-Iterationsschleifen eine gewisse „theoretische Sättigung“ bei der Materialerhebung und -auswertung festgestellt werden konnte (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 182). Die Begrenzung auf die Bundesländer Sachsen-Anhalt und Sachsen schränkt die Übertragbarkeit ein. Die regionale Eingrenzung ist durch die spezifische demografische Entwicklung in diesen Bundesländern begründet (Kreuter und Klingholz 2012). Das Sample der Fokusgruppen entspricht im Hinblick auf die Altersverteilung sowie die geschlechtliche Verteilung den typischen Vergleichszahlen (Klie 2017) (Punkt 3.2). Auch das Sample der Berater*innen weist eine nachvollziehbare und plausible Annäherung einer Abbildung der in Sachsen-Anhalt tätigen Berater*innen auf (Punkt 3.3). Vor dem Hintergrund des qualitativen Fokus kann die geringe Anzahl der Befragten (Fokusgruppen n=46; Expert*inneninterviews n=5) jedoch als nicht repräsentativ eingeordnet werden. Alle Teilnehmenden der Erhebungen wiesen eine grundlegende Offenheit zum Themenspektrum auf. Das Risiko einer „Positiv-Auswahl“ wird jedoch nicht gesehen, da das Themenfeld für viele Angehörige und Berater*innen zumeist unbekannt gewesen ist. Damit waren die Perspektiven der Angehörigen, die konsequent technische Systeme im Kontext der Pflege ablehnen ebenso wenig vertreten wie jene, die aus anderen Gründen auf eine Beteiligung an der Fokusgruppe verzichteten. Gründe dafür könnten unter anderem in einer allgemeinen ablehnenden Einstellung zu zusätzlichen Aufwänden, aufgrund zeitlicher Ressourcen, starker Belastung oder anderer thematischer Prioritäten liegen. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse und interpretativen Ableitungen des vorliegenden Forschungsprojekts unter bestimmten Voraussetzungen auch auf weitere Teile Deutschlands sowie auf weitere Bereiche, in denen die Beratung von Angehörigen von Menschen mit Beeinträchtigungen im Fokus stehen (z.B. nach Schlaganfällen etc.), Gültigkeit haben könnten.

Die Bedeutsamkeit der in dieser Arbeit vorgestellten Theorie ergibt sich aus der sehr aktuellen Relevanz des Themenfelds und dem unzureichenden Forschungsstand, der im Widerspruch hierzu

steht. Assistive Technologien werden eine zunehmende Rolle in der Diskussion um Organisations- und Prozessformen in der Versorgung von Menschen mit Demenz einnehmen. Pflegende Angehörige, als größte Pflegeverrichtungsgruppe, werden hierbei mit hoher Wahrscheinlichkeit mit diesem Thema konfrontiert werden bzw. als Akteure fungieren. Die skizzierten theoretischen Annäherungen an ein Informations- und Beratungsverständnis können demnach einen Beitrag leisten, den Weg zu gestalten, pflegende Angehörige durch Wissens- und Kompetenzdimensionen zum Themenfeld zu stärken. Zentrale Phänomene des „resonanzsensiblen“ Vorgehens, welches durch systematische Reflexion („Translationsdreieck“) an das Themenfeld heranführt, ermöglichen ein Verstehen praktischer Handlungsdimensionen und gibt zugleich Hinweise, wie nachhaltiges „Empowerment“ gestaltet und manifestiert werden kann.

6 Zusammenfassung

Pflegende Angehörige übernehmen den größten Anteil in der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz. Die Pflege ist für die Angehörigen belastend und zugleich besteht eine enge emotionale und soziale Bindung. Assistive Technologien werden hierbei zunehmend als Element der Unterstützung diskutiert. Im Zuge der digitalen Transformation sind besonders im Pflegebereich große Hoffnungen mit dem Einsatz von assistiven Technologien verbunden, die vor dem Hintergrund der zunehmenden Problemlagen (demografischer Wandel, Fachkräftemangel etc.) einen stets höheren Stellenwert in der Diskussion einnehmen. Als primäre Ansprechpartner*innen zur Informationsvermittlung werden hierbei vor allem Berater*innen angesehen. Das Themenfeld der assistiven Technologien hat bisher keine strukturelle Abbildung im Rahmen der gesetzlich-verankerten (Pflege-)Beratung. Auch liegen bisher keine gesicherten Daten zu (didaktischen) konzeptionellen Ansätzen sowie zu Effekten von edukativen Interventionen vor. Die in dieser Arbeit explorativ erhobenen Daten ermöglichen Einblicke in die Verständnis- und Bedarfsdimensionen, die für die Gestaltung von transformativen Beratungs- und Informationsmöglichkeiten zu assistiven Technologien für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz die Basis bilden können. Sowohl für die pflegenden Angehörigen und die Berater*innen besteht der Bedarf, die assistiven Technologien in den Pflegeprozess zu integrieren. Die Annäherung an ein transformatives Verständnis zeigt hierbei, dass die Wissens- und Kompetenzvermittlung von assistiven Technologien stets in Beziehung zum Pflegeprozess zu stellen ist, sodass diese als integraler Bestandteil den bestehenden Pflege-Prozess verbessert und somit individuelle Wirkmechanismen sowohl für die betroffene Person als auch für den pflegenden Angehörigen offenlegt. Zentral ist somit stets ein resonanzsensibles Vorgehen („Translationsdreieck“), mithilfe dessen die Bezugspunkte deutlich werden, die durch die Wissens- und Kompetenzvermittlung zu assistiven Technologien adressiert werden. Hierbei bilden translativ Leistungen, also individuell adaptierte In-Bezugsetzungen zur Pflegerealität, die Eckpunkte zur Gestaltung der Informationsvermittlung und Beratung (Resonanzraum). Durch einen strukturierten und didaktisierten Prozess, in dem die Wahrnehmung und Erschließung von assistiven Technologien den Startpunkt bilden und durch darauf aufbauende sowie angeleitete weiterführende Reflexionen (stets in Bezug zur individuellen Pflegerealität) kann ein systematischer Aufbau von Wissen und Kompetenzen zu assistiven Technologien gestaltet werden („Transformations-Phasen-Modell“). Somit wird deutlich, dass hinsichtlich der Entwicklung von Informations- und Beratungsmöglichkeiten eine systemische

Betrachtung dazu beitragen kann, individuelle Bedürfnisse zu erfassen und hinsichtlich der Adaptionfähigkeit von assistiven Technologien zu überprüfen. Entscheidend ist hierbei, die Akteure (sowohl die pflegenden Angehörigen als auch die Berater*innen) mit Empowerment auszustatten, sodass sie auch hier in der Lage sind, informierte, partizipative Entscheidungen hinsichtlich der Integration von assistiven Technologien in den Pflegealltag zu treffen. Neben dem besseren Verständnis der Angehörigen zur Integration von assistiven Technologien könnte das transformative Vorgehen in Informations- und Beratungsansetzungen auch die Chance bieten, verstärkt (digitale) Souveränität der Akteure aufzubauen. Durch die systematische Integration der verschiedenen Einflussebenen in Bezug zur Anwendung von assistiven Technologien können technologiezentrierte Vorgehensweisen aufgehoben und Mehrwerte einer gemeinsamen (co-kreativen) Entwicklung aufgezeigt werden. Deutlich wird in diesem Zusammenhang, dass dazu klarere Differenzierungen assistiver Technologien zur Pflege und deren Einsatz notwendig und wichtig sind, um Transparenz für die Erschließung potenzieller assistiver Technologien für pflegende Angehörige zu realisieren. Den Wünschen der Angehörigen von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz muss in dieser Hinsicht mehr Aufmerksamkeit gegeben und entsprechende partizipative Möglichkeiten zum Austausch geschaffen werden. Hierbei könnten z.B. kommunale Instanzen der Pflegeberatung Kooperationen mit Einrichtungen wie Hochschulen, in denen assistive Technologien und Demonstrationsmöglichkeiten bereits erlebbar sind, eingehen. Denn gerade im Hinblick auf die Stärkung eines präventiven und gesundheitsförderlichen Selbstmanagements der pflegenden Angehörigen müssen die bisherigen Angebote in ihren strukturellen und didaktischen Grundlagen überdacht werden, da pflegende Angehörige sich besonders in diesem Bereich mehr Unterstützung und Anleitung zur Selbsthilfe wünschen (Boger et al. 2014). Grundlegend erscheint hierbei, dass alle Zielgruppen in die technische Entwicklung eingebunden werden und den thematischen Fokus auf die Pflege legen (Weber 2017). Die skizzierte transformative Ausrichtung kann dazu die Basis bilden. Die weitere Erforschung und Evaluation des theoretischen Konzepts erscheint vor allem hinsichtlich der Effekte notwendig und könnte im Rahmen komplexer edukativer Interventionsforschung fortgesetzt werden. Die Verankerung der notwendigen strukturellen Bedingungen zur flächendeckenden Schaffung von Informations- und Beratungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige – im Sinne der Transformation – bedarf neben der wissenschaftlichen Debatte und der konkreten Verankerung von Weiterbildungsmöglichkeiten auch weiterführende Diskussionen, u.a. mit politischen und versorgungsrelevanten Akteuren, wie bspw. der Pflegeversicherung. Im Rahmen des DVG sowie der konzeptionellen Neuausrichtung der Pflegeberatung sollten diese Aspekte einen größeren Stellenwert einnehmen. Denn besonders vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung erscheint die digitale Transformation als gesamtgesellschaftliche Herausforderung, in der Beratungsmöglichkeiten zu assistiven Technologien für pflegende Angehörige nicht losgelöst betrachtet werden dürfen – dies tangiert z.B. Professionalisierungsmöglichkeiten für Pflegekräfte und Berater*innen oder das Paradigma des lebenslangen Lernens. Vor diesem Hintergrund sollten Tendenzen eines Innovationsimperativs, die im Kontext der Digitalisierung und Versorgung zunehmend anzutreffen sind und mit vermeintlich einfachen (digitalen) Lösungen automatisiert einhergehen, kritisch reflektiert werden. Denn in Analogie zu komplexen gesellschaftlichen Veränderungen sollte auch für die Entwicklung von Beratungs- bzw. Aufklärungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige zu

assistiven Technologien im Sinne einer individualisierten Habitustransformation mit gesamtgesellschaftlicher Bedeutung maßgebend sein (Nida-Rümelin und Weidenfeld 2018). Das beispielhaft skizzierte transformative Verständnis kann somit aufzeigen, dass es nicht ausreicht, technische Forschungs- und Entwicklungsaspekte zu fokussieren, sondern dass auch Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, die im Verständnis des lebenslangen Lernens Aspekte wie Affirmation, Selbstwirksamkeit und Partizipation adressieren.

7 Literaturverzeichnis

Abimbola S, Patel B, Peiris D, Patel A, Harris M, Usherwood T, Greenhalgh T (2019) The NASSS framework for ex post theorisation of technology-supported change in healthcare: worked example of the TORPEDO programme. *BioMedCentral (BMC) Medicine* 17:233. doi:10.1186/s12916-019-1463-x

Alzheimer's Association (2016) Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association* 12:459–509. doi:10.1016/j.jalz.2016.03.001

Ammenwerth E, Iller C, Mahler C (2006) IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study. *BioMedCentral (BMC) medical informatics and decision making* 6:3. doi:10.1186/1472-6947-6-3

Andrade-Moraes CH, Oliveira-Pinto AV, Castro-Fonseca E, da Silva CG, Guimarães DM, Szczupak D, Parente-Bruno DR, Carvalho LRB, Polichiso L, Gomes BV, Oliveira LM, Rodriguez RD, Leite REP, Ferretti-Rebustini REL, Jacob-Filho W, Pasqualucci CA, Grinberg LT, Lent R (2013) Cell number changes in Alzheimer's disease relate to dementia, not to plaques and tangles. *Brain: journal of neurology* 136:3738–3752. doi:10.1093/brain/awt273

Arksey H, O'Malley L (2005) Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 8:19–32. doi:10.1080/1364557032000119616

Arnold R, Krämer-Stürzl A, Siebert H (2011) Dozentenleitfaden; Erwachsenenpädagogische Grundlagen für die berufliche Weiterbildung. Cornelsen, Berlin

Atteslander P, Cromm J (2003) Methoden der empirischen Sozialforschung. DE GRUYTER, Berlin

Bächle M, Daurer S, Judt A, Mettler T (2018) Assistive technology for independent living with dementia: Stylized facts and research gaps. *Health Policy and Technology* 7:98–111. doi:10.1016/j.hlpt.2017.12.002

Badura B, Siegrist J (2002) Evaluation im Gesundheitswesen; Ansätze und Ergebnisse. Juventa, Weinheim

Bauer J (2019) Wie wir werden, wer wir sind; Die Entstehung des menschlichen Selbst durch Resonanz. Blessing, München

Becker E, Orellana Rios CL, Lahmann C, Rücker G, Bauer J, Boeker M (2018) Anxiety as a risk factor of Alzheimer's disease and vascular dementia. *The British Journal of Psychiatry* 213:654–660. doi:10.1192/bjp.2018.173

Behrens J, Langer G (2016) Evidence-based nursing and caring; Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft". Hogrefe, Bern

Bejan A, Plotzky C, Kunze C (2018) MemoRec – Towards a Life-Theme-Based Reminiscence Content Recommendation System for People with Dementia. In: Miesenberger K, Kouroupetroglou G (Hrsg) Computers helping people with special needs. Proceedings. Lecture notes in computer science. Springer, Cham, S 509–513

Berger R (2017) e-Pflege-Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege. https://www.rolandberger.com/de/Publications/pub_epflege.html. Zugegriffen: 13. September 2018

Bestmann B, Wüstholtz E, Verheyen F (2014) Pflegen; Belastung und sozialer Zusammenhalt - eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. Techniker Krankenkasse. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201506162315>. Zugegriffen: 07. September 2020

Bharucha AJ, Anand V, Forlizzi J, Dew MA, Reynolds CF, Stevens S, Wactlar H (2009) Intelligent assistive technology applications to dementia care: current capabilities, limitations, and future

- challenges. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 17:88–104. doi:10.1097/JGP.0b013e318187dde5
- Bickel H (2017) Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf. Zugegriffen: 12. Dezember 2019
- BMBF (2016) Bekanntmachung. Richtlinien zur Durchführung des Wettbewerbs "Zukunft der Pflege: Mensch-Technik-Interaktion für die Praxis"; Bundesanzeiger vom 24.08.2016. <https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/foerderung/bekanntmachungen>. Zugegriffen: 28. Dezember 2019
- BMFSFJ (2005) Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. <https://www.bmfsfj.de/blob/79080/8a95842e52ba43556f9ebfa600f02483/fuenfter-altenbericht-data.pdf>. Zugegriffen: 03. November 2019
- BMFSFJ (2014) Aktuelle Forschung und Projekte zum Thema Demenz; Publikationsversand der Bundesregierung. <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/93480/demenz-aktuelle-foschung-und-projekte-data.pdf>. Zugegriffen: 23. März 2020
- BMG (2011) Leuchtturmprojekt Demenz; Abschlussbericht. Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Leuchtturmprojekt_Demenz.pdf. Zugegriffen: 09. August 2020
- BMG (2013) Abschlussbericht zur Studie Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme. <https://vdivde-it.de/system/files/pdfs/unterstuetzung-pflegebeduerftiger-durch-technische-assistenzsysteme.pdf>. Zugegriffen: 12. Oktober 2018
- BMG (2019) Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 49: Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgungs-Gesetz - DVG). https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl119s2562.pdf. Zugegriffen: 11. Mai 2020
- Boger J, Quraishi M, Turcotte N, Dunal L (2014) The identification of assistive technologies being used to support the daily occupations of community-dwelling older adults with dementia: a cross-sectional pilot study. *Disability and rehabilitation. Assistive technology* 9:17–30. doi:10.3109/17483107.2013.785035
- Bohnsack R (2014) *Rekonstruktive Sozialforschung; Einführung in qualitative Methoden*. Budrich, Opladen
- Bohnsack R (2017) *Praxeologische Wissenssoziologie*. Budrich, Opladen
- Bohnsack R, Przyborski A, Schäffer B (Hrsg) (2010) *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis*. Budrich, Opladen
- Bohnsack R, Marotzki W, Meuser M (2011) *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung*. Budrich, Opladen
- Bohnsack R (2018a) Soziogenetische Interpretation und soziogenetische Typenbildung. In: Bohnsack R, Hoffmann NF, Nentwig-Gesemann I (Hrsg) *Typenbildung und dokumentarische Methode. Forschungspraxis und methodologische Grundlagen*. Budrich, Opladen, S 312–327
- Bohnsack R, Hoffmann NF, Nentwig-Gesemann I (2018b) Typenbildung und dokumentarische Methode. In: Bohnsack R, Hoffmann NF, Nentwig-Gesemann I (Hrsg) *Typenbildung und dokumentarische Methode. Forschungspraxis und methodologische Grundlagen*. Budrich, Opladen, S 8–50
- Botsis T, Hartvigsen G (2008) Current status and future perspectives in telecare for elderly people suffering from chronic diseases. *Journal of telemedicine and telecare* 14:195–203. doi:10.1258/jtt.2008.070905

- Brauer RR (2017) Akzeptanz kooperativer Roboter im industriellen Kontext. Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Technischen Universität Chemnitz.
<https://monarch.qucosa.de/api/qucosa%2F>. Zugegriffen: 05. Juni 2019
- Brodsky H, Donkin M (2009) Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 11:217–228
- Broekens J, Heerink M, Rosendal H (2009) Assistive social robots in elderly care: a review. *Gerontechnology* 8. doi:10.4017/gt.2009.08.02.002.00
- Buhtz C, Paulicke D, Hirt J, Schwarz K, Stoevesandt D, Meyer G, Jahn P (2018) Robotische Systeme zur pflegerischen Versorgung im häuslichen Umfeld: Ein Scoping Review. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. doi:10.1016/j.zefq.2018.09.003
- Buhtz C, Paulicke D, Hofstetter S, Jahn P (2020) Technikaffinität und Fortbildungsinteresse von Auszubildenden der Pflegefachberufe: eine Onlinebefragung. *HeilberufeScience* 260:162. doi:10.1007/s16024-020-00337-5
- Bunn F, Goodman C, Sworn K, Rait G, Brayne C, Robinson L, McNeilly E, Iliffe S (2012) Psychosocial factors that shape patient and carer experiences of dementia diagnosis and treatment: a systematic review of qualitative studies. *PLoS medicine* 9:e1001331. doi:10.1371/journal.pmed.1001331
- Burstein AA, DaDalt O, Kramer B, D'Ambrosio LA, Coughlin JF (2015) Dementia caregivers and technology acceptance: Interest outstrips awareness. *Gerontechnology* 14. doi:10.4017/gt.2015.14.1.005.00
- Burzan N (2016) *Methodenplurale Forschung; Chancen und Probleme von Mixed Methods*. Beltz Juventa, Weinheim
- Careum (2018) Gemeinsame Erklärung zur digitalen Transformation in der Pflege; Careum Dialog: Digital - Ambulant - Partizipativ.
<https://www.careum.ch/documents/20181/263261/Erklaerung+Careum+Dialog+2018>.
 Zugegriffen: 20. Juli 2020
- Claxton K, Palmer S, Longworth L, Bojke L, Griffin S, McKenna C, Soares M, Spackman E, Youn J (2012) Informing a decision framework for when NICE should recommend the use of health technologies only in the context of an appropriately designed programme of evidence development. *Health technology assessment (Winchester, England)* 16:1–323. doi:10.3310/hta16460
- Cook AM, Polgar JM (2015) *Assistive technologies; Principles and practice*. Elsevier/Mosby, St. Louis, Missouri
- Corner L, Bond J (2004) Being at risk of dementia: Fears and anxieties of older adults. *Journal of Aging Studies* 18:143–155. doi:10.1016/j.jaging.2004.01.007
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M (2008) Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)* 337:a1655. doi:10.1136/bmj.a1655
- Creswell JW, Plano Clark VL (2018) *Designing and conducting mixed methods research*. SAGE, Los Angeles
- Dammert M, Ziegler S, Beer T, Bleses H (2019) Zur Erkundung der Mensch-Maschine-Interaktion im Einsatz von Telepräsenzrobotik bei Personen von Menschen mit Demenz. *Aspekte des Feldeinstiegs*. In: Hergesell J, Maibaum A, Meister M (Hrsg) *Genese und Folgen der »Pflegerobotik«*. Juventa, Weinheim
- Davis R, Massman P, Doody R (2001) Cognitive intervention in Alzheimer disease: a randomized placebo-controlled study. *Alzheimer disease and associated disorders* 15:1–9. doi:10.1097/00002093-200101000-00001

- Davis FD (1989) Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. *MIS Quarterly* 13:319. doi:10.2307/249008
- DEGAM (2008) Demenz; DEGAM Leitlinie Nr. 12. Omikron Publ, Düsseldorf
- DeLone W, McLean ER (2003) The DeLone and McLean model of information systems success: a ten-year update. *Journal of Management Information Systems* 13:319–340
- Diekmann A (2017) *Empirische Sozialforschung; Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg
- Donabedian A (1980) *Explorations in quality assessment and monitoring*. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan
- Dörner O, Iller C, Schüßler I (2020) *Erwachsenenbildung und Lernen in Zeiten von Globalisierung, Transformation und Entgrenzung; Schriftenreihe der Sektion Erwachsenenbildung der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft*. Budrich, Opladen
- Dressing T, Pehl T (2017) *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse; Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Eigenverlag, Marburg
- Duden (Hrsg) (2017) *Die deutsche Rechtschreibung*. Dudenverlag, Berlin
- Eid M, Gollwitzer M, Schmitt M (2011) *Statistik und Forschungsmethoden; Lehrbuch mit Online-Materialien*. Beltz, Weinheim
- Elmer A, Matusiewicz D, Althammer T (Hrsg) (2019) *Die digitale Transformation der Pflege; Wandel. Innovation. Smart Services*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Engel S, Reiter-Jäschke A, Hofner B (2016) "EduKation demenz®". *Psychoedukatives Schulungsprogramm für Angehörige von Menschen mit Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 49:187–195. doi:10.1007/s00391-016-1034-0
- Flick U (2016) *Qualitative Sozialforschung; Eine Einführung*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Flick U (2017) *Triangulation in der qualitativen Forschung in der Psychologie*. In: Mey G, Mruck K (Hrsg) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Springer, Wiesbaden, S 1–15
- Flick U, Kardorff Ev, Steinke I (Hrsg) (2015) *Qualitative Forschung; Ein Handbuch*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Friesacher H (2010) *Pflege und Technik - eine kritische Analyse*. *Pflege & Gesellschaft* 15:293–313
- Früh W (2011) *Inhaltsanalyse; Theorie und Praxis*. UVK, Konstanz
- Fuß S, Karbach U (2019) *Grundlagen der Transkription; Eine praktische Einführung*. UTB, Stuttgart
- Ganguli M, Dodge HH, Shen C, Pandav RS, DeKosky ST (2005) Alzheimer disease and mortality: a 15-year epidemiological study. *Archives of neurology* 62:779–784. doi:10.1001/archneur.62.5.779
- Georgieff P (2008) *Ambient Assisted Living. Marktpotenziale IT-unterstützter Pflege für ein selbstbestimmtes Altern; Marktanalyse*. Fazit Forschung. MFG-Stiftung, Wiesbaden
- Gillespie A, Best C, O'Neill B (2012) *Cognitive function and assistive technology for cognition: a systematic review*. *Journal of the International Neuropsychological Society*. *JINS* 18:1–19. doi:10.1017/S1355617711001548
- Glaser BG, Strauss AL (2010) *Grounded theory; Strategien qualitativer Forschung*. Huber, Bern
- Gläser J, Laudel G (2010) *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse; Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Springer VS, Wiesbaden
- Gläser-Zikuda M (2010) *Mixed methods in der empirischen Bildungsforschung; 74. Tagung der Arbeitsgruppe Empirische Pädagogische Forschung (AEPF)*. Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft; Tagung der Arbeitsgruppe Empirische Pädagogische Forschung.

http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783830974857. Zugegriffen: 12. März 2019

Graf B, Heyer T, Klein B, Wallhoff F (2013) Servicerobotik für den demografischen Wandel. Mögliche Einsatzfelder und aktueller Entwicklungsstand. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56:1145–1152. doi:10.1007/s00103-013-1755-9

Gransche B, Manzeschke A (2020) Das geteilte Ganze; Horizonte Integrierter Forschung für künftige Mensch-Technik-Verhältnisse. Springer VS, Wiesbaden

Grant MJ, Booth A (2009) A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Health information and libraries journal 26:91–108. doi:10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x

Greb U, Schüßler I (2007) Berufliche Bildung als nachhaltige Ressource; Entwicklung und Entfaltung versus Zurichtung und Vereinnahmung. Ges. zur Förderung Arbeitsorientierter Forschung und Bildung, Frankfurt, M.

Gutzmann H, Mahlberg R (2009) Rationelle Therapie. In: Förstl H (Hrsg) Demenzen in Theorie und Praxis. Springer Medizin, Heidelberg, S 247–262

Hagemann T (2017) Digitalisierung und technische Assistenz im Sozial- und Gesundheitswesen. In: Hagemann T (Hrsg) Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens im Zeitalter von Digitalisierung und technischer Assistenz. Veröffentlichung zum zehnjährigen Bestehen der FH der Diakonie. Nomos, Baden Baden, S 5–23

Hallauer J, Kurz A (2002) Weißbuch Demenz. THIEME, Stuttgart

Hämmerle I, Kempter G (Hrsg) (2017) Umgebungsunterstütztes Leben. Beiträge zum Useability Day 2017. Pabst Science Publisher, Lengenrich

Hanft A (2013) Offene Hochschulen; Die Neuausrichtung der Hochschulen auf Lebenslanges Lernen. Waxmann, Münster

Haumann W (2017) Leben mit Demenz; Einstellungen und Beobachtungen der deutschen Bevölkerung. In: Storm A (Hrsg) DAK Pflereport 2017: Leben mit Demenz: Erfahrung, Versorgung und Selbstbestimmung. medhochzwei, Hamburg, S 18–46

Helferich C (2011) Die Qualität qualitativer Daten; Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Springer VS, Wiesbaden

Henne M, Wienberg G (2015) Was Sie schon immer über „Assistive Technologien“ wissen wollten. Fragen und Antworten zur Entwicklung, Erprobung und Anwendung „Assistiver Technologien“; Bodenschwingschen Stiftungen. <https://www.bethel-wissen.de/obj/>. Zugegriffen: 12. Juli 2019

Hergesell J (2018) Technische Assistenzen in der Altenpflege. Juventa, Weinheim

Hergesell J, Maibaum A (2016) Assistive Sicherheitstechniken in der geriatrischen Pflege; Konfligierende Logik bei partizipativer Technikentwicklung. In: Weidner R (Hrsg) Technische Unterstützungssysteme, die die Menschen wirklich wollen. Zweite Transdisziplinäre Konferenz, Hamburg 2016. Eigenverlag, Hamburg, S 59–68

Hielscher V, Kirchen-Peters S, Sowinski C (2015) Technologiesierung in der Pflegearbeit; Wissenschaftlicher Diskurs und Praxisentwicklung in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Pflege & Gesellschaft 20:5–19

Hielscher V, Kirchen-Peters S, Nock L (2017) Pflege in den eigenen vier Wänden; Zeitaufwand und Kosten; Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

Hirschberg K-R von (2015) Einflüsse demografischer Veränderungsprozesse auf die Arbeitssituation der Altenpflegekräfte - Faktenlage. In: Beer T (Hrsg) Aufbruch Pflege: Hintergründe - Analysen - Entwicklungsperspektiven. Springer Gabler, Wiesbaden, S 193–198

- Hirt J, Burgstaller M, Zeller A, Beer T (2019) Needs of people with dementia and their informal caregivers concerning assistive technologies. *Pflege* 32:295–304. doi:10.1024/1012-5302/a000682
- Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, Gagnon M-P, Griffiths F, Nicolau B, O’Cathain A, Rousseau M-C, Vedel I, Pluye P (2018) The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for information professionals and researchers. *Education for Information* 34:285–291. doi:10.3233/EFI-180221
- Hopf C (1978) Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung / Pseudo-exploration – Thoughts on the techniques of qualitative interviews in social research. *Zeitschrift für Soziologie* 7. doi:10.1515/zfsoz-1978-0201
- Hülken-Giesler M (2007) Pflege und Technik - Annäherung an ein spannungsreiches Verhältnis; Zum gegenwärtigen Stand der internationalen Diskussion. 2. Teil. *Pflege* 20:164–169. doi:10.1024/1012-5302.20.3.164
- Hung L, Liu C, Woldum E, Au-Yeung A, Berndt A, Wallsworth C, Horne N, Gregorio M, Mann J, Chaudhury H (2019) The benefits of and barriers to using a social robot PARO in care settings: a scoping review. *BMC geriatrics* 19:232. doi:10.1186/s12877-019-1244-6
- IBM (2017) SPSS Statistics
- ICD (2019) International Classification of Disease (ICD-10-GM-2019). ICD. https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F00.-*.html?sp=SF00. Zugegriffen: 02. Januar 2020
- Ienca M, Wangmo T, Jotterand F, Kressig RW, Elger B (2018) Ethical Design of Intelligent Assistive Technologies for Dementia: A Descriptive Review. *Science and engineering ethics* 24:1035–1055. doi:10.1007/s11948-017-9976-1
- IQWiG (2009) Abschlussbericht A05-19C; Memantin bei Alzheimer Demenz. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/publikationen/iqwig-berichte.1071.html>. Zugegriffen: 12. November 2019
- Isfort M (2018) Pflege-Thermometer 2018; Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege- und Patientenversorgung von Menschen in der teil-/vollstationären Pflege. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2018.pdf. Zugegriffen: 04. März 2020
- Isfort M, Rottländer R (2016) Ambulante Pflege; Wachstum mit Hindernissen. *Die Schwester der Pfleger* 55:12–18
- Jin J (2015) patient page. Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 313:1488. doi:10.1001/jama.2015.2852
- Kamis A (2016) Habitustransformation durch Bildung; Soziale und räumliche Mobilität im Lebensverlauf türkischer Bildungsaufsteiger. Springer, Wiesbaden
- Känel R von, Mills PJ, Mausbach BT, Dimsdale JE, Patterson TL, Ziegler MG, Ancoli-Israel S, Allison M, Chattillion EA, Grant I (2012) Effect of Alzheimer caregiving on circulating levels of C-reactive protein and other biomarkers relevant to cardiovascular disease risk: a longitudinal study. *Gerontology* 58:354–365. doi:10.1159/000334219
- Kelle U (2008) Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung; Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. Springer VS, Wiesbaden
- Kitwood T (2019) Demenz; Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Hogrefe, Bern
- Kleemann F, Krähnke U, Matuschek I (2013) Interpretative Sozialforschung; Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens. Springer VS, Wiesbaden

- Klein B, Graf B, Schlömer JF, Roßberg H, Röhricht K, Baumgarten S (2017) Robotik in der Gesundheitswirtschaft; Einsatzfelder und Potenziale. medhochzwei, Hamburg
- Klie T (2017) Expertise, Akzeptanz und Anteilnahme: Voraussetzungen für einen gelingenderen Alltag mit Demenz - Ergebnisse des DAK Pflegereports 2017. In: Storm A (Hrsg) DAK Pflegereport 2017: Leben mit Demenz: Erfahrung, Versorgung und Selbstbestimmung. medhochzwei, Hamburg, S 2–17
- Klie T, Heislbetz C, Frommelt M (2016) Implementierungsforschung am Beispiel der Evaluation der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI. In: Hoben M, Bär M, Wahl H-W (Hrsg) Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung - ein Handbuch. Kohlhammer, Stuttgart, S 282–297
- Kottorp A, Nygård L (2012) Readiness for Technology Use With People With Dementia. *Journal of Applied Gerontology* 31:510–530. doi:10.1177/0733464810396873
- Kramer B (2016) Die Akzeptanz neuer Technologien bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz. Dissertation, Heidelberg
- Kreuter V, Klingholz R (2012) Die demografische Zukunft von Europa. https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Lebenswelten_in_Europa/Demografische_Zukunft_Europa_2012.pdf. Zugegriffen: 14. Juni 2020
- Krick T, Huter K, Domhoff D, Schmidt A, Rothgang H, Wolf-Ostermann K (2019) Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. *BioMedCentral (BMC) health services research* 19:400. doi:10.1186/s12913-019-4238-3
- Krick T, Huter K, Seibert K, Domhoff D, Wolf-Ostermann K (2020) Measuring the effectiveness of digital nursing technologies: development of a comprehensive digital nursing technology outcome framework based on a scoping review. *BioMedCentral (BMC) health services research* 20:243. doi:10.1186/s12913-020-05106-8
- Krings B-J, Weinberger N (2017) Kann es technische Assistenten in der Pflege geben? Überlegungen zum Begriff der Assistenz in Pflegekontexten. In: Biniok P, Lettkemann E (Hrsg) Assistive Gesellschaft. Springer, Wiesbaden, S 183–201
- Kruse A (Hrsg) (2010) Lebensqualität bei Demenz; Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. AKA, Heidelberg
- Kruse A, Schmitt E (2014) Demenz und Technik aus gerontologischer Perspektive. In: Schultz T, Putze F, Kruse A (Hrsg) Technische Unterstützung für Menschen mit Demenz. KIT Scientific Publishing, Karlsruhe, S 19–41
- Kuckartz U (2014) Mixed Methods; Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Springer VS, Wiesbaden
- Kuckartz U (2016) Qualitative Inhaltsanalyse; Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Beltz Juventa, Weinheim, Basel
- Kujala S (2003) User involvement: A review of the benefits and challenges. *Behaviour & Information Technology* 22:1–16. doi:10.1080/01449290301782
- Künemund H (2016) Wovon hängt die Nutzung technischer Assistenzsysteme ab? In: Block J, Hagen C, Berner F (Hrsg) Technische Systeme im Pflege- und Versorgungsmix für ältere Menschen. Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung, Berlin
- Künemund H, Fachinger U (Hrsg) (2018) Alter und Technik; Sozialwissenschaftliche Befunde und Perspektiven. Springer VS, Wiesbaden
- Kunze C (2017) Technikgestaltung für die Pflegepraxis: Perspektiven und Herausforderungen. *Pflege & Gesellschaft* 22:130-145

- Kunze C (2020) (Nicht-)Nutzung, Transfer, Verbreitung und Nachhaltigkeit von Gesundheitstechnologien: Deutsche Version des NASSS-Frameworks. Hochschule Furtwangen. https://opus.hs-furtwangen.de/files/6230/Kunze_2020_NASSS_framework_deutsche_Version.pdf. Zugegriffen: 07. September 2020
- Kunze C, König P (2017) Systematisierung technischer Unterstützungssysteme in den Bereichen Pflege, Teilhabeunterstützung und aktives Leben im Alter. In: Hämmerle I, Kempster G (Hrsg) Umgebungsunterstütztes Leben. Beiträge zum Useability Day 2017. Pabst Science Publisher, Lengenrich
- Kurz A, Grimmer T (2019) Die medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen. Deutsche Alzheimer Gesellschaft. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/Infoblatt5_Medikamente.pdf. Zugegriffen: 13. Dezember 2019
- Kutzleben M von, Schmid W, Halek M, Holle B, Bartholomeyczik S (2012) Community-dwelling persons with dementia: what do they need? What do they demand? What do they do? A systematic review on the subjective experiences of persons with dementia. *Aging & mental health* 16:378–390. doi:10.1080/13607863.2011.614594
- Lamnek S (2005) Gruppendiskussion; Theorie und Praxis. Beltz, Weinheim
- Lamnek S (2010) Qualitative Sozialforschung; Lehrbuch. Beltz, Weinheim
- Langa KM, Plassman BL, Wallace RB, Herzog AR, Heeringa SG, Ofstedal MB, Burke JR, Fisher GG, Fultz NH, Hurd MD, Potter GG, Rodgers WL, Steffens DC, Weir DR, Willis RJ (2005) The Aging, Demographics, and Memory Study: study design and methods. *Neuroepidemiology* 25:181–191. doi:10.1159/000087448
- Lange L, Schulte T, Dittmann B, Hildebrandt H (2017) Regionale Verteilung der Demenz sowie Inanspruchnahme vor und nach der Erstdiagnose. In: Storm A (Hrsg) DAK Pflegereport 2017: Leben mit Demenz: Erfahrung, Versorgung und Selbstbestimmung. medhochzwei, Hamburg, S 50–95
- Lenker JA, Harris F, Taugher M, Smith RO (2013) Consumer perspectives on assistive technology outcomes. *Disability and rehabilitation. Assistive technology* 8:373–380. doi:10.3109/17483107.2012.749429
- Lincoln YS, Guba EG (1985) *Naturalistic inquiry*. SAGE, Beverly Hills
- Lutze M (2017) Digitalisierung: Wo steht die Pflege? *Heilberufe* 69:45–47. doi:10.1007/s00058-017-2914-4
- Lutze M, Glock G, Stubbe J, Paulicke D (2019) Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien; Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 15. GKV-Spitzenverband. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_15.pdf. Zugegriffen: 08. Januar 2020
- Marasinghe MK (2016) Assistive technologies in reducing caregiver burden among informal caregivers of older adults: a systematic review. *Disability and rehabilitation. Assistive technology* 11:353–360. doi:10.3109/17483107.2015.1087061
- Matusiewicz D, Pittelkau C, Elmer A, Addam M (Hrsg) (2017) Die digitale Transformation im Gesundheitswesen; Transformation, Innovation, Disruption. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Maurer A (2019) Das Resonanzkonzept und die Altenhilfe. Zum Einsatz digitaler Technik in der Pflege. In: Wils J-P (Hrsg) Resonanz. Im interdisziplinären Gespräch mit Hartmut Rosa. Nomos, Baden-Baden, S 165–178
- Mayring P (2016) Einführung in die qualitative Sozialforschung; Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz, Weinheim

- McCready C, Tinker A (2005) The acceptability of assistive technology to older people. *Ageing and Society* 25:91–110. doi:10.1017/S0144686X0400248X
- Meißner A (2017) Technisierung der professionellen Pflege. Einfluss, Wirkung, Veränderung. In: Hagemann T (Hrsg) *Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens im Zeitalter von Digitalisierung und technischer Assistenz. Veröffentlichung zum zehnjährigen Bestehen der FH der Diakonie*. Nomos, Baden Baden, S 155–171
- Meißner A (2019) Zur Diskussion: Technologieeinsatz in der zukünftigen pflegerischen Versorgung einer alternden Bevölkerung. *Pflege & Gesellschaft* 24:260–274
- Mesteheneos E (2011) *Ageing in Place in the European Union; Global Ageing*. International Federation of ageing (IFA), Brüssel
- Meuser M, Nagel U (2013) Experteninterviews – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser B, Langer A, Prengel A (Hrsg) *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Beltz Juventa, Weinheim
- Meyer M (2006) *Pflegende Angehörige in Deutschland; Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*. EUROFAMCARE, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. <https://www.uke.de/eurofamcare/>. Zugegriffen: 12. November 2019
- Mezirow J (2009) *Transformative learning in practice; Insights from community, workplace, and higher education*. Jossey-Bass, San Francisco
- Mezirow J, Arnold K (1997) *Transformative Erwachsenenbildung*. Schneider Hohengehren, Baltmannsweiler
- Mezirow J, Taylor EW (Hrsg) (2011) *Transformative Learning in Practice; Insights from Community, Workplace and higher Education*. John Wiley & Sons, New York
- Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, Moore L, O'Cathain A, Tinati T, Wight D, Baird J (2015) Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *British Medical Journal (BMJ) Clinical research education* 350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258
- Moyle W, Arnautovska U, Ownsworth T, Jones C (2017) Potential of telepresence robots to enhance social connectedness in older adults with dementia: an integrative review of feasibility. *International psychogeriatrics* 29:1951–1964. doi:10.1017/S1041610217001776
- Mühlhauser I, Albrecht M, Steckelberg A (2015) Evidence-based health information and risk competence. *German medical science (GMS)* 13:Doc11. doi:10.3205/000215
- Müller I, Hinterhuber H, Kemmler G, Marksteiner J, Weiss EM, Them C (2009) Auswirkungen der häuslichen Betreuung demenzkranker Menschen auf ihre pflegenden Angehörigen. *Psychiatrie und Psychotherapie* 5:139–145. doi:10.1007/s11326-009-0079-8
- Mummendey HD, Grau I (2008) *Die Fragebogen-Methode*. Hogrefe, Göttingen
- Neuhaus A, Isfort M, Weidner F (2009) Bericht über das Projekt: "Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen (moH)". Deutsches Institut für Angewandte Pflegeforschung. http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht_haushaltshilfen.pdf. Zugegriffen: 12. April 2019
- Nida-Rümelin J, Weidenfeld N (2018) *Digitaler Humanismus; Eine Ethik für das Zeitalter der künstlichen Intelligenz*. Piper, München
- Nowossadeck S, Engstler H, Klaus D (2016) *Pflege und Unterstützung durch Angehörige; Report Altersdaten*. Deutsches Zentrum für Altersfragen. https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report_Altersdaten_Heft_1_2016.pdf. Zugegriffen: 07. September 2020
- O'Cathain A, Murphy E, Nicholl J (2008) The quality of mixed methods studies in health services research. *Journal of health services research & policy* 13:92–98. doi:10.1258/jhsrp.2007.007074

- Ornstein K, Gaugler JE (2012) The problem with "problem behaviors": a systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient-caregiver dyad. *International psychogeriatrics* 24:1536–1552. doi:10.1017/S1041610212000737
- Paulicke D, Hofstetter S, Jahn P (2019a) Assistive Technologien und Robotik in der Pflege; Integration in die Praxis ist abhängig von der passenden Qualifizierung. *KU Gesundheitsmanagement* 03:34–36
- Paulicke D, Buhtz C, Meyer G, Jahn P (2019b) Beratungsansätze zu assistiven Technologien in der Pflege von Menschen mit Demenz. *Pflege* 32:315–323. doi:10.1024/1012-5302/a000701
- Paulicke D, Buhtz C, Meyer G, Schwarz K, Stoevesandt D, Jahn P (2019c) Technikweiterbildungen für pflegende Angehörige – Bildungs- und Beratungskonzepte zu assistiven Technologien für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. *PADUA* 14:255–264. doi:10.1024/1861-6186/a000511
- Perilli V, Stasolla F, Maselli S, Morelli I (2018) Assistive Technology and Cognitive-Behavioral Programs for Promoting Adaptive Skills of Persons with Alzheimer Disease: A Selective Review. *Journal of Neurological Research and Therapy* 2:14–29. doi:10.14302/issn.2470-5020.jnrt-18-2321
- Pfannstiel MA, Krammer S, Swoboda W (Hrsg) (2018) Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen IV; Impulse für die Pflegeorganisation. Springer Gabler, Wiesbaden
- Pinquart M, Sörensen S (2006) Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International psychogeriatrics* 18:577–595. doi:10.1017/S1041610206003462
- Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Rodriguez J, Salas A, Sosa AL, Williams JD, Dewey ME, Acosta I, Jotheeswaran AT, Liu Z (2012) Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *The Lancet* 380:50–58. doi:10.1016/S0140-6736(12)60399-7
- Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2010) *Qualitative Sozialforschung; Ein Arbeitsbuch*. Oldenbourg, München
- Queirós A, Silva A, Alvarelhão J, Rocha NP, Teixeira A (2015) Usability, accessibility and ambient-assisted living: a systematic literature review. *Univ Access Inf Soc* 14:57–66. doi:10.1007/s10209-013-0328-x
- Raab-Steiner E, Benesch M (2018) *Der Fragebogen; Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung*. facultas, Wien
- Renaud K, van Biljon J (2008) Predicting technology acceptance and adoption by the elderly. In: Botha R (Hrsg) *Proceedings of the 2008 annual research conference of the South African Institute of Computer Scientists and Information Technologists on IT research in developing countries riding the wave of technology*. ACM, New York, S 210–219
- Riedel-Heller SG, Busse A, Angermeyer MC (2006) The state of mental health in old-age across the 'old' European Union; a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica* 113:388–401. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00632.x
- Robinson L, Brittain K, Lindsay S, Jackson D, Olivier P (2009) Keeping In Touch Everyday (KITE) project: developing assistive technologies with people with dementia and their carers to promote independence. *International psychogeriatrics* 21:494–502. doi:10.1017/S1041610209008448
- Rosa H (2016) *Resonanz; Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Suhrkamp, Berlin
- Rosa H (2018) *Unverfügbarkeit*. Residenz Verlag, Wien
- Rosenberg Fv (2014) *Bildung und Habitustransformation; Empirische Rekonstruktionen und bildungstheoretische Reflexionen*. transcript Verlag, Bielefeld

- Roth DL, Haley WE, Hovater M, Perkins M, Wadley VG, Judd S (2013) Family caregiving and all-cause mortality: findings from a population-based propensity-matched analysis. *American journal of epidemiology* 178:1571–1578. doi:10.1093/aje/kwt225
- Rothgang H, Müller R (2018) Pflegereport 2018. Barmer GEK. <https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf>. Zugegriffen: 26. Juli 2020
- Schittenhelm K (2018) Typenbildung und Methodenkombination in der Analyse mehrdimensionaler Statusübergänge. In: Bohnsack R, Hoffmann NF, Nentwig-Gesemann I (Hrsg) Typenbildung und dokumentarische Methode. *Forschungspraxis und methodologische Grundlagen*. Budrich, Opladen, S 191–201
- Schlomann A, Seifert A, Zank S, Woopen C, Rietz C (2020) Use of Information and Communication Technology (ICT) Devices Among the Oldest-Old: Loneliness, Anomie, and Autonomy. *Innovation in Aging* 4:1302. doi:10.1093/geroni/igz050
- Schultz T, Putze F, Mikut R, Weinberger N, Boch K, Schmitt E, Decker M, Lind-Matthäus D, Metz BR (2014) Technische Unterstützung für Menschen mit Demenz - Ein Überblick. In: Schultz T, Putze F, Kruse A (Hrsg) *Technische Unterstützung für Menschen mit Demenz*. KIT Scientific Publishing, Karlsruhe, S 1–18
- Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K (1995) Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist* 35:771–791. doi:10.1093/geront/35.6.771
- Schulz M (2012) Quick and easy? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In: Schulz M, Mack B, Renn O (Hrsg) *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung*. Springer VS, Wiesbaden, S 5–23
- Seropian MA, Brown K, Gavilanes JS, Driggers B (2004) Simulation: not just a manikin. *The Journal of nursing education* 43:164–169
- Shenton AK (2004) Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information* 22:63–75. doi:10.3233/EFI-2004-22201
- Silverman D (2017) *Doing qualitative research*. SAGE, Los Angeles, London
- Statistisches Bundesamt (2017a) Bevölkerungsentwicklung bis 2060; Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Aktualisierte Rechnung auf Basis 2015. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungBundeslaender2060_Aktualisiert_5124207179005.html. Zugegriffen: 20. April 2019
- Statistisches Bundesamt (2017b) *Pflegestatistik 2017, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung; Ländervergleich - Pflegebedürftige*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-pflegebeduerftige-5224002179004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 05. September 2020
- Steinke I (2015) Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I (Hrsg) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Stigler H, Felbinger G (2005) Der Interviewleitfaden im qualitativen Interview. In: Stigler H, Reicher H (Hrsg) *Praxisbuch empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften*. Studien-Verl., Innsbruck
- Storm A (2017) Vorwort. In: Storm A (Hrsg) *DAK Pflegereport 2017: Leben mit Demenz: Erfahrung, Versorgung und Selbstbestimmung*. medhochzwei, Hamburg, S V–VI
- Stubbe J, Schaat S, Ehrenberg-Sillies S (2019) *Digitale souverän? Kompetenzen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter*. Bertelsmann Stiftung. <https://www.bertelsmann->

stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Smart_Country/Digitale_Souveraenitaet_2019_final.pdf.
Zugegriffen: 07. September 2020

Stütterlin S, Hoßmann I, Klingholz R (2011) Demenz-Report; Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.

https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/32148/ssoar-2011-sutterlin_et_al-Demenz-Report_wie_sich_die_Regionen.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2011-sutterlin_et_al-Demenz-Report_wie_sich_die_Regionen.pdf. Zugegriffen: 08. September 2020

Stützel K (2018) Theorie und Theoriebildung in der praxeologischen Typenbildung. In: Bohnsack R, Hoffmann NF, Nentwig-Gesemann I (Hrsg) Typenbildung und dokumentarische Methode. Forschungspraxis und methodologische Grundlagen. Budrich, Opladen, S 117–128

Sugihara T, Fujinami T, Phaal R, Ikawa Y (2015) A technology roadmap of assistive technologies for dementia care in Japan. *Dementia (London, England)* 14:80–103. doi:10.1177/1471301213493798

Tatzer VC, Reitinger E, Plunger P, Heimerl K (2020) „Wenn es nicht schlimmer wird, kann ich damit leben“ Bedürfnisse und Erfahrungen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz in Österreich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53:245–250. doi:10.1007/s00391-019-01581-9

Thiele M, Atteneder H, Gruber L (2013) Neue Altersstereotype. Das Diskriminierungspotential medialer Repräsentationen "junger Alter". In: Schwender C, Hoffmann D, Reißmann W (Hrsg) Screening Age. Medienbilder - Stereotype - Altersdiskriminierung. kopaed, München, S 39–53

Tong A, Sainsbury P, Craig J (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care* 19:349–357. doi:10.1093/intqhc/mzm042

van den Heuvel E, Jowitt F, McIntyre A (2012) Awareness, requirements and barriers to use of Assistive Technology designed to enable independence of people suffering from Dementia (ATD). *Technology and Disability* 24:139–148. doi:10.3233/TAD-2012-0342

Venkatesh V, Bala H (2008) Technology Acceptance Model 3 and a Research Agenda on Interventions. *Decision Sciences* 39:273–315. doi:10.1111/j.1540-5915.2008.00192.x

Weber K (2017) Demografie, Technik, Ethik: Methoden der normativen Gestaltung technisch gestützter Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 22:338-352

Weinberger N, Decker M (2015) Technische Unterstützung für Menschen mit Demenz? Zur Notwendigkeit einer bedarfsorientierten Technikentwicklung. *Zeitschrift für Technikfolgenabschätzung in Theorie und Praxis* 24:36–45. doi:10.14512/tatup.24.2.36

Wetzstein M, Rommel A, Lange C (2015) Pflegende Angehörige - Deutschlands größter Pflegedienst. *Gesundheitsberichterstattung (GBE) kompakt* 6:1–12

WHO (2012) Dementia; A public health priority. World Health Organization; Alzheimer's Disease International.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Zugegriffen: 07. September 2020

WHO (2017) Dementia. Fact sheet, updated. World Health Organization.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/>. Zugegriffen: 13. Dezember 2019

WHO (2020) Assistive Technology; Key Facts and Health, well-being and socioeconomics benefits. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>. Zugegriffen: 26. Mai 2020

Winblad B, Amouyel P, Andrieu S et al (2016) Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *The Lancet Neurology* 15:455–532. doi:10.1016/s1474-4422(16)00062-4

- Wingenfeld K, Büscher A, Wibbeke D (2017) Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Institut für Pflegewissenschaft. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf. Zugegriffen: 22. April 2019
- Yusif S, Soar J, Hafeez-Baig A (2016) Older people, assistive technologies, and the barriers to adoption: A systematic review. *International journal of medical informatics* 94:112–116. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.07.004
- Zegelin A, Meyer G (2018) Roboter gegen Personalengpässe in der Pflege? *Pflege* 31:61–62. doi:10.1024/1012-5302/a000607
- Zeuner C (2014) „Transformative Learning“ als theoretischer Rahmen der Erwachsenenbildung und seine forschungspraktischen Implikationen. In: Faulstich P (Hrsg) *Lerndebatten. Phänomenologische, pragmatistische und kritische Lerntheorien in der Diskussion*. transcript Verlag, Bielefeld, S 99–131
- ZQP (2016) Qualitätsrahmen für die Beratung in der Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege. www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.dpf. Zugegriffen: 03. Februar 2019
- ZQP (2018) Ergebnisse der repräsentativen ZQP-Befragung "Einstellung der Bevölkerung zu digitaler Unterstützung in der Pflege". Zentrum für Qualität in der Pflege. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_PflegeDigitalisierung.pdf. Zugegriffen: 23. April 2020
- ZQP (2019) Report Pflege und digitale Technik. Zentrum für Qualität in der Pflege. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Report-Technik-Pflege.pdf>. Zugegriffen: 10. Dezember 2019
- Zwick MM, Schröter R (2012) Konzeption und Durchführung von Fokusgruppen am Beispiel des BMBF-Projekts "Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko". In: Schulz M, Mack B, Renn O (Hrsg) *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung*. Springer VS, Wiesbaden, S 24–48

8 Thesen

1. Das Themenfeld der assistiven Technologien hat bisher keine strukturelle Abbildung im Rahmen der gesetzlich-verankerten (Pflege-)Beratung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Auch liegen bisher keine gesicherten Daten zu (didaktischen) konzeptionellen Ansätzen sowie zu Effekten von edukativen Interventionen vor.
2. Als primäre Ansprechpartner*innen zur Informationsvermittlung zu assistiven Technologien werden von den pflegenden Angehörigen vor allem Berater*innen angesehen.
3. Die explorativ erhobenen Daten ermöglichen Einblicke in die Verständnis- und Bedarfsdimensionen, die für die Gestaltung von transformativen Beratungs- und Informationsmöglichkeiten zu assistiven Technologien für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz die Basis bilden können. Für die pflegenden Angehörigen und für die Berater*innen besteht der Bedarf, die assistiven Technologien in den Pflegeprozess zu integrieren.
4. Sowohl von den pflegenden Angehörigen als auch von den Berater*innen wird der frühzeitige Kompetenzaufbau im Rahmen eines angeleiteten Unterstützungsprozesses (im Rahmen der Pflegeberatung) explizit erbeten. Sie favorisieren das persönliche Erleben assistiver Technologien, z.B. durch moderierte Testmöglichkeiten sowie durch gezielte Schulungsmöglichkeiten, um neuartige, digital-unterstützte assistive Technologien auszuprobieren und Rückmeldungen zur Praxisintegration geben zu können.
5. Die Annäherung an ein transformatives Verständnis zeigt, dass die Wissens- und Kompetenzvermittlung von assistiven Technologien stets in Beziehung zum Pflegeprozess zu stellen ist, sodass diese als integraler Bestandteil den bestehenden Pflege-Prozess verbessert und somit individuelle Wirkmechanismen sowohl für die betroffene Person als auch für den pflegenden Angehörigen offenlegt.
6. Zentral ist ein resonanzsensibles Vorgehen („Translationsdreieck“), mithilfe dessen die Bezugspunkte deutlich werden, die durch die Wissens- und Kompetenzvermittlung zu assistiven Technologien adressiert werden. Hierbei stehen das Erleben, Reflektieren und Anwenden assistiver Technologien zur individuellen Handhabung zur Hinführung eines verbesserten Pflegealltags im Fokus.
7. Translative Leistungen, also individuell adaptierte In-Bezugsetzungen zur Pflegerealität, bilden die Eckpunkte zur Gestaltung der Informationsvermittlung und Beratung (Resonanzraum), die vor allem von Berater*innen als primäre Ansprechpartner*innen übernommen werden sollten.
8. Durch einen strukturierten und didaktisierten Prozess, in dem die Wahrnehmung und Erschließung von assistiven Technologien den Startpunkt bilden und durch darauf aufbauende sowie angeleitete weiterführende Reflexionen (stets in Bezug zur individuellen Pflegerealität) kann ein systematischer Aufbau von Wissen und Kompetenzen zu assistiven Technologien gestaltet werden („Transformations-Phasen-Modell“).

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter oder die Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Ideen, Daten oder Konzepte sind unter Angabe der Autorinnen und Autoren gekennzeichnet. Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit keine entgeltliche Unterstützung in Anspruch genommen habe.

Halle (Saale), den 13.10.2020

Denny Paulicke

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt. Ich habe keine früheren Promotionsversuche unternommen und befinde mich in keinem weiteren offenen Promotionsverfahren an der hiesigen oder einer anderen Universität.

Halle (Saale), den 13.10.2020

Denny Paulicke

Danksagung

Mein größter Dank gilt Prof. Dr. Gabriele Meyer, die mein wissenschaftliches Denken und Handeln entscheidend prägte. Sie hat mich während der Erstellung dieser Arbeit und während der gesamten Promotionszeit hervorragend betreut und motiviert. Die inhaltlichen Diskussionen und auch die kritischen Fragen und Anmerkungen haben meinen Arbeitsprozess stets sehr bereichert.

Ganz besonders möchte ich mich auch bei dem gesamten FORMAT-Projekt-Team des Dorothea Erxleben Lernzentrums Halle bedanken. Auf dem Fundament des wertvollen und freundschaftlichen Austauschs sowie der kollegialen Unterstützung konnte die Arbeit erstellt werden und darüber hinaus dazu beitragen, die persönliche Teilhabe am akademischen Diskurs stets zu erweitern.

Danken möchte ich auch den pflegenden Angehörigen und den Expert*innen, die sich bereit erklärt haben, an den Erhebungen teilzunehmen.