Auszeit

für pflegende Hände

Landwirtschaftliche Pflegekasse
Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland

Herausgeber
Landwirtschaftliche Pflegekasse
Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (LPK HRS)
Bartningstr. 57
64289 Darmstadt
Telefon: 06151 702-0
www.hrs.lsv.de

Redaktion
Direktor Wilhelm Kins (verantwortlich)
Direktor Helmut Heinz
Martina Opfermann-Kersten

Fotos
Martina Opfermann-Kersten
Jörg Kiesler
Carola Polzer
Joachim Mosbach

Layout & Druck
Gathof Druck GmbH
Anzengruberstraße 12
63073 Offenbach/Bieber
Telefon: 069 891439
www.gathof-druck.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort LPK HRS 4
Hauptgeschäftsführer Wilhelm Kins
Stellvertretender Geschäftsführer Helmut Heinz

Vorwort Pflegekasse für den Gartenbau 7
Geschäftsführer Thomas Wirz

Grußwort der Bauern- und Winzerverbände 8

Grußwort der Landfrauenverbände 9

Grußwort 10
Ministerpräsidentin Annegret Kramp-Karrenbauer

Projektbeschreibung PibS 12

Vorstellung der Kooperationspartner 18
Dr. Hermann Josef Engel
Prof. Dr. Wolfgang Menke

Evaluationsbericht 26
Christian Hetzel

Sicht der TeilnehmerInnen 68
Interview mit Gudrun Müller
Interview mit Gerhard Rinck
Zitate von TeilnehmerInnen

Sicht der Kursleitung 78
Monika Siebenborn
Margarete Engel

Sicht der Projektleitung 86
Martina Opferman-Kersten
Stefanie Sunkel

Warum Gruppen wirken 88
Dr. Hermann Josef Engel
Margarete Engel

Ausblick 98

Vorwort LPK HRS

Hauptgeschäftsführer Wilhelm Kins
Stellvertretender Geschäftsführer Helmut Heinz

Wilhelm Kins
Hauptgeschäftsführer

Helmut Heinz
Stellv. Geschäftsführer

Die Pflege von Angehörigen zuhause rückt mehr und mehr in den Fokus der Öffentlichkeit. In Deutschland werden circa 2,4 Millionen Menschen täglich von ihren Angehörigen gepflegt und versorgt; das sind circa 70 Prozent aller Pflegebedürftigen.

Die physische und psychische Belastung der Pflegenden ist immens und führt häufig selbst zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Eigene Bedürfnisse und Interessen müssen zurückgestellt, soziale Kontakte eingeschränkt oder aufgegeben werden.

In der Landwirtschaft ist der Anteil der Männer und Frauen, welche ihre Angehörigen – neben den Belastungen durch den landwirtschaftlichen Betrieb – zuhause betreuen und pflegen, noch deutlich höher als in der allgemeinen Bevölkerung. „Pflege in guten und schlechten Tagen" ist nicht nur häufig Klausel in Hofübergabeverträgen, sondern entspricht auch der Wertevorstellung der bäuerlichen Bevölkerung, nach der Pflege vor allem als familiäre Aufgabe gesehen wird.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Landwirtschaftliche Sozialversicherung Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland bereits 2007 entschlossen, den pflegenden Angehörigen ihrer Versicherten ein spezielles Kursprogramm anzubieten. Dabei werden im Rahmen einer Erholungs- und Trainingswoche in einer Reha-Einrichtung zum einen Beratung, Anleitung und Hilfestellung für den häuslichen Pflegealltag gegeben, aber auch Zeit für Erholung, Entspannung und Erfahrungsaustausch eingeräumt. Dieses „PibS-Projekt" (Personen in belastenden Situationen) ist ein spezielles Angebot der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung, mit dem diese das Selbstverständnis ihrer Versicherten unterstützt, Pflege solange wie möglich zuhause zu gewährleisten. Zugleich soll pflegenden Angehörigen ermöglicht werden, auch einmal etwas für sich selbst zu tun. Darüber hinaus entspricht diese Unterstützung einer Pflege zuhause dem Grundsatz „ambulant vor stationär". Nicht zuletzt bedeutet Angehörigenpflege, dass die Pflegeversicherung finanziell entlastet wird.

Die Sozialversicherung für den Gartenbau bietet ihren pflegenden Angehörigen das „PibS-Projekt" der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland seit 2008 ebenfalls an. Auch dort ist das Projekt in der Zwischenzeit gut etabliert und die Resonanz der Teilnehmer durchweg positiv.

Für die Landwirtschaftliche Sozialversicherung Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland war es von Anfang an wichtig, dass das Projekt wissenschaftlich begleitet wird, um den „Erfolg" der angebotenen Erholungs- und Trainingswoche fundiert feststellen, aber auch eventuellen Handlungsbedarf für eine Weiterentwicklung und Verbesserung des Projektes erkennen zu können.

Diese wissenschaftliche Begleitung wurde durch das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr) an der Deutschen Sporthochschule Köln durchgeführt. Für die Finanzierung dieser Evaluation durch die Ergo Direkt Versicherung bedanken wir uns an dieser Stelle herzlich.

Anlässlich der am 4. Februar 2011 im Gesundheitszentrum Saarschleife, Mettlach-Orscholz stattgefundenen Präsentation dieser Evaluation stellte die damalige saarländische Sozialministerin und heutige Ministerpräsidentin des Saarlandes, Annegret Kramp-Karrenbauer fest: „Die LSV geht bei diesem Vorzeigeprojekt mit gutem Beispiel voran. Ich hoffe, dass sie viele Nachahmer findet." Zugleich regte sie eine Veröffentlichung der gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Sicht aller Beteiligten an. Dieser Anregung folgend haben wir diese Druckschrift erstellt.

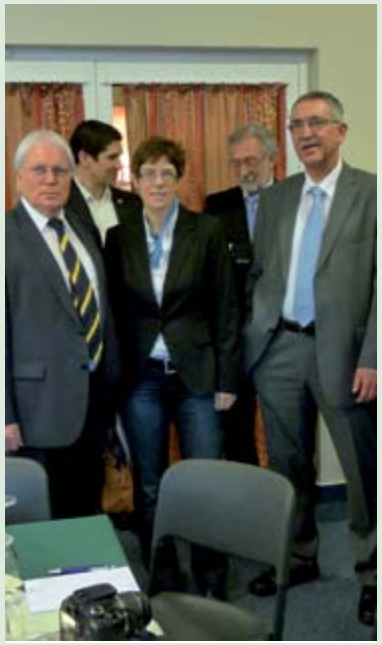
Möge das Buch Anstoß für weitere Unterstützung und Hilfestellung für pflegebedürftige Menschen, sowie pflegende Angehörige sein.

Darmstadt, Saarbrücken, im Februar 2012

Wilhelm Kins
Hauptgeschäftsführer

Helmut Heinz
Stellv. Geschäftsführer

Landwirtschaftliche Sozialversicherung Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland



4. Februar 2011 Vorstellung der Evaluation des Projektes PibS

Christian Hetzel, Helmut Heinz, Annegret Kramp-Karrenbauer, Wilhelm Kins, Prof. Dr. Wolfgang Menke und Bernd Baumbach (v.l.n.r.)

Vorwort Pflegekasse für den Gartenbau

Geschäftsführer Thomas Wirz

Stärkung der pflegenden Angehörigen

Die Menschen in Deutschland werden zunehmend älter. Viele wünschen sich dann in gewohnter Umgebung von vertrauten Familienangehörigen umsorgt zu werden.

Die Stärkung der pflegenden Angehörigen gehört zu den wichtigsten Aufgaben zur Sicherstellung der häuslichen Pflege. Ziel sollte es sein, die Vereinbarung von Pflege und Beruf zu verbessern. Daneben müssen die pflegenden Angehörigen ihrem eigenen beruflichen, familiären und privaten Umfeld gerecht werden. Dabei überschreiten sie häufig die eigenen Grenzen. Physische und psychische Erschöpfung, Überforderung und Rückenprobleme sind die häufigen Folgen und oftmals kann nach Eintritt von Erkrankungen die häusliche Pflege nicht mehr gewährleistet werden. Gerade wegen dieser Belastungen sollten pflegende Angehörige besonders gut auf die eigene Verfassung achten.

Eine wertvolle Hilfe, um für eine Balance zwischen den Anforderungen der Pflege und dem eigenen Wohlergehen zu sorgen, ist das Projekt PibS, das die Pflegekasse für den Gartenbau gemeinsam mit der Landwirtschaftlichen Pflegekasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland durchführt. Damit wird gewährleistet, dass Pflegebedürftige weiterhin solange wie möglich in der häuslichen Umgebung gepflegt werden und pflegende Angehörige eine Auszeit nehmen, sich erholen und neue Kraft für den oft anstrengenden Pflegealltag schöpfen können.

Die Sozialversicherungsträger für den Gartenbau fördern dieses Projekt und wünschen sich daher, dass zukünftig möglichst viele pflegende Angehörige von dem Angebot Gebrauch machen.

Thomas Wirz
Geschäftsführer
Sozialversicherung für den Gartenbau

***Thomas Wirz,** Geschäftsführer*

Grußwort der Bauern- und Winzerverbände

PibS – ein passgenaues Angebot für unsere landwirtschaftlichen Familien

Angehörige solange wie möglich zuhause zu pflegen, entspricht dem Selbstverständnis in unseren landwirtschaftlichen Familien.

Deshalb haben wir als Mitglieder der Selbstverwaltung in der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland die Initiative der Verwaltung sehr begrüßt, ein spezielles Angebot zu entwickeln, mit dem pflegenden Angehörigen Anleitungen und Tipps gegeben werden, die ihren häuslichen Pflegealltag erleichtern sollen.

Wichtig war und ist uns dabei auch, dass die Pflegenden Abstand von ihrem Pflegealltag bekommen und ausreichend Zeit eingeräumt wird für Erholung und Entspannung sowie auch für Erfahrungsaustausch mit gleichermaßen Betroffenen; denn die Entbehrungen und Mühen durch die Pflege kommen in unseren Familien zu der regelmäßigen Arbeit im Betrieb und im Haushalt hinzu und führen die Pflegenden häufig bis an die Grenzen ihrer Belastbarkeit.

Die Erholungs- und Trainingswoche in einer Reha-Einrichtung, welche PibS darstellt, bietet alle diese Aspekte. Damit ist PibS ein passgenaues Angebot für unsere landwirtschaftlichen Familien. Deshalb wünschen wir uns, dass dieses Projekt auch in Zukunft weitergeführt und ausgebaut wird.

Friedhelm Schneider
Präsident des
Hessischen Bauernverbandes

Leo Blum
Präsident des
Bauern- und Winzerverbandes
Rheinland-Nassau

Ingo Steitz
Vizepräsident des
Bauern- und Winzerverbandes
Rheinland-Pfalz Süd

Klaus Fontaine
Präsident des
Bauernverbandes Saar

Grußwort der Landfrauenverbände

Landfrauen sind mehrfach belastet

Nach wie vor ist es im ländlichen Bereich glücklicherweise noch die Regel, dass circa 80 Prozent der Pflegebedürftigen in den landwirtschaftlichen Familien versorgt werden. Die Pflege wird hierbei überwiegend von den Frauen übernommen.

Die Tätigkeiten im landwirtschaftlichen Betrieb, wie zum Beispiel der Haushalt, die Erziehung der Kinder und die Mitarbeit im Stall erfordern einen hohen Arbeitseinsatz der Frauen. Wird dann noch ein Angehöriger pflegebedürftig, stoßen viele über kurz oder lang an die Grenzen ihrer körperlichen oder seelischen Belastbarkeit.

Daher wird das Projekt PibS der Landwirtschaftlichen Pflegekasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, sowie der Pflegekasse für den Gartenbau, das den pflegenden Angehörigen eine Auszeit von ihrem häuslichen Pflegealltag ermöglicht, von den Landfrauen begrüßt. Durch die räumliche Distanz können sie abschalten, sich erholen und mit Gleichgesinnten austauschen; zudem werden ihnen praktische Aspekte der Pflege vermittelt.

Wir freuen uns, dass den Pflegenden durch das Projekt PibS seit 2007 konkrete Hilfe und Unterstützung angeboten wird und wünschen allen zukünftigen TeilnehmerInnen einen erfolgreichen und erholsamen Aufenthalt.

Evelyn Moscherosch
Präsidentin des
Landfrauenverbandes Hessen

Christa Klaß, MdEP
Vorsitzende des Landfrauenverbandes Rheinland-Nassau,

Ilse Wambsganß
Präsidentin des
Landfrauenverbandes Pfalz

Silvia Zöller
Vorsitzende des Landfrauenverbandes Rheinhessen

Hedwig Garbade
Vorsitzende des Landesverbandes SaarLandFrauen

Grußwort

Ministerpräsidentin Annegret Kramp-Karrenbauer

Mehr als zwei Drittel aller Pflegebedürftigen werden im Saarland zuhause von ihren überwiegend weiblichen Familienmitgliedern betreut. Dies entspricht dem Wunsch der großen Mehrheit sowohl der Pflegebedürftigen als auch ihrer Angehörigen. Die oft langjährige Pflege bedeutet für pflegende Angehörige starke emotionale Belastung, nicht selten materielle Einschränkungen und den Verzicht auf wesentliche Bereiche der eigenen Selbstverwirklichung. Meist steigen die physischen und psychischen Anforderungen im Laufe der Pflegesituation, wodurch die Pflegenden selbst oftmals an die Grenzen ihrer eigenen Belastbarkeit geraten können.

Insbesondere die Vereinbarkeitsproblematik von Verpflichtungen in Pflege und Betreuung von Angehörigen mit beruflichen Erfordernissen erhöhen die alltäglichen Belastungen pflegender Angehöriger. Erziehung und Pflege, beides sind Leistungen, die in der Regel von Familien erbracht werden. Und beide unterliegen der Gefahr, in ihrer Bedeutung für die Volkswirtschaft chronisch unterschätzt zu werden.

In Zukunft wird angesichts der demografischen Entwicklung mit einer signifikant hohen Zunahme älterer Menschen die Beanspruchung von Familienangehörigen im Erwerbsalter durch die Pflege älterer Menschen weiter anwachsen. Im Saarland ist Prognosen zufolge mit einem Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Menschen von heute rund 32.000 auf 37.000 im Jahr 2020 zu rechnen.

Angesichts dieser Herausforderungen darf unsere Gesellschaft pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige nicht allein lassen und hat dafür Sorge zu tragen, dass pflegenden Angehörigen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gelingen kann.

Zur Erleichterung der Pflegesituation insbesondere im ambulanten, häuslichen Bereich werden nicht zuletzt demografiebedingt weitere Anstrengungen zur Verbesserung der Hilfs- und Beratungsangebote für pflegebedürftige ältere Menschen und ihre Pflegepersonen notwendig sein.

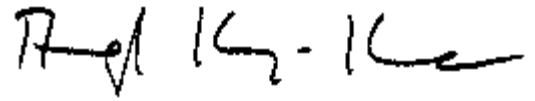
Annegret Kramp-Karrenbauer
Ministerpräsidentin des Saarlandes

Darauf zielt beispielsweise die aktuelle Erarbeitung des 3. Teils des Landesseniorenplanes, der sich dem Schwerpunkt-Thema „Alter und Pflege“ widmet. Dabei nimmt das Sozialministerium in Kooperation mit der Hochschule für Technik und Wirtschaft und dem Landesseniorenbeirat u.a. auch eine Bestandserhebung vor, um die in saarländischen Städten und Gemeinden bestehenden senioren- bzw. pflegeorientierten Infrastrukturen bzw. Angebote zu erfassen und auf dieser Grundlage bestehende Hilfs- und Unterstützungsangebote noch stärker zu vernetzen.

Helmut Heinz, Annegret Kramp-Karrenbauer und Wilhelm Kins (v.l.n.r.)

Vor allem ist es an der Zeit, dass die Pflege gesamtgesellschaftlich höhere gesellschaftliche Wertschätzung erfährt. Um pflegenden Angehörigen ebenso wie über die Familie hinaus in der Pflege ehrenamtlich engagierten Bürgerinnen und Bürgern für die Übernahme und Sicherstellung der häuslichen Pflege- und Betreuungsdienste ausdrücklich Dank zu sagen, verleiht das Sozialministerium zur öffentlichen Würdigung herausragender häuslicher Pflegeleistungen seit 2007 die Pflegemedaille des Saarlandes.

Im Hinblick auf die aus einer Pflegesituation heraus entstehenden Belastungen bin ich der Landwirtschaftlichen Kranken- und Pflegekasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland überaus dankbar für das im Jahr 2007 gestartete Projekt „Personen in belastenden Situationen“, das pflegenden Angehörigen eine Erholungs- und Trainingswoche in einer Reha-Klinik ermöglicht. Damit stellt sie den Alltag pflegender Angehörigen in den Mittelpunkt und lässt deren Bedürfnisse nach begleitender, entlastender Unterstützung in der häuslichen Pflege die verdiente Aufmerksamkeit zukommen. In zukunftsorientierter Weise trägt das Projekt dazu bei, die häusliche Pflege zu stärken und pflegebedürftigen Menschen den längeren Verbleib in ihrem vertrauten Lebens- und Wohnumfeld zu sichern. Daher bin ich überzeugt, dass PibS auf Erfolgskurs bleiben wird. Dafür wünsche ich allen Beteiligten alles Gute.



Annegret Kramp-Karrenbauer
Ministerpräsidentin des Saarlandes

Projektbeschreibung (PibS)

Gedanke des Projektes

Hinter dem Projekt PibS (Personen in belastenden Situationen) verbirgt sich eine Erholungs- und Trainingswoche in einer Rehabilitationsklinik. Während dieser Woche erhalten die Pflegepersonen Anleitung, Beratung und Tipps für ihren häuslichen Pflegealltag. In Gruppen bis zu 15 Personen werden sie durch Fachpersonal in allen Aspekten geschult. Zeit bleibt natürlich auch für die Erholung, für Entspannung und den Austausch mit Gleichgesinnten. Die Programminhalte sind nicht fest vorgegeben, sondern können bei der Vorstellung der Teilnehmer und deren persönlichen Pflegesituationen individuell angepasst werden.

Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen können Pflegepersonen, die einen Angehörigen der Pflegestufe 1, 2 oder 3 zuhause pflegen und bei der Landwirtschaftlichen Kranken- und Pflegekasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland bzw. bei der Kranken- und Pflegekasse für den Gartenbau versichert sind. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflege mehr als 14 Stunden pro Woche ausgeübt wird.

Situationsbeschreibung

Zum Projektstart 2007 wurden über 800 Personen angeschrieben. Viele Pflegepersonen, die die Pflege während ihrer Abwesenheit nicht zuhause durch Verwandte oder Bekannte sicherstellen

Morgengymnastik

Wassergymnastik

Gemeinsames Frühstück am gedeckten Tisch

Eindruck bei der Besichtigung einer Pflegeeinrichtung

können, haben Probleme oder auch Angst, den Pflegebedürftigen in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung zu bringen. Sie befürchten, dass die Pflege danach vielleicht noch aufwendiger wird. Oft wollen die Pflegebedürftigen auch nicht von einer anderen Person versorgt werden. Hier ist zum Teil noch Überzeugungsarbeit zu leisten.

Kooperationspartner

Das Projekt wird in Zusammenarbeit mit der Klinik Lohrey in Bad Soden-Salmünster sowie mit dem Gesundheitszentrum Saarschleife in Mettlach-Orscholz durchgeführt. Die Evaluierung (wissenschaftliche Begleitung) wurde durch das Institut für Qualitätssicherungen in der Prävention und Rehabilitation (iqpr) an der Deutschen Sporthochschule Köln begleitet.

Finanzierung und Eigenanteil

Unter dem Aspekt "Alles unter einem Dach" erfolgt die Finanzierung anteilig durch die Land- und Forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, Krankenkasse sowie Pflegekasse. Jeder Teilnehmer beteiligt sich mit einem Betrag von 100,00 Euro an den Gesamtkosten.

Besichtigung der Behinderteneinrichtung auf dem Hofgut Serrig

Projektbeschreibung (PibS)

Präventions- und Fortbildungsmaßnahmen für PibS
Einwöchiges „Rund-um-Seminar“ für LKK-Versicherte, die Angehörige pflegen

Durchführung in einer Kurklinik mit Unterkunft und Verpflegung

Programm:

Zeit	Aktivität
Tag 1 – Sonntag (Anreisetag)	
bis 10:00	Individuelle Anreise
10:00 bis 11:30	Organisatorisches / Zimmerbelegung
11:30 bis 12:30	Gemeinsames Mittagessen
13:00 bis 15:00	Vorstellung des Projektes, der beteiligten Personen und der Klinik, gegenseitiges Kennenlernen der Teilnehmer, Teilnehmer beschreiben ihre Erwartungen
15:30 bis 16:00	Pause
16:00 bis 17:00	Einzelgespräche zur Berücksichtigung eines individuellen Bedarfs
17:30 bis 18:00	Gemeinsames Abendessen
19:00 -	Abendausklang
Tag 2 – Montag	
07:00 bis 07:45	Gemeinsame Morgengymnastik (oder Wahrnehmung alternativer Angebote)
08:00 bis 09:00	Frühstück
09:00 bis 10:30	Pflegekurs: Lagerungstechniken Prophylaxe und Unfallschutz: Übungen am Krankenbett
10:30 bis 10:40	Pause
10:40 bis 12:00	Krankenbeobachtung (theoretischer Unterricht)
12:00 bis 12:45	Gemeinsames Mittagessen
12:45 bis 14:00	Pause/Erholung
14:00 bis 15:30	Krankentransfer; Unterweisung mit praktischen Übungen unter Aspekten der Rückenschule
15:30 bis 16:00	Pause
16:00 bis 17:30	Zeit zur freien Verfügung (ggf. auch Nutzung des Therapieangebots der Kurklinik)
17:30 bis 18:00	Gemeinsames Abendessen
19:00 -	Abendausklang

Zeit	Aktivität
Tag 3 – Dienstag	
07:00 bis 07:45	Gemeinsame Morgengymnastik (oder Wahrnehmung alternativer Angebote)
08:00 bis 09:00	Frühstück
09:00 bis 10:30	Pflegekurs: Ausstattung des Krankenzimmers, Aspekte der Hygiene Darreichung von Medikamenten (Teil 1)
10:30 bis 10:40	Pause
10:40 bis 12:00	Pflegekurs: Ausstattung des Krankenzimmers, Aspekte der Hygiene Darreichung von Medikamenten (Teil 2)
12:00 bis 12:45	Gemeinsames Mittagessen
12:45 bis 14:00	Pause
14:00 bis 17:30	Sprechstunde der landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger, gemeinsamer Einstieg und anschließend Möglichkeit individueller Gespräche (alternativ steht der Nachmittag zur freien Verfügung)
17:30 bis 18:00	Gemeinsames Abendessen
19:00 -	Abendausklang
Tag 4 – Mittwoch	
07:00 bis 07:45	Gemeinsame Morgengymnastik (oder Wahrnehmung alternativer Angebote)
08:00 bis 09:00	Frühstück
09:00 bis 10:30	Ernährungsfragen - Theorie
10:30 bis 10:40	Pause
10:40 bis 12:00	Ernährungsfragen - Praxis
12:00 bis 12:45	Gemeinsames Mittagessen
12:45 bis 14:00	Pause
14:00 bis 15:30	Sportangebot
15:30 bis 16:00	Pause
16:00 bis 17:30	Aquasport im Bewegungsbad
17:30 bis 18:00	Gemeinsames Abendessen
19:00 -	Abendausklang

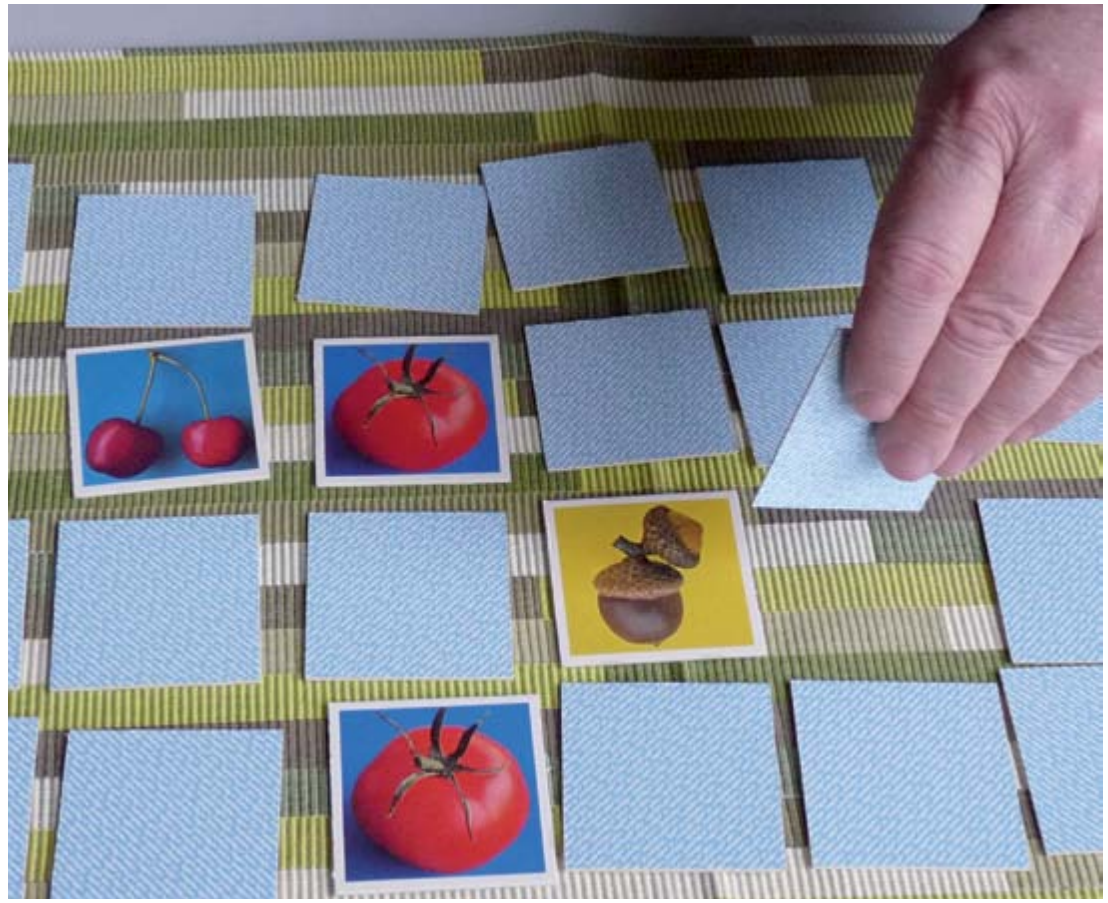
Projektbeschreibung (PibS)

Präventions- und Fortbildungsmaßnahmen für PibS
Einwöchiges „Rund-um-Seminar" für LKK-Versicherte, die Angehörige pflegen

Programm:

Zeit	Aktivität
Tag 5 – Donnerstag	
07:00 bis 07:45	Gemeinsame Morgengymnastik (oder Wahrnehmung alternativer Angebote)
08:00 bis 09:00	Frühstück
09:00 bis 10:30	Pflegekurs: Der demente Patient (Teil 1)
10:30 bis 10:40	Pause
10:40 bis 12:00	Pflegekurs: Der demente Patient (Teil 2)
12:00 bis 12:45	Gemeinsames Mittagessen
12:45 bis 17:30	Nachmittag zu freien Verfügung (ggf. auch Nutzung des Therapieangebots der Kurklinik)
17:30 bis 18:00	Gemeinsames Abendessen
19:00 -	Abendausklang
Tag 6 – Freitag	
07:00 bis 07:45	Gemeinsame Morgengymnastik (oder Wahrnehmung alternativer Angebote)
08:00 bis 09:00	Frühstück
09:00 bis 10:30	Pflegekurs: Betreuung und Pflege Sterbender (Teil 1)
10:30 bis 10:40	Pause
10:40 bis 12:00	Pflegekurs: Betreuung und Pflege Sterbender (Teil 2)
12:00 bis 12:45	Gemeinsames Mittagessen
12:45 bis 13:30	Pause
13:30 bis 15:00	Bewegungs- und Entspannungsübungen
15:00 bis 17:30	Nachmittag zur freien Verfügung (ggf. auch Nutzung des Therapieangebots der Kurklinik)
17:30 bis 18:00	Gemeinsames Abendessen
19:00 -	Abendausklang mit meditativem Tanz etc.

Zeit	Aktivität
Tag 7 – Samstag (Abreisetag)	
07:00 bis 07:45	Gemeinsame Morgengymnastik (oder Wahrnehmung alternativer Angebote)
08:00 bis 09:00	Frühstück
09:00 bis 11:00	Rückmeldung und Ergebnisanalyse
11:00 bis 12:00	Check out
11:30 bis 12:30	Möglichkeit zum Mittagessen
	Individuelle Abreise



Vorstellung der Kooperationspartner

Klinik Lohrey in Bad Soden-Salmünster
Dr. Hermann Josef Engel

Im Jahr 2003 wurde die bereits 1958 von der Familie Lohrey gegründete „Klinik Lohrey“ unter Beibehaltung des Familiennamens von Hartwig Barthold übernommen und unternehmerisch in die Prisma-Gruppe integriert. Hinsichtlich der Belegung erfolgte ein neuer Schwerpunkt in Richtung der Versorgung von Patienten im Rahmen von Anschlussheilbehandlungen.

Die Landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger sind seit 1988 mit der Klinik Lohrey verbunden. Es waren dies zunächst die Landwirtschaftlichen Alterskassen der Region Nord und auch die Alterskasse für den Gartenbau.

Seit 2008 ist der Versorgungsvertrag der Klinik Lohrey erweitert um die Geriatrische Rehabilitation. Somit wird von der Klinik Lohrey durch fachärztliche Präsenz das Stoffgebiet der Orthopädie, der Inneren Medizin, der Rheumatologie und der Geriatrie abgedeckt. Ein besonderer Schwerpunkt der Klinik ist die Betreuung von Patienten mit Amputationen der großen Gliedmaßen. Seit 2007 ist die Klinik Lohrey eingebunden in das Projekt der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung HRS „Personen in belastenden Situationen“.

Die Indikationen der Klinik Lohrey

Dr. Hermann Josef Engel
Chefarzt Klinik Lohrey

Die Klinik Lohrey ist AHB-Klinik für Menschen nach Gelenkoperationen und Gelenkersatzoperationen (Hüft-, Knie-, Schulter- und Sprunggelenksprothesen), Wirbelsäulen- und Bandscheibenoperationen sowie Unfallnachbehandlungen. Neben den postoperativen Versorgungen erfolgen konservative Therapiemaßnahmen bei Verschleißleiden der Gelenke, Wirbelsäule und Bandscheiben sowie bei Erkrankungen der Muskulatur und des Bindegewebes. Eine besondere Stellung nehmen dabei die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ein. Auf internistischem Stoffgebiet erfolgen Rehabilitationsmaßnahmen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Stoffwechselstörungen wie Adipositas, Hyperlipidämie, Hyperuricämie und Diabetes mellitus. Ein Schwerpunkt der Klinik ist die Frührehabilitation nach Ober- und Unterschenkelamputationen.

Luftbild der Klinik

Caféteria der Klinik

Wassergymnastik

Gruppenbild vor der Klinik

Dem demographischen Wandel verpflichtet wurde als letztes Indikationsgebiet die Geriatrische Rehabilitation als weiterer Schwerpunkt ausgebaut.

Neben den durch Rentenversicherung und Krankenkasse getragenen stationären Aufenthalten bietet die Klinik Lohrey individuelle Behandlungsprogramme und Angebote. Diese reichen vom Individualurlaub über Medizinische Gesundheitswochen bis hin zu Programmen für ältere und pflegebedürftige Patienten.

Das diagnostische Leistungsspektrum

Am Anfang jedes stationären Aufenthaltes steht die ärztliche Eingangsuntersuchung am Anreisetag, gefolgt von Labordiagnostik und apparativer Diagnostik. In der Klinik selbst werden EKG, Belastungs- und Langzeit-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Sauerstoffsättigung, arterielle und venöse Doppleruntersuchungen und sonographische Untersuchungen des Abdominalraums, der Schilddrüse, der Gelenke und Weichteile durchgeführt.

Röntgenuntersuchungen erfolgen in Kooperation mit der benachbarten Klinik St. Marien. Spezielle radiologische Diagnostik wie Computertomographie und Kernspintomographie erfolgen in den Main-Kinzig-Kliniken. Konsiliarärzte werden in besonderen Fällen in Diagnostik und Therapie eingebunden.

Eine Fachärztin für Psychiatrie ist regelmäßig in der Klinik tätig. Ebenso gibt es eine Sprechstunde eines niedergelassenen Arztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Die geriatrische Diagnostik wird ergänzt um zahlreiche Assessments (Barthel-Index, FIM-Index, Mini Nutritional Assessment und Mini Mental Status, etc.).

Das therapeutische Angebot

Die Therapie basiert auf dem Einsatz von Pharmakotherapie, Gesprächen und Beratung, diätetischer Schulung und Diätverpflegung sowie gezielter physikalischer Therapie und Physiotherapie. Der Therapieplan wird mit dem Patienten gemeinsam anhand der Therapieziele und der Fähigkeiten bestimmt. Es kommen zum Einsatz: Krankengymnastik als Einzelkrankengymnastik oder Kleingruppen und Gruppengymnastik, gymnastische Übungen im Bewegungsbad, physikalische Therapie mit Bädern, Massagen, Fangopackungen, Elektrotherapie, Ultraschall, Inhalationen, Magnetfeldtherapie, Medizinische Trainingstherapie, Ergotherapie und Logopädie, Gesundheitsberatung in Vorträgen und Seminaren, Ernährungsberatung, Übungen in der Lehrküche, psychologische Beratung sowie Heil- und Hilfsmittelversorgung. Angebunden an unsere Therapie ist eine Prothesensprechstunde für Patienten mit Amputationen. Sozialberatung erfolgt für Menschen mit Bedingungen der Pflegeversicherung und Organisation von Hilfsmitteln.

Die Notfallversorgung ist über ein Notrufsystem sichergestellt. Nachts und an den Wochenenden wird ein ärztlicher Bereitschaftsdienst und zusätzlich ein fachärztlicher Hintergrunddienst bereitgehalten.

Dialysepatienten werden in Absprache mit dem Dialysezentrum in Bad Orb aufgenommen.

Vorstellung der Kooperationspartner

Gesundheitszentrum Saarschleife in Mettlach Orscholz

Prof. Dr. Wolfgang Menke

Hoch über dem bekannten Naturdenkmal Saarschleife – Deutschlands schönster Flussschleife – thront der heilklimatische Kurort Orscholz. Mitten im Herzen der waldreichen Mittelgebirgslandschaft des Dreiländerecks Deutschland-Frankreich-Luxemburg gelegen, bieten der Kurort und seine umliegende Region neben gutem Klima und reiner Luft eine große Vielfalt an attraktiven Freizeitangeboten.

Das Gesundheitszentrum Saarschleife mit integrierter orthopädischer und psychosomatischer Rehaklinik liegt mit seiner parkähnlichen Anlage direkt zwischen Orts- und Waldrand. Die unverkennbare Form der Saarschleife spiegelt sich in der Architektur des Hauses wieder. Hier finden Sie einen idealen Ort für Erholung und Entspannung.

Den Gästen des Hauses steht die Bäderlandschaft mit circa 1000 qm Wasserfläche inklusive Wellenbad, beheiztem Außenbecken, Whirlpools und Sauna kostenlos zur Verfügung. Im Sommer lädt der Barfußpfad im Innenhof des Geländes zu einer gebührenfreien Fußmassage ein. Verschiedene medizinische Therapien oder wohltuende Entspannungsangebote können individuell gebucht werden. Genießen Sie zum Beispiel Craniosacrale Therapie, Hot-Stone-, Ayurvedische – oder kosmetische Behandlungen je nach Wunsch. Zahlreiche Unterhaltungs- und Informationsprogramme sowie Sport- und Aktivangebote werden angeboten. Ausflüge nach Trier, Luxemburg oder Saarburg, sowie wöchentliche Tanzabende, Gesundheitsvorträge, Kreativangebote, Wanderungen und in den Wintermonaten Autorenlesungen stehen (teilweise gegen Gebühr) auf dem Programm.

Prof. Dr Wolfgang Menke
Chefarzt
Gesundheitszentrum Saarschleife

In den rehabilitativen Abteilungen Orthopädie und Psychosomatik legen wir großen Wert auf medizinisches Know-How. Unsere Ärzte und Therapeuten nehmen regelmäßig an Weiterbildungen teil und sind somit immer auf dem neuesten fachspezifischen Stand.

Im Jahr 1997 eröffnete in unserem Haus das Europäische Zentrum für Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) seine Türen.

Außenansicht des Gesundheitszentrums

Saarschleife

Wellenbad

Rundgang durch die grüne Oase der Klinik

Die chinesische Medizin ist eine naturorientierte ganzheitliche Heilmethode, bei der der Patient mit Körper, Geist und Seele als Einheit gesehen wird. Die Fundamente der TCM beruhen auf den philosophischen Schulen des Taoismus und Konfuzianismus; ihre Ursprünge können bis mindestens 1000 Jahre vor Christus zurückverfolgt werden. Im Gesundheits-Zentrum Saarschleife kooperieren die fernöstliche und die westliche Medizin erfolgreich miteinander. Diagnose und Therapie basieren auf drei Grundsätzen: der Prävention, der Ganzheitlichkeit und der holistischen Medizin. Bereits frühzeitig sollen leichte körperliche Veränderungen erkannt werden, bevor sie in schwere organische Erkrankungen übergehen können. Im ganzheitlichen Konzept werden z. B. auch bei lokalen Schmerzen, Stressbelastungen, negative Emotionen und das soziale Umfeld des Patienten mitberücksichtigt. Die Therapien können im Rahmen von Pauschalarrangements oder als ambulante Einzelbehandlungen gebucht werden.

Im Gesundheitszentrum Saarschleife lassen sich Gesundheit und Urlaub unmittelbar miteinander verbinden. In Zusammenarbeit mit verschiedenen Krankenkassen werden auch nach SGB V zugelassene Präventionsaufenthalte angeboten.

Evaluationsbericht

Christian Hetzel

Personen in belastenden Situationen (PibS)

1.0 Zusammenfassung

2.0 Fragestellungen und Aufbau des Berichts

3.0 Ausgangslage
3.1 Stand der Forschung: Gesundheit bei pflegenden Angehörigen
3.2 Theorie der Verhaltensänderung
3.3 Die Trainings- und Erholungswoche „PibS“
3.4 Schlussfolgerungen für den Evaluationsansatz

4.0 Evaluationsansatz, Datengrundlage und Auswertungsmethoden

5.0 Was charakterisiert die Ausgangssituation der PibS-TeilnehmerInnen und gibt es Unterschiede zur Vergleichsgruppe?
5.1 Bedürfnisse des Angehörigen
5.2 Situation der pflegenden Person
5.3 Finanzielle Ressourcen
5.4 Verfügbarkeit von Hilfsangeboten
5.5 Zusammenfassende Diskussion

6.0 Wie bewerten die TeilnehmerInnen den Nutzen der PibS-Kurse?

7.0 Was wollen die TeilnehmerInnen unmittelbar nach PibS in Bezug auf das eigene Gesundheitsverhalten und die Nutzung von entlastenden Angeboten und Diensten ändern?
7.1 Gesundheitsverhalten
7.2 Nutzung von entlastenden Angeboten und Diensten
7.3 Quantität der Änderungsabsichten

8.0 Wie verändert sich die Pflegesituation im Beobachtungszeitraum?

9.0 Wie ausgeprägt sind die Effekte im Zeitverlauf in Bezug auf das Verhalten der PibS-TeilnehmerInnen?

10.0 Wie ausgeprägt sind die Effekte im Zeitverlauf in Bezug auf subjektive Belastung und subjektive Gesundheit?
10.1 Vorüberlegungen
10.2 Ergebnisse und Interpretation

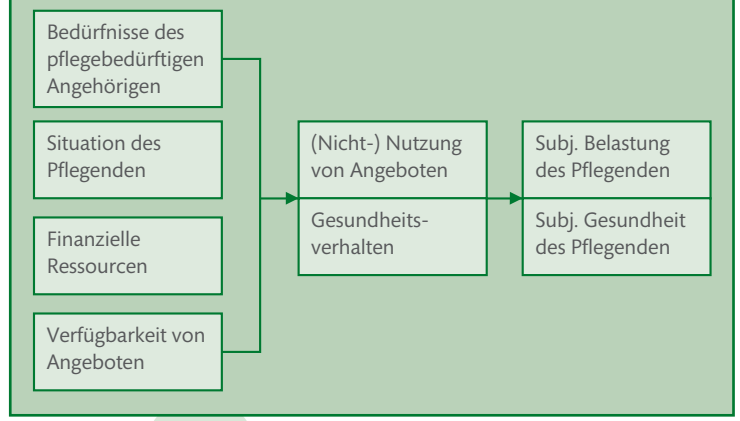
11.0 Literaturverzeichnis
Vollständiger Evaluationsbericht siehe www.hrs.lsv.de

1.0 Zusammenfassung

Evaluationsgegenstand sind zwölf PibS-Kurse mit 89 pflegenden Personen (Interventionsgruppe) sowie 148 pflegenden Personen einer zufällig ausgewählten Vergleichsgruppe. PibS-Kurse sind Trainings- und Erholungswochen, die in der Rehaklinik Klinik Lohrey in Bad Soden-Salmünster bzw. im Gesundheitszentrum Saarschleife in Mettlach-Orscholz durchgeführt und von der Land- und forstwirtschaftlichen Sozialversicherung Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (LSV HRS) sowie von den Sozialversicherungsträgern für den Gartenbau getragen werden.

Es wird ein Paneldesign mit vier Messzeitpunkten eingesetzt (bei Beginn von PibS, vier Wochen, drei Monate und sechs Monate danach). Ergänzend werden bei Ende von PibS Handlungsabsichten und Bewertungen des Kurses abgefragt.

Die Evaluation basiert auf folgendem Wirkungsmodell:



Was charakterisiert die Ausgangssituation der PibS-TeilnehmerInnen und gibt es Unterschiede zur Vergleichsgruppe?

- *Es nehmen mehrheitlich Frauen teil. Der Altersdurchschnitt liegt bei 62 Jahren. Knapp 40 Prozent der pflegebedürftigen Personen leiden an Demenz. Es sind alle Pflegestufen vertreten.*
- *Interventions- und Vergleichsgruppe sind weitgehend vergleichbar. Die Effekte von PibS dürften daher verallgemeinerbar sein.*

Christian Hetzel
Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr) GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln

Wie bewerten die TeilnehmerInnen den Nutzen des PibS-Kurses?

- *Die Themen des Pflegekurses sind nahezu durchgängig gut oder sehr gut angekommen, insbesondere das Thema „Der demente Patient".*
- *Der Austausch mit Gleichgesinnten ist von zentraler Bedeutung. Auch die weiteren Inhalte schneiden kaum minder positiv ab, darunter Entspannung, Bewegung, Selbstsicherheit.*
- *Nahezu 100 Prozent würden an einem Folgekurs teilnehmen.*

Was wollen die TeilnehmerInnen unmittelbar nach PibS in Bezug auf das eigene Gesundheitsverhalten und in Bezug auf die Pflege ändern?

- *Bis auf ganz wenige Ausnahmen geht jede Person mit mindestens einer Absicht zur Verhaltensänderung in Bezug auf die Nutzung von Entlastungsangeboten bzw. in Bezug auf die eigene Gesundheit nach Hause.*
- *60 bis 80 Prozent der TeilnehmerInnen wollen bezüglich Entspannungsübungen, Wandern, Schwimmen/Wassergymnastik, Geselligkeit oder Turnen mindestens „etwas mehr" tun.*
- *Knapp 80 Prozent der TeilnehmerInnen wollen die Ansprechperson bei PibS bzw. bei der Pflegekasse häufiger nutzen. Fast ebenso viele TeilnehmerInnen wollen die Verhinderungspflege (d.h. über Freunde, Familie oder Nachbarn) häufiger nutzen.*
- *Etwa jede zweite Person möchte Stützgespräche mit „Gleichgesinnten", aber auch mit Profis (Hausarzt, Pflegefachpersonal, Psychologe) stärker führen.*

Wie verändert sich die Pflegesituation im Beobachtungszeitraum?

- *Nur 13 Prozent der TeilnehmerInnen sind einer stabilen Pflegesituation ausgesetzt. Bei allen anderen Personen hat sich im Bezugszeitraum mindestens einmal die Pflegesituation verschlechtert.*
- *Jede zweite Teilnehmerin erlebte mindestens drei Verschlechterungen.*

Wie ausgeprägt sind die Effekte im Zeitverlauf in Bezug auf das Verhalten der PibS-TeilnehmerInnen?

- *Die PibS-TeilnehmerInnen können einige ihrer Änderungsabsichten in tatsächliches Verhalten umsetzen. Deutlich ist dies bezüglich des Gesundheitsverhaltens, weniger deutlich bezüglich der Nutzung von Entlastungsangeboten. Allerdings ist die Verhaltensänderung eher kurz- bis mittelfristig oder zeitlich instabil.*
- *Bis auf wenige Ausnahmen sinkt die Häufigkeit bei keiner Aktivität unter das Ausgangsniveau.*

Zentrale Frage: Wie ausgeprägt sind die Effekte im Zeitverlauf in Bezug auf subjektive Belastung und subjektive Gesundheit?

- *Der wahrgenommene Gesundheitszustand [1] steigt in der Gesamtgruppe kurzfristig sehr deutlich an und bleibt dann auf etwas geringerem Niveau stabil – aber dennoch deutlich oberhalb des Ausgangsniveaus. Dieser Effekt tritt jedoch nur bei TeilnehmerInnen mit hoher Pflegeausgangsbelastung auf sowie bei solchen, die einer stabilen Pflegebelastung ausgesetzt sind.*
- *Das Wohlbefinden der PibS-TeilnehmerInnen ist im Vergleich zum Ausgangsniveau fast im kompletten Beobachtungszeitraum erhöht. Die Effekte sind kurzfristig bedeutsamer als mittel- und langfristig. Im Gegensatz zum Gesundheitszustand können auch Personen mit niedriger Pflegeausgangsbelastung sowie Personen mit zunehmender Pflegebelastung das Wohlbefinden steigern.*
- *Die Lebenszufriedenheit ist ein übergeordnetes Konstrukt, das zum einen Gesundheit und Wohlbefinden integriert, aber auch weitere Dimensionen beinhaltet (z.B. Arbeit, Freizeit, Familie, Freunde etc.). Auch hier liegen positive Effekte vor, jedoch nur bei Personen mit hoher Ausgangsbelastung bzw. stabilem Pflegeverlauf.*
- *Die positiven Auswirkungen der Pflege sind nach PibS bei Personen mit hoher Ausgangsbelastung bzw. stabilem Pflegeverlauf kurzfristig deutlich erhöht, erreichen dann aber wieder das Ausgangsniveau.*
- *Die negativen Auswirkungen der Pflege können bei fast allen Personen gesenkt werden, zum Teil deutlich, aber nur in der kurzen Frist.*
- *Die wahrgenommene soziale Unterstützung bleibt im gesamten Beobachtungszeitraum bei allen Teilgruppen unverändert gegenüber dem Ausgangsniveau.*
- *Insgesamt sind die nach Pflegeverlauf differenzierten Befunde beeindruckend und bestätigen den angenommenen Verlauf der Erfolgsindikatoren:*

> ***Zum einen fördert PibS die Gesundheit, sofern der Pflegeverlauf stabil ist, zum anderen verhindert PibS bei zunehmender Pflegebelastung ein Verschlechtern der Gesundheit bzw. stabilisiert den Zustand. Das Wohlbefinden wird sogar teilweise gesteigert.***

Empfehlungen

Insgesamt ist aus Sicht der Evaluation der PibS-Kurs weitgehend ausgereift. Folgende Empfehlungen können abgeleitet werden:

- *Männer sind in den Kursen unterrepräsentiert. Hier könnte eine gezielte Ansprache Abhilfe schaffen.*
- *Das Thema Ernährung kommt nicht bei allen TeilnehmerInnen an und sollte differenziert werden.*
- *An den Kursen nahmen einzelne Personen mit pflegebedürftigen Kindern teil. Angesichts der spezifischen Pflegesituation könnte ein separater Kurs für diese Zielgruppe einen Mehrwert bieten.*
- *PibS-Kurse fördern Absichten zur Verhaltensänderung, aber die Umsetzung in tatsächliches Verhalten ist teilweise nicht stabil. Dieses Problem sollte im Kurs intensiver bearbeitet werden.*
- *Die wahrgenommene soziale Unterstützung kann zwar stabilisiert aber nicht gesteigert werden. Möglicherweise ist die verwendete Skala zu wenig sensitiv. Unabhängig davon sollte das Kurskonzept dahingehend überprüft werden und/ oder die Nachsorge darauf ausgerichtet werden. Denn die gesundheitsförderliche Wirkung von sozialer Unterstützung ist unumstritten.*
- *Auffällig ist, dass die erzielten Effekte eher kurz- bis mittelfristig sind. Hier könnten nachsorgerische Maßnahmen die erreichten Effekte verstetigen. Möglicherweise könnten bereits niedrigschwellige Maßnahmen wie z. B. Angehörigengruppen oder postalisch-telefonische Kontakte ausreichen. Die Wirkung von Angehörigengruppen im Sinne der Selbsthilfe ist belegt (vgl. Trojan, 1986; Borgetto, 2007) und würde voraussichtlich von den PibS-TeilnehmerInnen akzeptiert werden (vgl. Hetzel, 2010).*

Last but not least: Herzlichen Dank an die „guten Seelen" der PibS-Kurse. Das sind insbesondere die Kursleiterinnen Margarete Engel und Monika Siebenborn, sowie die Organisatorinnen der Träger Martina Opfermann-Kersten und Stefanie Sunkel!

In den Worten einer Teilnehmerin:

> ***„Der PibS-Kurs war toll und hat mir sehr viel gebracht, gesundheitlich und informativ. Danke für diese tolle Woche!"***

1 *Subjektive Gesundheitsindikatoren sind eine bedeutsame Gesundheitsinformation, weil sie in ihrer Aussagekraft objektivierbaren Indikatoren (z.B. Diagnosen) teils überlegen sind.*

2.0 Fragestellungen und Aufbau des Berichtes

Die zunehmende Hochaltrigkeit bringt immer häufigere und längere Phasen der Pflegebedürftigkeit mit sich. Häusliche Pflege mit einer Versorgung durch die Angehörigen steht in der vorliegenden Untersuchung im Fokus.[2] Gegenwärtig wird in Deutschland die Betreuung älterer pflegebedürftiger Menschen zu ca. 70 Prozent von Angehörigen übernommen. In der Landwirtschaft ist der Anteil insbesondere wegen Hofübergaberegelungen und der Sozialstruktur noch höher. Die meisten der pflegenden Angehörigen sind weder in pflegerischen Grundlagen noch in Stressbewältigung geschult. Die Folge sind physische, soziale und psychische Anforderungen, die durch die Arbeit im landwirtschaftlichen Betrieb noch verschärft werden. Somit laufen die pflegenden Angehörigen von heute Gefahr, die Hilfebedürftigen von morgen zu werden. Die Land- und forstwirtschaftliche Sozialversicherung Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (LSV HRS) und die Sozialversicherungsträger für den Gartenbau haben dies erkannt und bieten mit PibS (Personen in belastenden Situationen) eine Trainings- und Erholungswoche für pflegende Angehörige an. Kernziele sind: Qualität der häuslichen Pflege verbessern, Prävention von Pflegebelastungen für die Pflegenden und Gesundheitsförderung für die Pflegenden. Die PibS-Kurse sind Gegenstand der Evaluation, die folgende Fragestellungen beantworten soll:

1. *Was charakterisiert die Ausgangssituation der PibS-TeilnehmerInnen und gibt es Unterschiede zur Vergleichsgruppe?*

2. *Wie bewerten die TeilnehmerInnen den Nutzen des PibS-Kurses?*

3. *Was wollen die TeilnehmerInnen unmittelbar nach PibS in Bezug auf das eigene Gesundheitsverhalten und in Bezug auf die Pflege ändern?*

4. *Wie verändert sich die Pflegesituation im Beobachtungszeitraum?*

5. *Wie ausgeprägt sind die Effekte im Zeitverlauf in Bezug auf das Verhalten der PibS-TeilnehmerInnen?*

6. *Wie ausgeprägt sind die Effekte im Zeitverlauf in Bezug auf subjektive Belastung und subjektive Gesundheit?*

Nach einem Aufriss der Ausgangslage wird der Evaluationsansatz erläutert. Die Ergebnisse werden entlang der Fragestellungen dargestellt und diskutiert.

2 *Weitere Möglichkeiten der Pflege sind häusliche Pflege mit einer Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst sowie stationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung.*

Anleiten zum richtigen Heben

3.0 Ausgangslage

3.1 Stand der Forschung: Gesundheit bei pflegenden Angehörigen

Nach der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes waren im Dezember 2007 etwa 2.25 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Nach Vorausberechnungen dürfte die Zahl bis 2030 um fast zwei Drittel ansteigen, auf etwa 3.4 Millionen Menschen.[3] Mehr als zwei Drittel (68 Prozent oder 1.54 Mio.) der Pflegebedürftigen wurden Ende 2007 zuhause versorgt. Die große Mehrheit (1.04 Mio. Personen) von ihnen wurde in der Regel allein durch Angehörige gepflegt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008). Die zuhause versorgten Personen sind zu knapp 57 Prozent in Pflegestufe I, zu knapp 34 Prozent in Pflegestufe II und zu etwa 10 Prozent in Pflegestufe III eingestuft (vgl. Pick et al., 2004).

Der Heimeinzug kann wegen der psychosozialen Veränderungen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Personen führen (vgl. Riedl et al., 2011). Dies ist möglicherweise ein Grund, warum sich der Trend der Vorjahre hin zur „professionellen" Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste erst einmal nicht fortsetzt. Der Anteil der zuhause Versorgten ist nicht weiter rückläufig: er beträgt zum Jahresende 2007 68.4 Prozent, 2005 waren es 68.2 Prozent – 1999 hatte der Anteil noch bei 71.6 Prozent gelegen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008).

In Deutschland leben rund eine Million Menschen mit einer Demenzerkrankung. Während weniger als zwei Prozent der 65- bis 69-Jährigen betroffen sind, steigt die Häufigkeit der Demenzerkrankungen auf mehr als 30 Prozent bei den über 90-Jährigen an. Durch den demografischen Wandel ist in den nächsten Jahrzehnten mit einer starken Erhöhung der Zahl erkrankter Frauen und Männer zu rechnen. Die Mehrheit der Demenzkranken lebt derzeit in privaten Haushalten und wird dort von meist weiblichen Angehörigen betreut (vgl. Weyerer, 2005).

Die Wirkung von Interventionen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen wird allgemein als positiv bewertet (vgl. Mantovan et al., 2010).

Das Motiv für die häusliche Pflege liegt bei etwa einem Drittel der Personen (auch) im Geldmangel. Das mit Abstand häufigste Motiv ist allerdings die familiäre Bindung zur zu pflegenden Person (vgl. TNS Emnid, 2007; Döhner et al., 2007).

Die Beeinträchtigungen pflegender Angehöriger auf körperlicher, geistig-seelischer und sozialer Ebene sind vielfältig untersucht und belegt. Pflegende Angehörige werden daher häufig auch als „verborgene Patienten" bezeichnet (vgl. Schrenk, 2009). In der Praxis wird der Fokus jedoch häufig auf den Pflegebedürftigen gerichtet und der pflegende Angehörige aus dem Auge verloren. Oft muss auch der pflegende Angehörige zu gesundheitsförderlichen Aktivitäten speziell motiviert werden, weil die Eigeninitiative gering ist und Angebote von Pflegeeinrichtungen, Krankenversicherungen etc. selten angenommen werden. Vor diesem Hintergrund kommt dem Aufbau von Gesundheitsressourcen und der Prävention von Beschwerden und Erkrankungen für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen eine außerordentliche Bedeutung zu. In Abbildung 1 sind Interventionsansätze für pflegende Angehörige in eine körperliche, eine emotionale und eine soziale Dimension strukturiert (vgl. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2005). Aneshensel und Autoren (1995) haben ein

Körperlich	Emotional	Sozial
Verminderung der Pflegebelastung	**Stützung des Selbstwertgefühls**	**Finanzielle Absicherung der Pflegebeziehung**
• Entlastende Einrichtungen (stationär, Tagespflege, professionelle Pflege) • Entlastungstechniken (Seminare, Anleitung) • Hilfsmittelberatung und –beschaffung • Pflegebereitschaft auch in Familie abklären • Pflegeplanung vor Krankenhausentlassung • Kooperation aller Therapeuten und Versorgenden aktiv fördern (prof. Pflege, Physiotherapeuten, Ärzte, Apotheker, etc.)	• Anerkennung, Lob • Stützende Gespräche • Finanzielle Entschädigung als Belohnung	• Pflegegeld • Rentenanspruch • Wohnungsumbau • Schwerbehindertenausweis
	Unterstützung des Gleichgewichts	**Stabilisierung im sozialen Umfeld**
	• Akzeptanz der Pflegebelastung • Motivation Gesprächs-, Selbsthilfegruppen • Freiräume für eigene Bedürfnisse schaffen • Entlastung und Erholung einplanen	• Stabilisierung durch organisierte Entlastung • Nutzung des sozialen Netzes zur eigenen Entlastung
Förderung der eigenen Gesundheit	**Konfliktbewältigung**	**Informationen**
• Reha-Maßnahme, Kur • Entspannung, Yoga • Beratungen, Gespräche • Symptomatische Therapie: siehe entsprechende Leitlinie • Cave! bei Berufs- und Schlafmitteln, Alkohol	• Gespräche über Sterbebetreuung, Trauerarbeit etc. anbieten • Stabilisierung durch psychotherapeutische Gesprächsführung • Beziehungsanalyse der Beteiligten • Überforderung erkennen und abbauen	• Gespräche Hausarzt, Sozialstation • Gedrucktes • Beratungsstellen • Gesprächskreise • Ortsbezogenes Informationsmaterial

Abbildung 1: *Interventionsansätze in der häuslichen Pflege (aus Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2005).*

Wirkungsmodell entwickelt, in dem die Belastung und das Wohlbefinden des Pflegenden eine Folge der (Nicht-)Nutzung von Unterstützungsangeboten sind, die wiederum von den Bedürfnissen des Angehörigen, der Situation des Pflegenden, den finanziellen Ressourcen und der Verfügbarkeit von Unterstützungsangeboten abhängen. Gleichzeitig beeinflussen die Belastung und das Wohlbefinden der pflegenden Person die Angebotsnutzung sowie die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Angehörigen. Dieses Modell bildet u.a. die Grundlage für die Auswahl des Fragenprogramms in der vorliegenden Studie.

Eine Zusammenfassung zentraler Studien zu den Belastungen und Folgen häuslicher Pflege bieten die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (2005), das Bundesministerium für Gesundheit (2007), das Robert-Koch-Institut (vgl. Pick et al., 2004) und der Überblicksartikel von Balck und Autoren, (2008). Ferner existieren einige Repräsentativuntersuchungen. Aktuell untersuchte TNS Emnid (2007) die Pflegesituation in Deutschland, wie sie sich aus Sicht der 18-Jährigen und Älteren (Status „Pflegeperson" bzw. „Pflegeperson im Verwandtenkreis") sowie aus Sicht der Generation 50+ (potenzielle Pflegebedürftige) stellt. In Europa, mit einer Sonderauswertung für Deutschland, wurde ebenfalls eine Repräsentativstudie zur Häuslichen Pflege unter dem Titel EUROFAM-CARE durchgeführt (vgl. Döhner et al., 2007). Eine etwas ältere Repräsentativuntersuchung bieten Schneekloth und Autoren (2003).

Einige Zitate und Fakten seien schlaglichtartig aufgeführt:

- *„Pflege kann nur gut gehen, wenn es den Pflegenden gut geht." (Jansen, 1995).*
- *„Für einige pflegende Angehörige ist das Gefühl, gebraucht zu werden, erfüllend und fördert ihre Selbstbestätigung. Für andere ist die objektive und subjektive Belastung aber psychisch und physisch beeinträchtigend." (Prof. Gräßel in Schenk, 2009).*
- *„Etwa 1/3 der pflegenden Angehörigen in Deutschland wird infolge der Pflegebelastung krank." (Prof. Lichte in Schenk, 2009).*
- *„64 Prozent der betreuenden Angehörigen sind rund um die Uhr verfügbar" (Döhner et al., 2007) mit entsprechenden sozialen und psychischen Belastungen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2005).*
- *„Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen führt zu sozialem Rückzug mit eingeschränkter Spontanität und geringeren Ausgehzeiten." (Geisler, 1999; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2005).*

In der Landwirtschaft gibt es überdurchschnittlich viele pflegende Personen. Die daraus entstehende Belastung wird durch die betrieblichen Anforderungen und die Zunahme Demenzkranker noch verschärft. Dies belegen Daten aus der Aktion 55plus, bei der im Frühjahr 2008 repräsentative Daten zu über 55-jährigen Personen aus der bayerischen Land- und Forstwirtschaft erhoben wurden (vgl. Hetzel, 2009). Demnach geben 9.2 Prozent der Befragten an, dass sie fast täglich pflegen. Weitere 2.4 Prozent geben an, dass sie mindestens wöchentlich jemanden pflegen. Zusammen sind das 11.6 Prozent der Befragten, die eine (anerkannt oder nicht anerkannt) pflegebedürftige Person zuhause pflegen. Das sind etwa dreimal so viele wie der bundesdeutsche Durchschnitt.[4] Diese Gruppe der „pflegenden Angehörigen" bewertet die Anstrengung bei der Pflege zu 55 Prozent mit mittelmäßig und zu 33 Prozent mit schwer. Aufgrund der Daten wird ferner deutlich, dass die pflegenden Angehörigen statistisch signifikant mehr körperliche Beschwerden angeben, sich stärker psychisch beeinträchtigt fühlen und weniger zufrieden mit dem Leben sind.

Allerdings sind die Unterschiede nur sehr klein. Keine statistisch signifikanten Unterschiede gibt es bezüglich der Wochenarbeitszeit von Hof, Feld und Wald – das zeigt, dass die Pflege schon rein zeitlich eine Zusatzbelastung darstellt.

3.2 Theorie der Verhaltensänderung

Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (vgl. Prochaska et al., 1997) findet vielfache Anwendung in Gesundheitsförderung und Prävention in den Bereichen Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung und körperliche Bewegung. Es ist ein Konzept zur Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Beeinflussung von Verhaltensänderungen (vgl. Keller, 2004; Kerr et al., 2007). Das Transtheoretische Modell postuliert mindestens fünf Phasen der Verhaltensänderung, die nacheinander, aber in der Regel nicht linear – Rückfälle sind möglich – durchlaufen werden:[5]

1. Absichtslosigkeit
2. Absicht zu Verhaltensänderung
3. Vorbereitungen
4. Handlung
5. Stabilisierung des Verhaltens

Die Phasen der Verhaltensänderung im Rahmen des Transtheoretischen Modells bilden in der vorliegenden Untersuchung das Grundgerüst zur Strukturierung der zu evaluierenden Erfolgsparameter.

3.3 Die Trainings- und Erholungswoche „PibS“

Wegen der hohen Bedeutung der häuslichen Pflege in der Land- und Forstwirtschaft und im Gartenbau haben die LSV HRS und die SV Gartenbau einen Kurs für Personen konzipiert, die Angehörige pflegen. Der Kurs nennt sich „Personen in belastenden Situationen“ (PibS) und ist eine Trainings- und Erholungswoche in einer Rehabilitationseinrichtung mit folgenden Zielen:

- *Belastungsreduzierendes und gesundheitsförderliches Verhalten anregen*
- *Subjektive Belastung mindern*
- *Emotionale Stabilität fördern*

Die Kurse werden seit 2007 angeboten. Während dieser Woche erhalten die Pflegepersonen Anleitung, Beratung und Tipps für ihren häuslichen Pflegealltag. In Gruppen von bis zu 15 Personen werden sie durch Fachpersonal in allen Aspekten der Pflege geschult. Zudem bleibt Zeit für Erholung, Entspannung und Erfahrungsaustausch. Zielgruppe sind Pflegepersonen, die einen Angehörigen der Pflegestufe I, II oder III zuhause pflegen und bei der Krankenkasse der LSV HRS bzw. der SV Gartenbau versichert sind. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflege mehr als 14 Stunden pro Woche ausgeübt wird. Die einwöchigen Schulungen finden jeweils in der Rehaklinik Klinik Lohrey in Bad Soden-Salmünster bzw. im Gesundheitszentrum Saarschleife in Mettlach-Orscholz statt (vgl. LSV HRS, 2008, dort auch Programm und Erfahrungsberichte). Eine vergleichbare Intervention bietet u. a. die Land- und forstwirtschaftliche Sozialversicherung Niederbayern/ Oberpfalz und Schwaben (LSV NOS) an,[6] *für die bereits Evaluationsergebnisse vorliegen (vgl. Hetzel, 2010; Hetzel et al. 2010).*

Bei der LSV HRS (siehe Tabelle 1) werden etwa 5.700 anerkannt pflegebedürftige Personen ambulant versorgt (im ersten Quartal 2011). Davon sind 57.7 Prozent der Pflegestufe I, 32.2 Prozent der Pflegestufe II und 10.1 Prozent der Pflegestufe III zugeordnet. In den einzelnen Pflegestufen liegt der Frauenanteil bei etwa 60 Prozent. Die pflegenden Personen sind die potenzielle Zielgruppe von PibS.

	Männer	Frauen	gesamt	Anteil an "alle Pflegestufen"
Pflegestufe I	1355	1935	3290	57.7%
Anteil der Frauen		58.8%		
Pflegestufe II	731	1102	1833	32.2%
Anteil der Frauen		60.1%		
Pflegestufe III	246	330	576	10.1%
Anteil der Frauen		57.3%		
alle Pflegestufen	2332	3367	5699	100.0%
Anteil der Frauen		59.1%		

***Tabelle 1:** Anzahl der anerkannt pflegebedürftigen und ambulant versorgten Personen bei der LSV HRS im ersten Quartal 2011 (aus LSV HRS, 2011)*

3.4 Schlussfolgerungen für den Evaluationsansatz

Der Erfolg von PibS muss sich in Anlehnung an das Transtheoretische Modell messen lassen, an der Entwicklung von Absichten zur Verhaltensänderung sowie an der Veränderung bzw. Stabilisierung gesundheitsförderlichen und belastungsreduzierenden Verhaltens. Dies müsste sich positiv auf die subjektive Bewertung der Pflegeanforderungen auswirken und damit die subjektive Gesundheit stabilisieren oder sogar fördern. Subjektive Gesundheit lässt sich nach salutogenetischer Sichtweise differenzieren in Positivindikatoren (z.B. Wohlbefinden) und in Negativindikatoren (z.B. körperliche Beschwerden).[7]

Ferner ist die Bewertung des Kurses bezüglich des subjektiven Nutzens eine wichtige Erfolgsgröße. Das Ausmaß und unter Umständen sogar die Richtung der Erfolgsgrößen ist von der Pflegebelastung und deren Verlauf abhängig. Das bedeutet, dass beispielsweise ein stabiler oder moderat abnehmender Verlauf der subjektiven

Schematische Darstellung des angenommenen Zusammenhangs zwischen Erfolg und Pflegebelastung

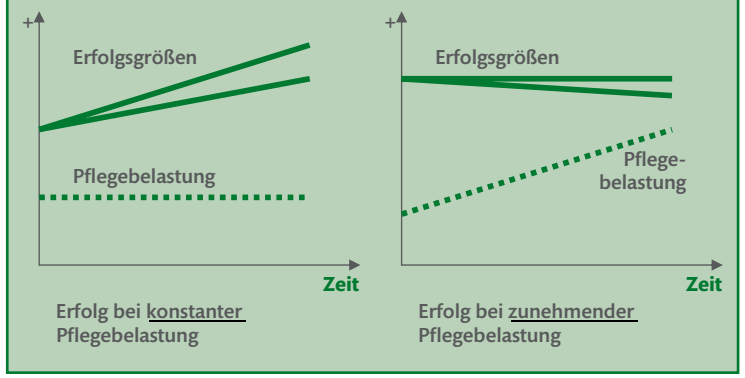


Abbildung 2

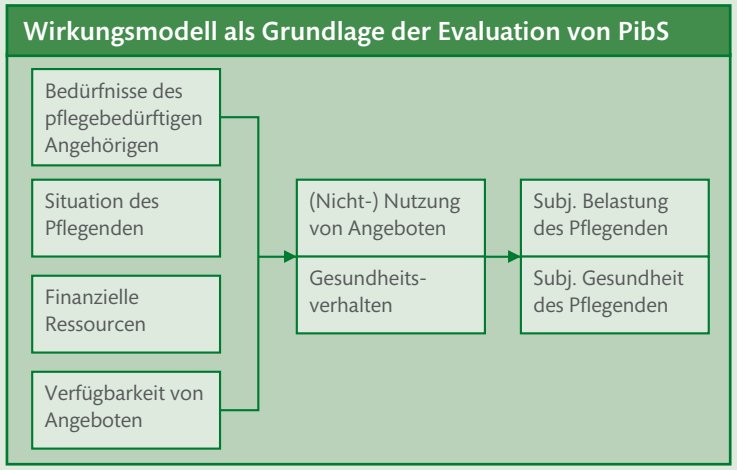


Abbildung 3

Gesundheit bei zunehmender Pflegebelastung ein Erfolg ist, bei konstantem Pflegeverlauf jedoch eher nicht[8] (siehe Abbildung 2).

Es sollten daher idealerweise Dimensionen untersucht werden, die weitgehend unabhängig vom Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen sind.

Neben dem Transtheoretischen Modell bietet das Wirkungsmodell von Aneshensel et al. (1995) eine wertvolle Hilfe zur Strukturierung der zu untersuchenden Parameter. Gemeinsam mit den PibS-Verantwortlichen wurde ein Wirkungsmodell erarbeitet und operationalisiert. Das Ergebnis ist schematisch und ohne rückwirkende Effekte in Abbildung 3 dargestellt.

Das gesundheitsförderliche und belastungsreduzierende Verhalten hängt demnach

a) von der Pflegesituation ab, die durch die Bedürfnisse des Angehörigen, die Situation des Pflegenden, die finanziellen Ressourcen und die Verfügbarkeit von entlastenden Angeboten gekennzeichnet ist, und ist

b) Voraussetzung für die subjektive Belastung und das Wohlbefinden des Pflegenden.

Subjektive Belastung und Wohlbefinden des Pflegenden bestimmen wiederum teilweise die Pflegequalität und damit die Bedürfnisse des Angehörigen. „Pflege kann nur gut gehen, wenn es den Pflegenden selbst gut geht“ (vgl. Jansen, 1995).

3 *Bis 2050 wird sich die Zahl auf voraussichtlich 4,7 Millionen mehr als verdoppeln (vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, DIW: Wochenbericht des DIW. Berlin 5/01).*
4 *In Deutschland werden etwa 1.8 Prozent der 82 Mio. Bundesbürger zuhause gepflegt. Im Mittel kommen in Deutschland auf eine zuhause gepflegte Person 2.1 Helfer (vgl. Schneekloth et al., 2003). Das bedeutet: Etwa 3.6 Prozent – das sind fast 3 Mio. Bundesbürger – pflegen zuhause anerkannt pflegebedürftige Personen.*
5 *Weiterhin beinhaltet das Transtheoretische Modell Veränderungsprozesse. Diese werden definiert als Aktivitäten und Ereignisse, die ein problematisches Verhalten und damit zusammenhängende Kognitionen und Emotionen beeinflussen und verändern. Die Veränderungsprozesse ermöglichen und fördern das Durchlaufen der Stadien der Änderungsbereitschaft, d. h. sie beschreiben, wie Personen von einem Stadium in das nächste fortschreiten.*
6 *Siehe unter http://www.lsv.de/nos/01aktuell/projekte/01PibS.html*
7 *Zum theoretischen Hintergrund von Gesundheit (z.B. Belastungs-Beanspruchungskonzept, transaktionales Stressmodell, Handlungsregulationstheorie, Salutogenese) siehe u.a. Bengel und Autoren (2000) oder die Überblicksarbeit von Ducki (2000).*
8 *Ausnahme: Bei Demenz im Endstadium ist bekannt, dass pflegende Angehörige diese Phase ausgeglichener erleben als die Frühphase, weil dann die psychische Belastung der körperlichen Pflegebelastung weicht.*

4.0 Evaluationsansatz, Datengrundlage und Auswertungsmethoden

Gegenstand der Evaluation sind zwölf PibS-Kurse, an denen insgesamt 105 Personen teilgenommen haben (siehe Tabelle 2). Die Personen sind Versicherte der LSV HRS oder der SV Gartenbau, die mindestens 14 Wochenstunden eine anerkannt pflegebedürftige Person (d.h. mind. Pflegestufe I) zuhause pflegen. Personen der potenziellen Zielgruppe wurden mittels einfacher Zufallsauswahl aus dem Adressbestand der LSV HRS oder der SV Gartenbau angeschrieben. Gegenstand des Anschreibens war das Angebot der Kursteilnahme sowie ein beiliegender Fragebogen zur Pflegesituation einschließlich Rücksendeumschlag. Es wurden insgesamt 1000 Anschreiben einschließlich Fragebögen versendet, die sich wie folgt verteilen:

Einladungen März 2009 bis Mai 2009	
an PibS aus Hessen von der LSV HRS	150
an PibS von der SV Gartenbau	100
an PibS aus Rheinl.-Pf. u. Saarl. von der LSV HRS	150
an PibS von der SV Gartenbau	100
Einladungen November 2009 bis Februar 2010	
an PibS aus Hessen von der LSV HRS	150
an PibS von der SV Gartenbau	100
an PibS aus Rheinl.-Pf. u. Saarl. von der LSV HRS	150
an PibS von der SV Gartenbau	100
gesamt: 1000	

PibS-Kurs	Datum	Ort	Anzahl der TeilnehmerInnen
1	22.03.-28.03.2009	Klinik Lohrey	6
2	19.04.-25.04.2009	Gesundheitszentrum Saarschleife	10
3	10.05.-16.05.2009	Klinik Lohrey	7
4	10.01.-16.01.2010	Klinik Lohrey	10
5	29.11.-05.12.2009	Gesundheitszentrum Saarschleife	10
6	17.01.-23.01.2010	Gesundheitszentrum Saarschleife	12
7	31.01.-06.02.2010	Gesundheitszentrum Saarschleife	9
8	17.10.-23.10.2010	Gesundheitszentrum Saarschleife	10
9	24.10.-30.10.2010	Klinik Lohrey	11
10	07.11.-13.11.2010	Gesundheitszentrum Saarschleife	8
11	14.11.-20.11.2010	Klinik Lohrey	5
12	05.12.-11.12.2010	Gesundheitszentrum Saarschleife	7
			Summe: 105

Tabelle 2: *Anzahl und Ort der PibS-Kurse einschließlich der Teilnehmerzahlen*

Im Idealfall wird zur Beurteilung der Wirkung einer Maßnahme eine Kontrollgruppe verwendet, die nicht an der Maßnahme teilnimmt. Auf diesem Weg werden externe Störfaktoren kontrolliert. Eine Kontrollgruppe zu konstruieren, die den Pflegeeinheiten der Interventionsgruppe (Pflegender, Pflegebedürftiger, soziales Umfeld, häusliche Bedingungen) im Sinne des Matching ähnlich ist, bedeutet einen erheblichen Aufwand bzw. ist bei der Komplexität des Bedingungs-

gefüges unrealistisch. Eine randomisierte Zuweisung zu Kontroll- und Interventionsgruppe gewährleistet eine vergleichbare Zusammensetzung der Gruppen, konnte organisatorisch jedoch nicht umgesetzt werden. Stattdessen kommt ein Panel-Design zum Einsatz. Ein Panel-Design ist eine spezielle Form der Längsschnittuntersuchung. Man versteht darunter die mehrfache Erhebung der selben Variablen (mit der gleichen Operationalisierung) an den gleichen Untersuchungsobjekten zu verschiedenen Zeitpunkten. Der Vorteil ist, dass kausale Fragestellungen wesentlich besser bearbeitet werden können, weil Veränderungen auf Individualdatenniveau am selben Untersuchungsobjekt festgestellt werden können. Das Panel-Design gilt als starkes Design. In den Vorhermessungen soll das Ausgangsniveau sowie die Stabilität bzw. Tendenz des Ausgangsniveaus (steigend, fallend, schwankend, stabil) erfasst werden. Zu diesem Zweck wären im Idealfall mehrere Messungen vor dem PibS-Kurs sinnvoll. Da die Anmeldungen zu den Kursen jedoch häufig kurzfristig erfolgen, musste davon Abstand genommen werden. Stabilität bzw. Tendenz des Ausgangsniveaus werden daher retrospektiv erfasst. Die Vorhermessung findet zu Kursbeginn statt. In den Posttests werden die Effekte hinsichtlich der genannten Dimensionen und deren Nachhaltigkeit überprüft. Dazu werden Daten an fünf Messzeitpunkten erhoben: Vier Messzeitpunkte im Sinne des Paneldesigns (vor PibS, 1, 3 und 6 Monate nach PibS) und ein Messzeitpunkt unmittelbar nach PibS, bei dem die Änderungsabsichten erfasst werden. Die Messzeitpunkte liegen so weit auseinander, dass Erinnerungseffekte minimiert sind und damit die Vorhermessungen die Nachhermessungen kaum beeinflussen dürften. Alle PibS-TeilnehmerInnen durften an der Evaluation teilnehmen und wurden zur dauerhaften Teilnahme an der Studie argumentativ überzeugt, um die Panel-Mortalität gering zu halten. Die Problematik wurde in den Kursen thematisiert.

Zur Einschätzung der Repräsentativität der untersuchten Gruppe in Bezug auf den Ausgangszustand werden Vergleichsdaten erhoben. Die Vergleichsgruppe sind Personen der potenziellen Zielgruppe, die nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt an PibS teilnehmen.

Interventionsintegrität ist sichergestellt, da die Kurse in der jeweiligen Klinik immer von derselben Kursleitung nach dem selben Kurskonzept durchgeführt werden. Die Teilnehmerstruktur ist in beiden Kliniken gleich, sodass keine systematischen Verzerrungen zu erwarten sind. Die Wirkung der PibS-Kurse kann von vielfältigen Variablen überlagert werden, die daher statistisch kontrolliert werden müssen. Die Dimensionen

Das Evaluationsdesign ist schematisch zusammengefasst:

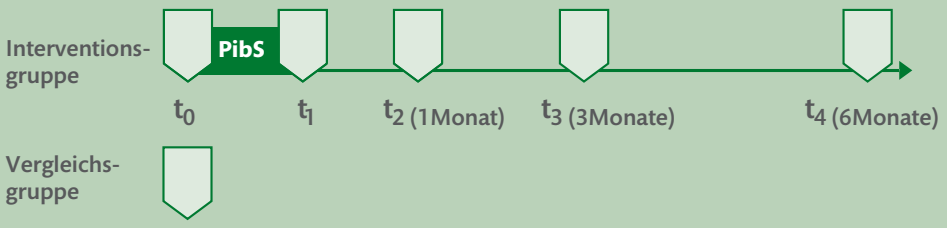


Abbildung 4: *Die Erhebungszeitpunkte im Rahmen des Panel-Designs und Vergleichsgruppe*

werden überwiegend mit Instrumenten erfasst, die wissenschaftlich fundiert und insbesondere veränderungssensitiv sind. Darüber hinaus werden eigene spezifische Instrumente entwickelt (z.B. zur Erfassung der Pflege- und sonstigen Anforderungen der Pflegenden), die jedoch an Referenzuntersuchen angelehnt sind.[9] Die eingesetzten Skalen weisen eine mittlere bis hohe Zuverlässigkeit auf. Für Belege sei auf den Anhang verwiesen.

Insgesamt nahmen 105 Personen an den Kursen teil, aus denen sich wie folgt die Interventionsgruppe zusammensetzt:

Die Brutto-Interventionsgruppe (Zeile 1, n=105) wird um solche Personen bereinigt, von denen nur grob unvollständige Daten vorliegen (n=16). Gegenstand der weiteren Analysen ist die verbleibende Netto-Interventionsgruppe (Zeile 5, n=89). In dieser Gruppe liegen von 39 Personen Daten an allen Messzeitpunkten vor. Bei 50 Personen bestehen Ausfälle an mindestens einem Messzeitpunkt. Die Personen mit Ausfällen unterscheiden sich von den Personen mit durchgängigen Daten im Ausgangsniveau nur durch einen höheren Disability-Index der pflegebedürftigen Personen, d.h. die Pflegebedürftigkeit ist höher. Das Niveau bezüglich Wohlbefinden, positive und negative Auswirkungen der Pflege, soziale Unterstützung, Alter der pflegenden Person und Alter der gepflegten Person sind gleich (siehe Anhang).
Die Analyse der Gründe für den Drop-Out zeigt,

Zeile/Person			Anzahl		
Brutto-Interventionsgruppe					**105**
1	abzgl.	Drop bei t1 (Verweigerung der Evaluation)	3		
2		t0 und t1 fehlt (organisatorischer Fehler)	8		
3		grob unvollständige Daten	5		
			Summe 16		
Netto-Interventionsgruppe					**89**
4		durchgängige Beteiligung		39	
5		Drop		50	
6		Drop bei t2	14		
7		Drop bei t3	15		
8		Drop bei t4	8		
9		temporärer Drop (1x)	9		
10		temporärer Drop (2x)	4		
			Summe 50		

Tabelle 3: *Zusammensetzung der Interventionsgruppe*

dass von den 37 echten Drop-Outs (Zeile 8-10) 23 mit dem Ende der Pflege begründet sind (davon 18 Tod des pflegebedürftigen Angehörigen, 4 Heimeinzug, 1 Wechsel der Pflegeperson). Dies erklärt auch den höheren Disability-Index in der Drop-Out-Gruppe.

In der Vergleichsgruppe stehen n=148 auswertbare Fragebögen zur Verfügung.

In der Auswertung werden gängige statistische Verfahren zur Ermittlung von Unterschieden bei abhängigen und unabhängigen Stichproben eingesetzt (T-Tests, verteilungsfreie Verfahren, x^2-Tests, weiterführend siehe Bortz, 2003). Fehlende Angaben in den Fragebögen (Missings) treten nicht in überhöhtem Maße auf. Bei den Tests werden Missings fallweise ausgeschlossen[10]. Es gelten die üblichen Konventionen für die Irrtumswahrscheinlichkeit p:

- *p<.001 als statistisch höchstsignifikant (gekennzeichnet durch ***),*
- *p<.01 als statistisch hochsignifikant (gekennzeichnet durch **),*
- *p<.05 als statistisch signifikant (gekennzeichnet durch *) und*
- *wegen der relativen geringen Stichprobengröße auch p<.10 als Tendenz (gekennzeichnet durch *).*

Maße der statistischen Signifikanz sind von Stichprobengröße und Varianz abhängig. Beispielsweise sind bei großen Stichproben kleine Unterschiede statistisch signifikant, derselbe Unterschied bei einer kleinen Stichprobe möglicherweise jedoch nicht. In den vorliegenden Untersuchungen werden unterschiedlich große Stichprobenumfänge analysiert. Daher werden ergänzend Effektstärken als Maß der „praktischen Bedeutsamkeit" bestimmt:

- *Für abhängige Stichproben wird die Effektgröße d als Quotient aus gepaarter Mittelwertsdifferenz und dessen Streuung berechnet. Ein d>.2, d>.5 bzw. d>.8 wird als kleiner, mittlerer bzw. großer Effekt bewertet (vgl. Cohen, 1988).*
- *Als weniger abstrakte Größe wird ergänzend der Mittelwert der Differenzen relativ zur Skalenbreite berechnet. So entspricht eine Differenz von 0.5 auf einer fünfstufigen Skala einem Unterschied von 0.5/5=0.1 bzw. 10 Prozent. Ein Unterschied von 10 bzw. 5 Prozent wird als sehr bedeutsam bzw. bedeutsam bewertet (vgl. Lind, 2009).*

Anleitung zur Körperpflege im Bett

9 Beispielsweise Repräsentativstudie Eurofamcare (vgl. Meyer, 2004).

10 Bei der Datenaufbereitung wurden fehlende Werte (Missings) mit folgenden Methoden ersetzt:
• Logische Ersetzung, sofern möglich.
• Bei den Skalen Disability Index (und damit auch ADL und IADL) und ZUF8 wurden fehlende Werte auf Itemebene mittels EM-Algorithmus ersetzt, sofern mindestens die Hälfte der Items der Skala vorhanden war (Disability Index: n=179 Personen mit vollständigen Angaben und n=69 Personen mit Missings, ZUF8: n=73 Personen mit vollständigen Angaben und n=16 Personen mit Missings). Zur Schätzung wurden die jeweiligen Skalenitems und beim Disability Index zusätzlich die Pflegestufe herangezogen. Die Korrelationsmatrizen vor und nach der Ersetzung wurden auf Plausibilität überprüft.
• Bei den Skalen, die auf Mittelwerten beruhen, wurde der Mittelwert berechnet, sofern mindestens die Hälfte der Items der Skala vorhanden war.
• Es lagen keine grob unvollständigen Fragebögen vor.

5.0 Was charakterisiert die Ausgangssituation der PibS-TeilnehmerInnen und gibt es Unterschiede zur Vergleichsgruppe?

Die Ausgangssituation der PibS-TeilnehmerInnen (= Netto-Interventionsgruppe mit N=89, nachfolgend kurz: Interventionsgruppe) wird beschrieben anhand der Bedürfnisse des Angehörigen, der Situation der pflegenden Person, der finanziellen Ressourcen und der Verfügbarkeit von Hilfsangeboten. Außerdem wird die Interventionsgruppe der Vergleichsgruppe gegenüber gestellt. Sind beide Gruppen ähnlich, sind die Evaluationsergebnisse mit hoher Wahrscheinlichkeit verallgemeinerbar. Sollten sich bedeutsame Unterschiede ergeben (Selektionseffekte), dann muss die Verallgemeinerbarkeit diskutiert werden. Aber konstruktiv bieten die Unterschiede Ansätze, die in der Interventionsgruppe geringer vertretene Personengruppen in Zukunft gezielter anzusprechen und zur Teilnahme zu bewegen. Die Interpretation möglicher Unterschiede wird am Ende des Kapitels vorgenommen.

5.1 Bedürfnisse des Angehörigen

Etwa jede zweite der pflegebedürftigen Personen ist eine Frau. Die Pflegestufen I und II sind jeweils zu etwa 40 Prozent vertreten. Etwa die Hälfte der Personen hat altersbedingte kognitive Einschränkungen oder ist diagnostiziert dement. Die Unterschiede zur Vergleichsgruppe sind statistisch nicht auffällig.

Die Verteilung der Pflegestufen insgesamt und nach Geschlecht kommen der Grundgesamtheit aller anerkannt pflegebedürftigen und ambulant versorgten Personen der LSV HRS relativ nahe.

		Vergleichsgruppe Anzahl	%	Interventionsgruppe Anzahl	%	p-Wert
Geschlecht des Angehörigen	männlich	77	52.0%	45	51.1%	.895
	weiblich	71	48.0%	43	48.9%	
Pflegestufe	Pflegestufe I	45	31.3%	35	40.7%	.396
	Pflegestufe II	66	45.8%	36	41.9%	
	Pflegestufe III	28	19.4%	14	16.3%	
	Pflegestufe III mit Härteregelung	5	3.5%	1	1.2%	
Kognitiver Status	keine kognitive Einschränkung	56	40.9%	31	37.8%	.678
	Verhaltensauffällig ohne kognitive Einschr.	10	7.3%	7	8.5%	
	altersbed. kognitive Einschr.	30	21.9%	14	17.1%	
	Demenz	41	29.9%	30	36.6%	

Anmerkungen: Angaben zum Zeitpunkt t0, nur gültige Werte der Vergleichsgruppe (n=148) und der Interventionsgruppe (n=89), x^2-Test, p=Irrtumswahrscheinlichkeit.

***Tabelle 4:** Bedürfnisse des Angehörigen, Teil 1*

	Vergleichs-gruppe M	SD	Interventions-gruppe M	SD	p-Wert
t0_Disability Index (max. Spanne 0-17)	9.4	4.4	9.1	4.6	.681
t0_Barthel-Index (ADL) (max. Spanne 0-100)	42.5	26.6	43.6	26.9	.769
t0_IADL-Index (max. Spanne 0-6)	4.6	1.4	4.5	1.5	.562
Wie alt ist Ihr Angehöriger?	74.4	20.6	76.7	17.4	.386
Wie lange pflegen Sie bereits Ihren Angehörigen? (Monate)	64.9	62.2	53.0	74.2	.193

Anmerkungen: Angaben zum Zeitpunkt t0, höhere Werte bedeuten höhere Ausprägungen, nur gültige Werte der Vergleichsgruppe (n=148) und der Interventionsgruppe (n=89), T-Test (jeweils Varianzhomogenität gegeben), p=Irrtumswahrscheinlichkeit, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung.

Tabelle 5: *Bedürfnisse des Angehörigen, Teil 2*

Bei den hier untersuchten Personen sind die Pflegestufen II und III mit jeweils knapp 10 Prozent etwas häufiger vertreten (siehe Kap. 3.3). Der Barthel-Index misst die „Activities of Daily Living (ADL)". Dazu zählen z.B. sich waschen, sich anziehen, Mahlzeiten zu sich nehmen. Je höher der Wert, umso höher ist die Pflegebedürftigkeit. In der Interventionsgruppe liegt der Index im Mittel bei 43.6 Punkten (theoretisch maximale Spanne 0-100). Der Index für die „Instrumental Activities of Daily Living (IADL)" mit Items wie Hausarbeit machen, Mahlzeiten zubereiten, Einkaufen gehen etc. liegt im Mittel bei 4.5 Punkten (theoretisch maximale Spanne 0-6). Der Disability-Index verdichtet die beiden zuvor genannten Indices zu einem Wert und liegt im Mittel bei 9.1 Punkten (theoretisch maximale Spanne 0-17). Die Angehörigen sind im Mittel 74 Jahre alt[11] und werden seit 53 Monaten gepflegt, wobei die Pflegedauer eine große Variationsbreite aufweist. Sämtliche Werte unterscheiden sich statistisch nicht von der Vergleichsgruppe.

Die Bedürfnisse des Angehörigen und damit die objektiven Pflegebelastungen sind im Mittel in beiden Gruppen weitgehend vergleichbar. Abschließend zwei Zitate, die die Belastungssituation der pflegenden Personen deutlich machen sollen:

„Ich bin nicht mehr frei. Alles ist auf die Pflege ausgerichtet. Dinge, die außer Haus erledigt werden müssen, muss ich zeitlich anmelden und mich zurückmelden."

„Betreuung rund um die Uhr. Nachts klopft er 4 bis 6-mal so lange bis jemand kommt. Er ist verwirrt und sehr böse, dass wir ihn nicht aus dem Haus lassen. Obwohl wir wissen, dass die Krankheit ihn so verändert hat, tut es sehr weh, sich so von ihm beschimpfen zu lassen."

		Vergleichs-gruppe Anzahl	%	Interventions-gruppe Anzahl	%	p-Wert
Ihr Geschlecht	männlich	29	19.9%	11	12.4%	.138
	weiblich	117	80.1%	78	87.6%	
Ihr Familienstand	verheiratet/zusammenlebend	136	93.2%	82	92.1%	.188
	verwitwet	2	1.4%	5	5.6%	
	geschieden/getrennt	3	2.1%	1	1.1%	
	ledig	5	3.4%	1	1.1%	
Aus- und Schulbildung	kein Schulabschluss	0	.0%	1	1.1%	.233
	Haupt-/Volksschule	88	60.3%	44	49.4%	
	Mittlere Reife	41	28.1%	29	32.6%	
	Abitur, Meisterbrief, abgeschl. Studium	17	11.6%	15	16.9%	
Familiäres Verhältnis zum Angehörigen	Ehepartner/Partner	77	52.0%	36	40.9%	.245
	Kind	32	21.6%	18	20.5%	
	Schwiegertochter/-sohn	30	20.3%	26	29.5%	
	sonstiges	9	6.1%	8	9.1%	
Wohnsituation	im selben Haushalt	123	83.7%	57	64.0%	**
	in verschiedenen Haushalten, aber im selben Gebäude	18	12.2%	22	24.7%	
	in verschiedenen Gebäuden, aber schnell erreichbar	6	4.1%	10	11.2%	
Haben Sie schon einmal einen Pflegekurs besucht?	nein	121	82.3%	69	79.3%	.570
	ja	26	17.7%	18	20.7%	
Sind Sie bereit, Ihren Angehörigen auch im nächsten Jahr weiter zu pflegen?	ja, Pflegeumfang zu vergrößern	50	34.2%	28	35.0%	.200
	ja, Pflegeumfang vergrößern aber zeitl. beschränkt	16	11.0%	4	5.0%	
	ja, ohne zeitl. Mehraufwand	70	47.9%	39	48.8%	
	ja, mit familiärer Unterstützung	10	6.8%	7	8.8%	
	nein, unter keinen Umständen	0	.0%	2	2.5%	
Wären Sie bereit, die Unterbringung Ihres Angehörigen im Pflegeheim in Betracht zu ziehen?	nein, unter keinen Umständen	74	51.7%	44	52.4%	.783
	ja, bei Verschlechterung	66	46.2%	37	44.0%	
	ja, auch wenn der Zustand so bleibt	3	2.1%	3	3.6%	
Wird Ihnen ihre Pflegeleistung in irgendeiner Form vergütet?	nein	39	28.3%	18	22.5%	.351
	ja	99	71.7%	62	77.5%	

Anmerkungen: Angaben zum Zeitpunkt t0, nur gültige Werte der Vergleichsgruppe (n=148) und der Interventionsgruppe (n=89), χ^2-Test, p=Irrtumswahrscheinlichkeit, ** steht für p<.01.

Tabelle 6: *Situation der pflegenden Person, Teil 1*

5.2 Situation der pflegenden Person

Die Interventionsgruppe besteht nahezu durchgängig aus Frauen. Die meisten sind verheiratet. Etwa die Hälfte hat die Haupt-/Volksschule abgeschlossen. Die andere Hälfte besitzt die mittlere Reife oder eine höhere Ausbildung. Knapp die Hälfte der Interventionsgruppe pflegt den Ehepartner. Die andere Hälfte pflegt ein Elternteil bzw. Schwiegerelternteil. 64 Prozent wohnen im selben Haushalt wie der zu pflegende Angehörige. Diese Charakteristik entspricht aus statistischer Sicht der Vergleichsgruppe.

Knapp 25 Prozent leben im selben Gebäude, aber in verschiedenen Haushalten. Etwa 11 Prozent leben in verschiedenen Gebäuden, die jedoch räumlich nahe beieinander liegen. Hier liegt ein statistisch signifikanter Unterschied zur Vergleichsgruppe vor. Dort ist der Anteil, bei denen im selben Haushalt gepflegt wird, mit knapp 84 Prozent deutlich höher, während die anderen beiden Varianten relativ nur etwa halb so häufig vertreten sind. Allerdings dürfte dieser Unterschied mit Blick auf die Erfolgsindikatoren kaum von praktischer Bedeutung sein. Denn fasst man die beiden Kategorien „im selben Haushalt" und „im selben Gebäude, aber verschiedene Haushalte" zu einer Kategorie zusammen – beide Wohnsituationen bieten vergleichbare Potenziale und Risiken für Be- und Entlastungen wie Rückzug, Erreichbarkeit etc. –, dann verschwindet der Unterschied. Etwa 80 Prozent der TeilnehmerInnen hat noch nie einen Pflegekurs besucht, ähnlich verhält es sich auch in der Vergleichsgruppe. Fast alle TeilnehmerInnen sind bereit, die Pflege auch im kommenden Jahr fortzuführen. Für etwa die Hälfte der Personen kommt eine Heimeinweisung unter keinen Umständen in Betracht. Dies spricht für eine sehr ausgeprägte Pflegemotivation, die in beiden Gruppen statistisch vergleichbar ist. Etwa

Anleitung zum richtigen Lagern im Bett

drei von vier Personen bekommen die Pflegeleistung in irgendeiner Form vergütet.

Alles in allem scheinen in beiden Gruppen Eigenmotive (Gefühl der Verpflichtung, Liebe/Zuneigung, persönlich-moralische Verpflichtung) zu überwiegen, während extrinsische Motive (wirtschaftliche Vorteile, keine Alternative, Zufall) deutlich seltener als Hauptmotiv angegeben werden. Das Pflegemotiv scheint bei den hier untersuchten Personen etwas günstiger zu sein als in der häuslichen Pflege im Allgemeinen. Denn dort liegt das Motiv für die häusliche Pflege bei etwa einem Drittel der Personen (auch) im Geldmangel. Das mit Abstand häufigste Motiv ist allerdings wie auch hier die familiäre Bindung zur zu pflegenden Person (vgl. TNS Emnid, 2007; Döhner et al., 2007).

Das Durchschnittsalter der pflegenden Personen liegt in beiden Gruppen im Mittel bei gut 60 Jahren. Der subjektive Gesundheitszustand und die Lebenszufriedenheit sind in beiden Gruppen auf einem mittleren Niveau und gleich ausgeprägt. Auch die wahrgenommene Unterstützung und die positiven Auswirkungen der Pflege sind vergleichbar. Allerdings fühlen sich die Personen der Interventionsgruppe etwas weniger wohl und erleben die negativen Auswirkungen der Pflege etwas stärker.[12] Zur Beschreibung der Skalen siehe Kap. 10.

		Vergleichsgruppe Anzahl	Vergleichsgruppe %	Interventionsgruppe Anzahl	Interventionsgruppe %
Was ist der Hauptgrund für die Pflege?	Gefühl der Verpflichtung	19	14.1%	17	22.4%
	keine Alternative	6	4.4%	11	14.5%
	Kosten zu hoch	10	7.4%	2	2.6%
	emotionale Bindung	56	41.5%	26	34.2%
	gutes Gefühl	3	2.2%	4	5.3%
	Fremdpflege unerwünscht	5	3.7%	1	1.3%
	religiöse Überzeugung	1	.7%	1	1.3%
	zufällig in die Situation reingerutscht	1	.7%	3	3.9%
	wirtschaftl. Vorteile	0	.0%	1	1.3
	persönlich-moralische Verpflichtung	34	25.2%	10	13.2%

Tabelle 7: *Situation der pflegenden Person, Teil 2*

	Vergleichsgruppe M	Vergleichsgruppe SD	Interventionsgruppe M	Interventionsgruppe SD	p-Wert
t0_subjektive Gesundheit (max. Spanne 1-7)	4.0	1.3	3.8	1.4	.435
t0_Lebenszufriedenheit (max. Spanne 1-7)	4.3	1.6	4.2	1.6	.726
t0_Wohlbefinden (max. Spanne 0-5)	2.1	1.2	1.8	1.2	.069
t0_Positive Auswirkungen der Pflege (1-4)	3.0	.6	2.9	.6	.111
t0_Negative Auswirkungen der Pflege (1-4)	1.9	.5	2.1	.5	.058
t0_Wahrgenommene Unterstützung (1-4)	2.6	.7	2.6	.7	.570
Ihr Alter	63.9	11.7	62.1	11.7	.252

Anmerkungen: Angaben zum Zeitpunkt t0, höhere Werte bedeuten höhere Ausprägungen, nur gültige Werte der Vergleichsgruppe (n=148) und der Interventionsgruppe (n=89), T-Test (jeweils Varianzhomogenität gegeben), p=Irrtumswahrscheinlichkeit, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung.

Tabelle 8: *Situation der pflegenden Person, Teil 3*

5.3 Finanzielle Ressourcen

37 Prozent der TeilnehmerInnen kommen mit ihrem verfügbaren Haushaltseinkommen mäßig aus und 56 Prozent gut oder sogar sehr gut. In der Vergleichsgruppe ist es umgekehrt. In beiden Gruppen vergleichbar ist der Anteil der Personen, die ein (sehr) schlechtes finanzielles Auskommen angeben. Damit ist das finanzielle Auskommen in der Interventionsgruppe signifikant besser. Möglicherweise werden dadurch kostenintensive Unterstützungsangebote und –dienste leichter in Anspruch genommen.

		Vergleichsgruppe Anzahl	%	Interventionsgruppe Anzahl	%	p-Wert
Wie gut kommen Sie mit	(sehr) schlecht	14	10.1%	6	7.3%	*
Ihrem verfügbaren	Mäßig	74	53.2%	30	36.6%	
Haushaltseinkommen aus?	(sehr) gut	51	36.7%	46	56.1%	

Anmerkungen: Angaben zum Zeitpunkt t0, nur gültige Werte der Vergleichsgruppe (n=148) und der Interventionsgruppe (n=89), x^2-Test, p=Irrtumswahrscheinlichkeit, * steht für p<.05.

Tabelle 9: *Finanzielle Ressourcen*

5.4 Verfügbarkeit von Hilfsangeboten

Die Möglichkeiten der Verhinderungspflege sind in beiden Gruppen vergleichbar ausgeprägt. Etwa 70 Prozent der pflegenden Personen könnten auf jemanden zugreifen, wenn sie krank sind oder auch, wenn sie eine Auszeit benötigen.

		Vergleichsgruppe Anzahl	%	Interventionsgruppe Anzahl	%	p-Wert
Gibt es jemanden, der bei der Pflege ihres Angehörigen einspringen könnte, ... wenn Sie krank sind bzw. krank werden?	ja, problemlos	36	24.7%	19	22.1%	.739
	ja, mit Schwierigkeiten	67	45.9%	44	51.2%	
	nein, niemanden	43	29.5%	23	26.7%	
... wenn Sie eine Auszeit von der Pflege bräuchten?	ja, problemlos	30	20.5%	18	20.5%	.992
	ja, mit Schwierigkeiten	69	47.3%	41	46.6%	
	nein, niemanden	47	32.2%	29	33.0%	

Anmerkungen: Angaben zum Zeitpunkt t0, nur gültige Werte der Vergleichsgruppe (n=148) und der Interventionsgruppe (n=89), x^2-Test, p=Irrtumswahrscheinlichkeit.

Tabelle 10: *Verfügbarkeit von Hilfsangeboten*

5.5 Zusammenfassende Diskussion

Die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Angehörigen und die Verfügbarkeit von Hilfsangeboten sind zwischen der Interventionsgruppe und der Vergleichsgruppe ähnlich ausgeprägt. Ein statistisch signifikanter Unterschied betrifft die finanziellen Ressourcen, die in der Interventionsgruppe höher ausgeprägt sind. Die Situation der pflegenden Personen ist weitgehend vergleichbar. Abweichungen betreffen die Wohnsituation und einzelne Gesundheitsindikatoren. In der Interventionsgruppe wohnen die pflegende

Beobachtung einer Praxisübung

Person und der Angehörige zwar häufiger in verschiedenen Haushalten, aber immer noch im selben Gebäude. Daher wird der Unterschied als praktisch nicht bedeutsam gewertet. Auffälliger ist der Befund, dass das Risikoprofil der Interventionsgruppe ungünstiger zu sein scheint als das der Vergleichsgruppe: Das Wohlbefinden ist tendenziell geringer und die negativen Auswirkungen der Pflege sind stärker. Dieser Unterschied könnte auf die in den Gruppen unterschiedlich ausgeprägten finanziellen Ressourcen zurückzuführen sein. Dies ist jedoch nicht so, da die Unterschiede bezüglich Wohlbefinden und negative Auswirkungen der Pflege sogar noch deutlicher werden, wenn die finanziellen Ressourcen statistisch kontrolliert werden; der Unterschied bezüglich Wohlbefinden ist als mittelgroß und der Unterschied negativer Auswirkungen als klein einzustufen (Berechnungen siehe Anhang).

Insgesamt sind beide Gruppen weitgehend vergleichbar bezüglich der objektiven Pflegebelastungen. Die einzigen Unterschiede betreffen zum einen die finanziellen Ressourcen, die in der Interventionsgruppe höher sind und möglicherweise die Nutzung entlastender Angebote fördern, und zum anderen Teile des subjektiven Risikoprofils. Denn das Wohlbefinden ist in der Interventionsgruppe geringer und die negativen Auswirkungen der Pflege sind subjektiv stärker (beides unabhängig von den finanziellen Ressourcen) – beides jedoch nur praktisch gering bedeutsam (kleine Effektstärke). Dagegen sind subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit, positive Auswirkungen der Pflege und wahrgenommene Unterstützung gleich ausgeprägt. Wegen der Vergleichbarkeit der Gruppen dürften die (noch zu zeigenden) Effekte von PibS daher verallgemeinerbar sein. Angesichts des etwas deutlicheren Risikoprofils der Interventionsgruppe sind die Effekte bezüglich Wohlbefinden und negative Auswirkungen möglicherweise geringfügig überschätzt, weil ein geringeres Ausgangsniveau größere Effekte zulässt als ein höheres Ausgangsniveau.

11 Darunter sind einzelne pflegebedürftige Kinder bzw. junge Erwachsene (Vergleichsgruppe: 14 Personen jünger als 30 Jahre, darunter drei Personen jünger als 10 Jahre; Interventionsgruppe: fünf Personen jünger als 30 Jahre, darunter eine Person jünger als 10 Jahre).
12 Beides jedoch nur mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 10%.

6.0 Wie bewerten TeilnehmerInnen den Nutzen der PibS-Kurse?

Erstes Erfolgskriterium für PibS ist, ob die TeilnehmerInnen aus PibS einen persönlichen Nutzen ziehen. Dazu wurden verschiedene Kategorien vorgegeben und am Ende des Kurses abgefragt.

Die Themen der Pflegekurse sind nahezu durchgängig gut oder sehr gut angekommen (siehe Abbildung 5). Wählt man als Kriterium „sehr viel gebracht", dann schneidet das Thema „Der demente Patient" am besten ab.

Neben den inhaltlichen Themen der Pflegekurse ist der Austausch mit Gleichgesinnten von zentraler Bedeutung (siehe Abbildung 6). Fast alle Personen geben an, dass dies „viel " oder „sehr viel" gebracht hat. Offensichtlich konnten in PibS geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den persönlichen Austausch ermöglichen. Sämtliche andere Themen sind für die TeilnehmerInnen zwar weniger bedeutsam, aber immer noch wichtig. PibS behandelt demnach ein Themenspektrum, das auf breite Zustimmung stößt. Marginale Verbesserungspotenziale bietet das Thema Ernährung.
Die insgesamt sehr positive Bewertung zeigt sich auch an dem ausgeprägten Interesse, an einem PibS-Folgekurs teilnehmen zu wollen (siehe Tabelle 11).

	N	%
eindeutig ja	63	72.4
ich glaube ja	22	25.3
ich glaube nicht	1	1.1
eindeutig nicht	1	1.1
Gesamt	**87**	**100.0**
keine Angabe	2	

Tabelle 11: *Würden Sie an einem PibS-Folgekurs teilnehmen (t1)?*

Im Zeitverlauf nehmen die positiven Bewertungen deutlich ab, verbleiben jedoch im Mittel jenseits der neutralen Mitte (siehe Anhang). Damit verändert sich das „sehr positive" Bild zu einem „positiven" Bild. Möglicherweise ist der Transfer des Erlernten in den Pflegealltag doch schwieriger als gedacht.

Exemplarisch für eine Vielzahl positiver Rückmeldungen (siehe Anhang) seien hier drei Zitate von TeilnehmerInnen angeführt:

„Ich habe mich sehr wohl gefühlt. Ich bin sehr entspannt und werde gerne und lange von dieser wunderschönen Woche zehren."

„Der PibS-Kurs ist eine ganz tolle Sache. Besonders der Austausch mit Gleichgesinnten zeigt, dass die eigenen Probleme auch bei anderen auftreten."

„Ich habe mich sehr selbstsicher und wertvoll gefühlt als ich zurückkam. Habe dankbar festgestellt wie wichtig es ist, wenn der Partner so viel Verständnis für mich hat und immer für meine Sorgen da ist. Als mein Schwiegervater mich in gewohnter Weise von oben herab behandelte, habe ich mich ganz ruhig gewehrt. Ich habe ihm gesagt, dass ich ihn nur seinem Sohn zuliebe pflege. Zuerst war er beleidigt. Inzwischen bedankt er sich bei mir. Wenn ich Essen bringe, lobt er mich bei seiner Tochter ..."

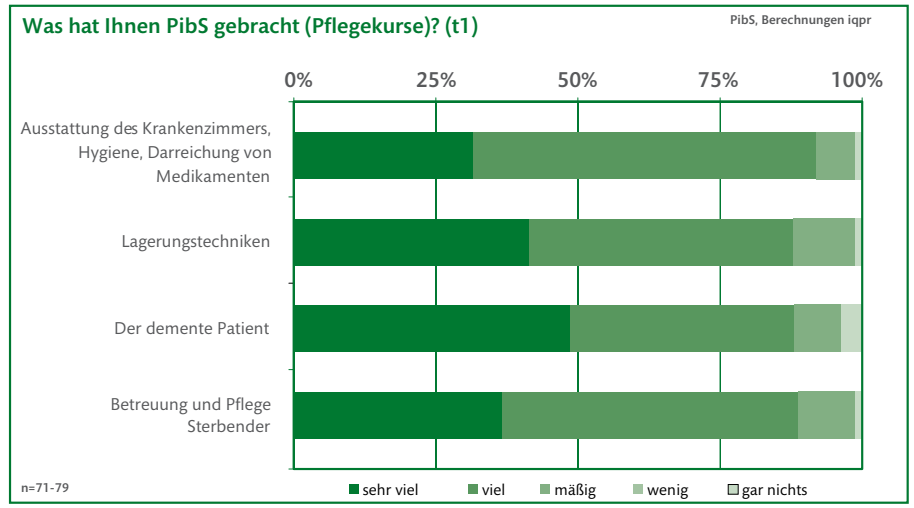


Abbildung 5: *Persönlicher Nutzen der Pflegekurse bei PibS*

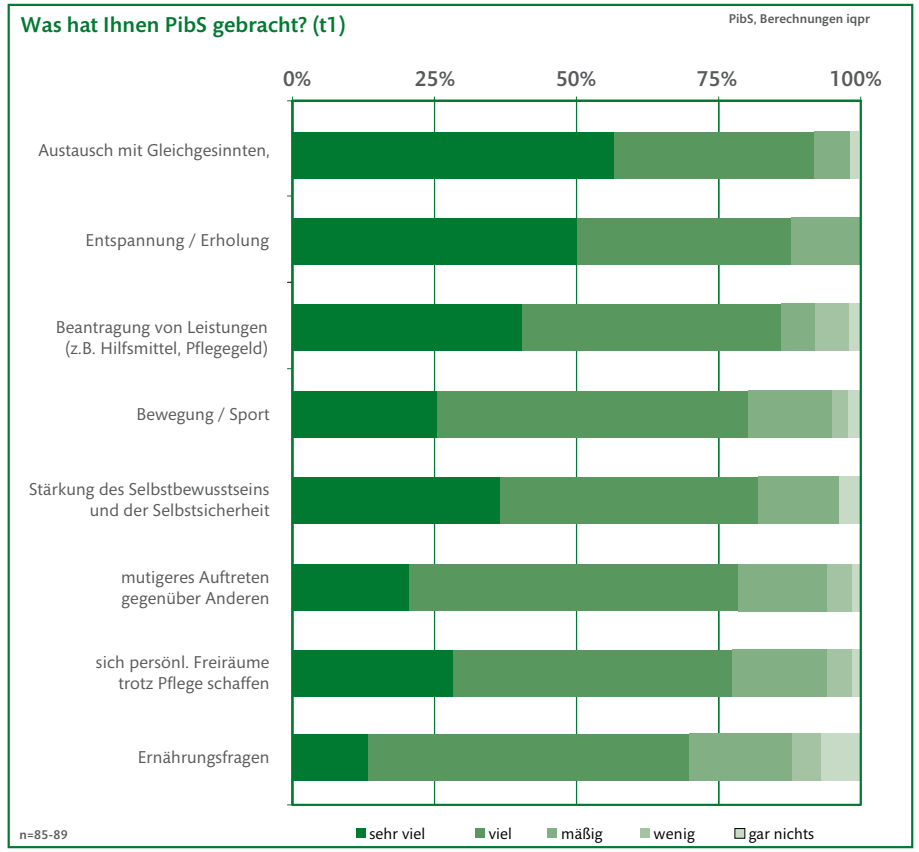


Abbildung 6: *Persönlicher Nutzen von PibS (ohne Pflegekurse)*

7.0 Was wollen die TeilnehmerInnen unmittelbar nach PibS in Bezug auf das eigene Gesundheitsverhalten und die Nutzung von entlastenden Angeboten und Diensten ändern?

Im Sinne des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung ist die Entwicklung von Handlungsabsichten eine wichtige Stufe. Daher ist PibS u. a. dann erfolgreich, wenn die TeilnehmerInnen mit mindestens einer Handlungsabsicht in den Alltag zurückkehren. Nachfolgend werden die Handlungsabsichten der TeilnehmerInnen am Ende des PibS-Kurses beschrieben, in Bezug auf:

- *das Gesundheitsverhalten*
- *die Nutzung von entlastenden Angeboten und Diensten sowie*
- *die Anzahl der Absichten je Person*

7.1 Gesundheitsverhalten

Was wollen die TeilnehmerInnen an ihrem Gesundheitsverhalten ändern? Dazu wurden elf Kategorien abgefragt, von aktiver und passiver Entspannung über soziale Kontakte bis hin zu individuellen Hobbies.

Die meisten der TeilnehmerInnen (60 bis 80 Prozent) wollen bezüglich Entspannungsübungen, Wandern, Schwimmen/Wassergymnastik, Geselligkeit oder Turnen mindestens „etwas mehr" tun (vgl. Abbildung 7).

40 bis 50 Prozent der TeilnehmerInnen wollen bezüglich Fahrradfahren, Hobby, Kulturprogramm, Ausgehen, Fernsehen oder Dauerlauf/ Walken mindestens „etwas mehr" tun (vgl. Abbildung 8).

Allerdings ist nicht auszuschließen, dass die TeilnehmerInnen angesichts der hohen Zufriedenheit mit PibS etwas positiver antworten als es tatsächlich der Fall ist. Obwohl hier das Ausgangsniveau der jeweiligen Verhaltensweisen nicht berücksichtigt ist, ist dennoch festzuhalten, dass durch PibS eine beeindruckende Bandbreite an Absichten zur Änderung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen entwickelt wird. Was davon in tatsächliches Verhalten umgesetzt wird, ist Gegenstand in Kapitel 9.

7.2 Nutzung von entlastenden Angeboten und Diensten

Gesundheitsförderliches Verhalten bezieht sich nicht nur auf das direkte Gesundheitsverhalten, sondern auch auf die Nutzung entlastender Angebote und Dienste. Dazu wurden die TeilnehmerInnen in 13 Kategorien abgefragt, von professioneller Unterstützung bis hin zu Laienhilfe. Knapp 80 Prozent der TeilnehmerInnen wollen die Ansprechperson bei PibS bzw. der Pflegekasse häufiger nutzen. Fast ebenso viele TeilnehmerInnen wollen die Verhinderungspflege (d.h. über Freunde, Familie oder Nachbarn) häufiger nutzen. Etwa 60 Prozent der TeilnehmerInnen wollen Pflegehilfsmittel anschaffen oder professionelle Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen. Ungefähr jede zweite Person möchte häufiger Stützgespräche mit „Gleichgesinnten", aber auch mit Profis (Hausarzt, Pflegefachpersonal, Psychologe) führen. Etwa 40 Prozent der TeilnehmerInnen wollen professionelle Pflegeleistungen häufiger nutzen. Einzelne TeilnehmerInnen möchten auch eine Betreuungsgruppe für Demenzkranke oder die Dorfhelferin nutzen. Alles in allem ist die Bandbreite der Absichten auch hier beeindruckend. Was davon in tatsächliches Verhalten umgesetzt wird, ist Gegenstand des Kapitel 9.

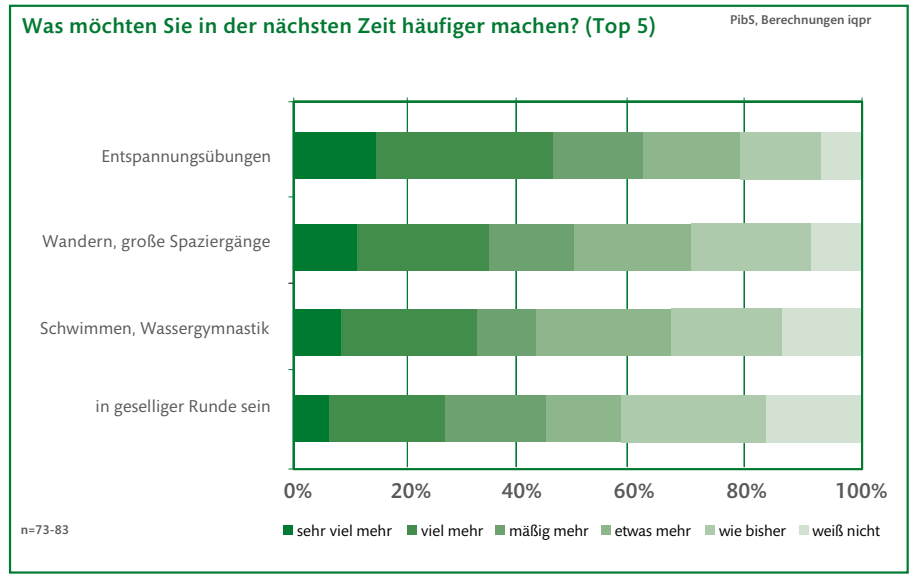


Abbildung 7: *Handlungsabsichten zum Gesundheitsverhalten (Top 5)*

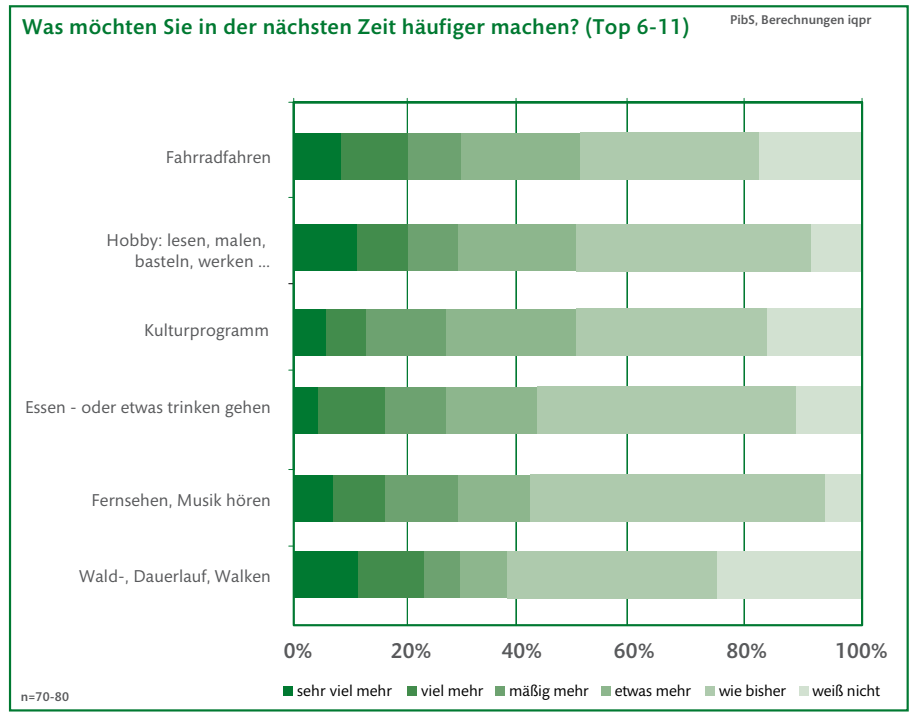


Abbildung 8: *Handlungsabsichten zum Gesundheitsverhalten (Top 6-11)*

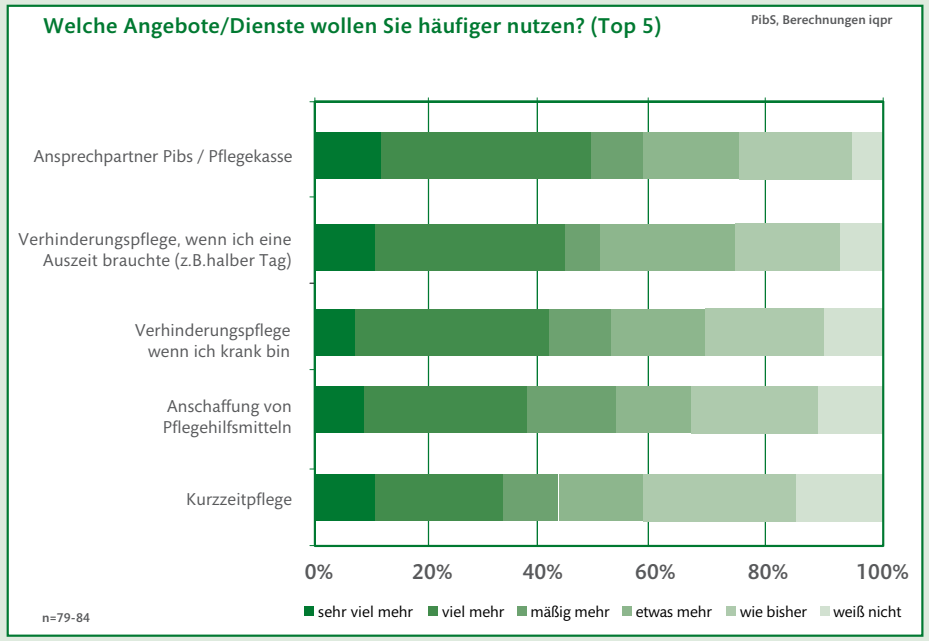


Abbildung 9: *Handlungsabsichten zur Nutzung von Angeboten/Diensten (Top 5)*

Anzahl Änderungsabsichten bzgl. Angebote/Dienste				Verhalten		
	n	%	kum.%	n	%	kum.%
0	8	9.0	9.0	6	6.7	6.7
1	5	5.6	14.6	9	10.1	16.9
2	4	4.5	19.1	4	4.5	21.3
3	7	7.9	27.0	7	7.9	29.2
4	9	10.1	37.1	7	7.9	37.1
5	9	10.1	47.2	15	16.9	53.9
6	7	7.9	55.1	8	9.0	62.9
7	8	9.0	64.0	7	7.9	70.8
8	4	4.5	68.5	8	9.0	79.8
9	6	6.7	75.3	10	11.2	91.0
10	10	11.2	86.5	4	4.5	95.5
11	3	3.4	89.9	4	4.5	100.0
12	5	5.6	95.5	-	-	
13	4	4.5	100.0	-	-	
	89	**100.0**		**89**	**100.0**	

Anmerkungen: kum.=kumulierte, n = Anzahl der Personen.

Tabelle 12: *Anzahl der Personen mit Absichten zur Verhaltensänderung*

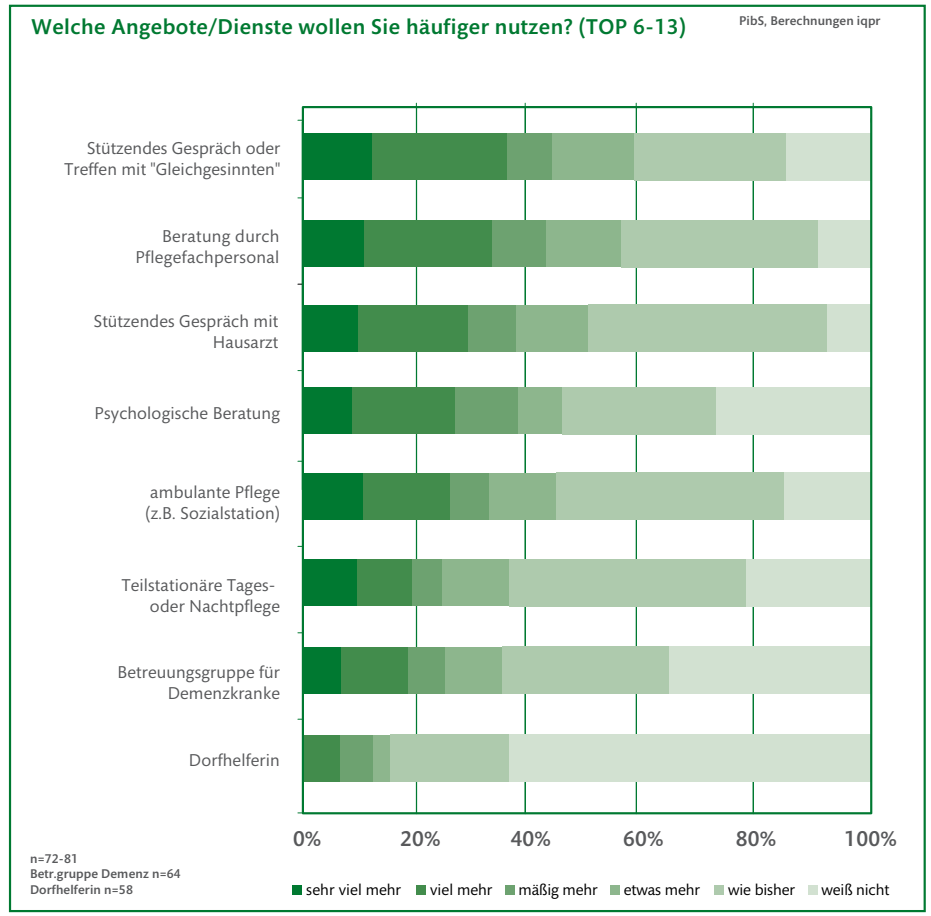


Abbildung 10: *Handlungsabsichten zur Nutzung von Angeboten/Diensten (Top 6-13)*

7.3 Quantität der Änderungsabsichten

In den vorherigen Ausführungen wurde dargestellt, in welchen Bereichen die Verhaltensänderung angestrebt wird. Fraglich ist nun noch, ob jede Teilnehmerin Absichten aus dem dargestellten Spektrum entwickelt und wenn ja, wie viele. Bis auf ganz wenige Ausnahmen geht jede Person mit mindestens einer Absicht zur Verhaltensänderung nach Hause: Über 90 Prozent der TeilnehmerInnen wollen mehr Entlastungsangebote nutzen bzw. am eigenen Gesundheitsverhalten etwas ändern. Jede zweite Person geht mit mindestens sechs Änderungsabsichten bezüglich der Nutzung von entlastenden Angeboten und fünf bezüglich des Gesundheitsverhaltens nach Hause. PibS trägt damit in beeindruckender Weise zur Absichtsbildung bei. Eine Stufe hin zu gesundheitsförderlichen und belastungsreduzierenden Verhaltensweisen ist damit genommen. (Tabelle 12)

8.0 Wie verändert sich die Pflegesituation im Beobachtungszeitraum?

Um die Effekte im Zeitverlauf bewerten zu können, müssen Veränderungen in der Pflegesituation berücksichtigt werden. Bei jedem Messzeitpunkt wurde danach gefragt, ob sich die Pflegesituation in verschiedenen Kategorien verschlechtert hat.

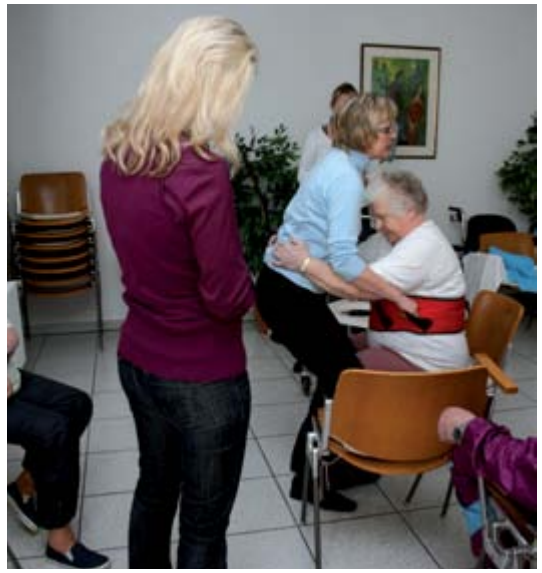
In Tabelle 13 ist dargestellt, bei wie vielen Personen sich die Pflegesituation innerhalb der drei Messzeitpunkte wie oft verschlechtert hat. Die meisten Verschlechterungen sind bezüglich der Pflegebedürftigkeit aufgetreten, weil bei etwa jeder zweiten pflegebedürftigen Person mindestens einmal im Verlauf des Beobachtungszeitraumes die Hilfsbedürftigkeit, die Gedächtnisprobleme oder die Verhaltensauffälligkeiten gestiegen sind. Die finanzielle Situation und die Pflegemotivation (keine Pflegebereitschaft) sind vergleichsweise relativ stabil. Bei knapp einem Drittel der TeilnehmerInnen sind die Möglichkeiten zur Verhinderungspflege und die verfügbare Zeit mindestens einmal schlechter geworden. Außerdem ist bei etwa einem Drittel der TeilnehmerInnen mindestens einmal ein kritisches Lebensereignis[13] aufgetreten.

Während zuvor die inhaltliche Dimension der Verschlechterung im Vordergrund stand, ist nun in Tabelle 14 dargestellt, wie viele Verschlechterungen je TeilnehmerIn im Bezugszeitraum (halbes Jahr) aufgetreten sind. Nur 13 Prozent der TeilnehmerInnen sind einer stabilen Pflegesituation ausgesetzt. Bei allen anderen Personen hat sich mindestens einmal die Pflegesituation verschlechtert. Jede zweite Person erlebte mindestens drei Verschlechterungen im Bezugszeitraum.

	0-mal	1-mal und mehr	davon 1-mal	2-mal	3-mal
Hilfsbedürftigkeit schlechter	44	31	18	10	3
Gedächtnisprobleme schlechter	32	43	26	13	4
Verhaltensauffälligkeiten schlechter	38	37	29	6	2
finanzielle Situation Angehöriger schlechter	66	9	7	2	0
eigene finanzielle Situation schlechter	62	13	9	3	1
Hilfe Krankheit schlechter	54	21	13	5	3
Hilfe Auszeit schlechter	52	23	11	11	1
weniger Zeit	55	20	17	3	0
kritisches Ereignis	49	26	25	1	0
keine Pflegebereitschaft	72	3	2	1	0

Anmerkungen: n=75 (ausgeschlossen sind 14 Personen mit Drop bei t2).

Tabelle 13: *Anzahl der Personen, bei denen sich an den drei Messzeitpunkten (t2 bis t4) die Pflegesituation verschlechtert hat*



Vorstellung eines Bauch- und Haltegurtes

Exemplarisch hierzu ein Zitat einer Teilnehmerin (6 Monate nach PibS):

> ***„Es ist schade, nur was mein Ehemann will, wird gemacht, er ist eigenwillig und trotzend. Ich muss immer nur fröhlich und glücklich sein, ihn loben und bewundern, ich weiß nun keinen Rat mehr. Nur was er will, ist richtig."***

	n	%	kum.%
0	10	13.3	13.3
1	7	9.3	22.7
2	13	17.3	40.0
4	7	9.3	60.0
5	8	10.7	70.7
6	6	8.0	78.7
7	4	5.3	84.0
8	2	2.7	86.7
9	3	4.0	90.7
10	4	5.3	96.0
11	1	1.3	97.3
12	0	0	97.3
13	2	2.7	100.0
Gesamt	**75**	**100.0**	

Anmerkungen: n=75 (ausgeschlossen sind 14 Personen mit Drop bei t2), kum.=kumulierte.

Tabelle 14 *Anzahl der Personen mit 0,1, ... Situationsverschlechterungen von t2 bis t4*

Die dargestellten Daten charakterisieren den Pflegeverlauf nur sehr grob. Unberücksichtigt bleibt die Intensität der Verschlechterung. Außerdem sind einige Kategorien nicht unabhängig voneinander. Verschlechtern sich z. B. die Verhaltensauffälligkeit, so steigt gleichzeitig auch die Hilfsbedürftigkeit. Verbesserungen der Situation werden nicht berücksichtigt. Dennoch geben die Angaben einen Anhaltspunkt über den Pflegeverlauf, der bei der Darstellung der folgenden Erfolgsindikatoren berücksichtigt wird.

13 Frage: „Ist bei Ihnen selbst, oder ihrem Partner, Ihren Kindern, Ihren Eltern, Ihren besten Freunden [im Bezugszeitraum] eine schwere Erkrankung eingetreten oder ist in dieser Zeit jemand von diesen Verwandten oder Freunden gestorben oder haben Sie sich in dieser Zeit von einer dieser Personen aus irgendeinem Grund getrennt?"

9.0 Wie ausgeprägt sind die Effekte im Zeitverlauf in Bezug auf das Verhalten der PibS-TeilnehmerInnen?

Unmittelbar nach dem PibS-Kurs wurden die Absichten zur Verhaltensänderung ermittelt (siehe Kapitel 7). Fraglich ist, was von diesen Absichten in tatsächliches Verhalten umgesetzt wird. Die nachfolgenden Auswertungen ermitteln für alle 75 TeilnehmerInnen[14] zu den verschiedenen Messzeitpunkten die Häufigkeit des tatsächlichen Verhaltens, sofern nach dem PibS-Kurs in Bezug auf dieses Verhalten eine Änderungsabsicht formuliert wurde. Die Ergebnisse sind schematisch dargestellt (Werte im Anhang):
Ein Pfeil bedeutet eine „kleine" Veränderung (bei einem eingeklammerten Pfeil ist die Veränderung zwar ähnlich deutlich, aber statistisch nur mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit p<.10 abgesichert), zwei Pfeile eine „mittelgroße" Veränderung. Das Ausgangsniveau zu t0 (also bei Kursbeginn) ist ebenfalls angegeben. Dabei steht die 5 für täglich, die 4 für fast täglich, die 3 für wöchentlich, die 2 für zweiwöchentlich, die 1 für seltener und die 0 für nie. Das Gesundheitsverhalten ist in Tabelle 15 und die Nutzung von Angeboten und Diensten ist in Tabelle 16 dargestellt.

Die PibS-TeilnehmerInnen können einige ihrer Änderungsabsichten in tatsächliches Gesundheitsverhalten umsetzen (siehe Tabelle 15). So werden folgende Aktivitäten nach vier Wochen (t2) deutlich häufiger gemacht: Wandern/Spaziergänge, Entspannungsübungen, Fernsehen/Musikhören und in geselliger Runde sein. Beispielsweise sind die TeilnehmerInnen nach 4 Wochen im Mittel etwa zweiwöchentlich in geselliger Runde, während dies vor PibS seltener der Fall war. Allerdings ist das erreichte Niveau im Zeitverlauf nicht stabil. Nach drei Monaten (t3) erreicht die Häufigkeit jeweils wieder das Ausgangsniveau, um nach sechs Monaten (t4) teils erneut zu steigen. Nach

	t0 M	t2	t3	t4
Wandern, große Spaziergänge	.74	↑	=	(↑)
Wald-, Dauerlauf, Walken	.69	=	=	=
Fahrradfahren	.83	=	=	↑
Schwimmen, Wassergymnastik	.54	=	(↑)	↑
Turnen, Gymnastik, Ballspiele ...	1.07	=	=	=
Entspannungsübungen	.87	↑	=	=
Fernsehen, Musik hören	3.85	(↑)	=	=
Hobby: lesen, malen, basteln, werken ...	2.45	=	=	=
in geselliger Runde sein	1.42	↑	=	(↑)
Kulturprogramm	.88	=	=	=
Essen- oder etwas-trinken-gehen	1.08	=	=	=

Anmerkungen: Jeweils nur Personen mit Änderungsabsicht sowie Fallausschluss paarweise;
M = Mittelwert (5=täglich bis 0=nie); T-Test jeweils in Bezug auf t0; ↑ = kleiner Effekt mit d>.2;
(↑) = kleiner Effekt mit .05<p<.1.

Tabelle 15: *Gesundheitsverhalten im Zeitverlauf*

	t0 M	t2	t3	t4
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege	.16	↑	=	=
Verhinderungspflege über Familie/Freunde/Nachbarn bei Krankheit	.39	=	=	=
Verhinderungspflege (...), wenn ich eine Auszeit brauchte (z. B. ½ Tag)	.67	↑	=	=
ambulante Pflege (z. B. Sozialstation)	2.06	=	=	=
Dorfhelferin	.27	=	=	=
Betreuungsgruppe für Demenzkranke	.45	=	=	=
Stützendes Gespräch mit Hausarzt	1.08	=	=	=
Beratung durch Pflegefachpersonal	.86	=	=	=
Stützendes Gespräch oder Treffen mit „Gleichgesinnten"	.62	=	=	=
Psychologische Beratung	.13	=	=	=
Ansprechpartner PibS / Pflegekasse	.61	=	=	↓
Kurzzeitpflege (0=nein, 1=ja)	.31	↓	↓↓	=
Anschaffung von Pflegehilfsmitteln (0=nein, 1=ja)	.59	=	=	=

Anmerkungen: Jeweils nur Personen mit Änderungsabsicht sowie Fallausschluss paarweise;
M = Mittelwert (5=täglich bis 0=nie); T-Test jeweils in Bezug auf t0; ↑↑ = mittlerer Effekt mit d>.5;
↑ = kleiner Effekt mit d>.2; (↑) = kleiner Effekt mit .05<p<.1.

Tabelle 16: *Nutzung von Angeboten und Diensten im Zeitverlauf*

einem halben Jahr sind zudem Steigerungen bezüglich Fahrradfahren und Schwimmen/Wassergymnastik vorhanden. Dies könnte jedoch jahreszeitlich bedingt sein, weil dieser Erhebungszeitpunkt in den Sommer fällt.

Bei der Nutzung von entlastenden Angeboten und Diensten ist der Befund schwächer aber dennoch tendenziell vergleichbar (siehe Tabelle 16). Einzelne Steigerungen können kurzfristig erreicht werden, durch Tages- oder Nachtpflege sowie Verhinderungspflege. Mit zunehmendem Abstand zu PibS wird jedoch wieder das Ausgangniveau erreicht. Der überwiegende Teil der Angebote und Dienste wird in der Zeit nach PibS genauso häufig genutzt wie zuvor. Überraschend ist die deutlich geringere Inanspruchnahme des Ansprechpartners der Pflegekasse ein halbes Jahr nach PibS von geringem Ausgangsniveau ausgehend. Möglicherweise sinkt der Gesprächsbedarf mittelfristig, weil versicherungsrechtliche Fragen dann bereits geklärt sind. Ferner ist die deutlich geringere Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege im Zeitraum bis drei Monate nach PibS auffällig, obwohl etwa 60 Prozent der PibS-TeilnehmerInnen hier die Absicht zu einer gesteigerten Inanspruchnahme geäußert hatten. Möglicherweise ist die Absicht eher mittel- bis langfristig angelegt: Die PibS-TeilnehmerInnen verzichten zunächst auf Kurzzeitpflege, weil auf dieses Angebot bereits parallel zu PibS zugegriffen wurde und dies der pflegebedürftigen Person nicht zu häufig „zugemutet" werden soll.

Trends in einer Gruppe schließen jedoch individuelle Erfolge nicht aus:

> ***„Da im letzten halben Jahr erstmalig vermehrt Kurz- und Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde, fühle ich mich ruhiger und entspannter."***

Resümierend ist festzuhalten, dass einzelne Verhaltensänderungen erreicht werden können, die jedoch teilweise instabil sind. Bis auf die zwei beschriebenen Ausnahmen sinkt die Häufigkeit bei keiner Aktivität unter das Ausgangsniveau. Dies ist zumindest ein Teilerfolg vor dem Hintergrund, dass sich bei einigen TeilnehmerInnen die Pflegesituation deutlich verschlechtert. Auf die empirische Analyse muss angesichts der geringen Fallzahl jedoch verzichtet werden – es werden nur Personen mit Änderungsabsicht analysiert, was die Fallzahl teils deutlich reduziert. Auch für weitere Teilgruppen könnte eine differenzierte Analyse gewinnbringend sein (z. B. pflegebedürftige Personen mit Demenz). Methodisch könnte eine tatsächliche Verhaltenssteigerung hier unerkannt bleiben, weil die Antwortvorgaben kleine Veränderungen nicht abbilden können. Außerdem ist die reine Aussage der Häufigkeit dahingehend begrenzt, als dass sie kein Urteil über die Qualität zulässt. Welche Wirkung das tatsächliche Verhalten hat, ist die Kernfrage der vorliegenden Arbeit und Gegenstand des folgenden Kapitels.

14 Ausgeschlossen werden diejenigen, die bei t2 endgültig ausgeschieden sind.

Aufrichten mit einem am Bett fixierten Seil

10.0 Wie ausgeprägt sind die Effekte im Zeitverlauf in Bezug auf subjektive Belastung und subjektive Gesundheit?

Als Erfolgsgrößen werden analysiert:

- *Subjektiver Gesundheitszustand (Frage: „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand allgemein einschätzen?")*
- *Lebenszufriedenheit (Frage: „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrem Leben?")*
- *Wohlbefinden (Beispiel: „In den letzten 4 Wochen war ich froh und guter Laune.")*
- *Positive Auswirkungen (Beispiel: „Haben Sie das Gefühl, dass Sie als Pflegender Wertschätzung erfahren?")*
- *Negative Auswirkungen (Beispiel: „Fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Pflegender gefangen?")*
- *Wahrgenommene Unterstützung (Beispiel: „Fühlen Sie sich von Ihrer Familie gut unterstützt?")*

10.1 Vorüberlegungen

Die Ergebnisse werden für die Gesamtgruppe[15] dargestellt sowie für folgende Teilgruppen:

1.) nach objektiver Pflegebelastung bei Kursbeginn (t0)
2.) nach Pflegeverlauf

zu 1)
Profitieren Personen mit einer hohen objektiven Pflegeausgangsbelastung stärker als solche mit geringer Ausgangsbelastung? In welchen Dimensionen? Um dies zu beantworten, werden die Personen anhand der objektiven Pflegebelastung zu t0 in zwei Gruppen eingeteilt: Eine überdurchschnittliche Pflegebelastung ist gegeben,
- wenn Pflegestufe III bzw. III mit Härtefall vorliegt
- wenn die Diagnose Demenz vorliegt
- wenn der Disability-Index höher als 12 ist (entspricht dem 75-Prozent-Perzentil).
Nach diesen Kriterien sind 39 PibS-TeilnehmerInnen einer überdurchschnittlichen Pflegebelastung bei t0 ausgesetzt, die verbleibenden 36 Personen einer unterdurchschnittlichen Pflegebelastung.

zu 2)
In Kap. 3.4 wurde dargestellt, dass ein stabiles Niveau der Erfolgsindikatoren bei zunehmender Pflegebelastung ein Erfolg ist. Sollte die Pflegebelastung im Verlauf stabil sein, dann müssten die Erfolgsindikatoren ansteigen. Die Personen werden anhand der in Kap. 8 berichteten Situationsverschlechterungen im Beobachtungszeitraum (halbes Jahr nach PibS) in zwei Gruppen eingeteilt. Als Kriterium wird der Median (=3) gewählt. „Zunehmende Pflegebelastung" ist gegeben, wenn 4 oder mehr Situationsverschlechterungen auftreten (n=37). „Stabile Pflegebelastung" ist gegeben, wenn 0 bis 3 Situationsverschlechterungen auftreten (n=38). Dieses Vorgehen ist eine starke Vereinfachung der Realität des Pflegeverlaufs, erlaubt aber eine übersichtliche Darstellung der Ergebnisse.

Die Gruppen 1) und 2) sind statistisch unabhängig voneinander ($x^2(1,75)=.56$, $p=.454$), sodass eine getrennte Darstellung der Erfolgsindikatoren gerechtfertigt ist. Außerdem sind die Gruppen 1) und 2) statistisch unabhängig von den Strukturvariablen Geschlecht, Pflegedauer, Pflegekursbesuch und finanzielle Ressourcen sowie bezüglich des Verhaltens (Gesundheit, Nutzung von Angeboten/Diensten, jeweils zu t0). Zwei bedeutsame Unterschiede bestehen:

- *pflegende Personen mit stabilem Pflegeverlauf sind jünger als Personen mit zunehmender*

	Alle	Ausgangsbelastung		Belastung im Verlauf	
		Gering	Hoch	Stabil	Zunehmend
Subjektiver Gesundheitszustand					
t0 – t2	↑↑	=	↑↑↑	↑↑	=
t0 – t3	↑	=	↑	↑↑	=
t0 – t4	↑	=	↑↑	↑↑	=
Lebenszufriedenheit					
t0 – t2	↑	=	↑	↑↑	=
t0 – t3	↑	=	=	↑	=
t0 – t4	=	=	↑	=	=
Wohlbefinden					
t0 – t2	↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
t0 – t3	↑	↑↑	(↑)	↑↑	=
t0 – t4	↑	↑↑	(↑)	↑	↑
Positive Auswirkungen					
t0 – t2	↑	=	↑↑	↑↑	=
t0 – t3	=	=	=	=	=
t0 – t4	=	=	=	=	=
Negative Auswirkungen					
t0 – t2	↓	↓↓	(↓)	↓↓	=
t0 – t3	=	=	=	=	=
t0 – t4	=	=	=	=	=
Wahrgenommene Unterstützung				=	=
t0 – t2	=	=	=	=	=
t0 – t3	=	=	=	=	=
t0 – t4	=	=	=	=	=

Anmerkungen: T-Test für abhängige Stichproben jeweils in Bezug zu t0 und Fallausschluss paarweise; d = Effektstärke Cohen's d mit kleinem (d>.2 bzw. ↑), mittlerem (d>.5 bzw. ↑↑) und großem Effekt (d>.8 bzw. ↑↑↑), Effekte werden bei .05<p<.10 eingeklammert.

Tabelle 17: *Veränderungen der Gesundheit und der subjektiven Belastungen im Zeitverlauf*

Pflegebelastung (60 zu 66 Jahre) (T(73)=2.52, p=.014, d=.58).

- *Personen mit hoher Ausgangsbelastung haben deutlich häufiger unmittelbar vor PibS ein kritisches Lebensereignis verarbeiten müssen als Personen mit niedriger Ausgangsbelastung (T(68)=3.15, p=.002, d=.80).*

Das Ausgangsniveau der Erfolgsindikatoren wurde bereits in Kap. 5 beschrieben. Für die folgenden Analysen im Zeitverlauf ist es von Bedeutung, ob sich die Gruppen 1) und 2) im Ausgangsniveau der Erfolgsindikatoren unterscheiden. Sollte dies der Fall sein, so ist das unterschiedliche Niveau wenn nicht statistisch, dann zumindest interpretativ zu berücksichtigen (denn das selbe Ausmaß an Veränderungen ist von einem hohen Niveau ausgehend schwieriger zu erreichen als von einem niedrigen). Bezüglich der Pflegebelastung zu t0 sowie bezüglich des Pflegeverlaufs besteht kein statistisch signifikanter Unterschied in den Erfolgsindikatoren zu t0 (Werte siehe Anhang). Insofern können die Befunde ohne Kontrolle des Ausgangsniveaus dargestellt und interpretiert werden.

10.2 Ergebnisse und Interpretation

In Tabelle 17 sind die Ergebnisse schematisch dargestellt: 1) für die Gesamtgruppe, 2) unterteilt nach Pflegeausgangsbelastung und 3) unterteilt nach Pflegebelastung im Verlauf.

Die Veränderung der einzelnen Erfolgsindikatoren wird jeweils in Bezug auf das Ausgangsniveau t0 bezogen. Eine „kleine Veränderung" wird mit einem Pfeil dargestellt, eine „mittel bedeutsame" Veränderung mit zwei Pfeilen und eine „große Veränderung" mit drei Pfeilen. Sämtliche Veränderungen sind statistisch signifikant, Veränderungen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit (p<.10) sind eingeklammert. Bei Steigerungen wird der Pfeil nach oben verwendet.

Ein ausführliches Lesebeispiel anhand des subjektiven Gesundheitszustandes:

- *Der subjektive Gesundheitszustand steigt in der Gesamtgruppe in den 4 Wochen nach PibS signifikant mit einem mittelgroßen Effekt an. Bei den weiteren Messzeitpunkten (3 und 6 Monate nach PibS) ist immer noch eine Steigerung gegenüber dem Ausgangsniveau nachweisbar, jedoch nur noch mit geringem Effekt.*
- *Die beschriebene Steigerung ist abhängig von der Pflegebelastung, sowohl im Ausgangsniveau als auch im Verlauf, denn:*
  - *o nur bei TeilnehmerInnen mit hoher Pflegeausgangsbelastung sind Steigerungen gegenüber dem Ausgangsniveau feststellbar, insbesondere in den ersten vier Wochen nach PibS (großer Effekt). Bei geringer Ausgangsbelastung bleibt der Gesundheitszustand stabil.*
  - *o TeilnehmerInnen, die einer stabilen Pflegebelastung ausgesetzt sind, können den subjektiven Gesundheitszustand deutlich (mittlerer Effekt) und stabil verbessern. Personen mit zunehmender Pflegebelastung weisen zwar keine Verbesserungen beim Gesundheitszustand auf, können aber Verschlechterungen verhindern und den Zustand stabil halten.*
- *Die Effektgrößen setzen die Veränderung der Mittelwerte in Bezug zur Streuung. Sie sind ein anerkanntes Maß für die Beurteilung der Größe des Unterschieds und damit wichtig für die Beurteilung der praktischen Bedeutsamkeit. Eine weitere Größe ist die Mittelwertdifferenz im Verhältnis zur Spanne der Skala (ohne dass die Streuung berücksichtigt wird). Mit Blick in die Wertetabellen im Anhang entspricht der mittelgroße Effekt in der Gesamtgruppe von t0 nach t2 (also in den ersten vier Wochen) eine Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustands um 10.7 Prozent, von t0 nach t3 um 8.2 Prozent und von t0 nach t4 um 7.8 Prozent.*

Das Wohlbefinden der PibS-TeilnehmerInnen ist im Vergleich zum Ausgangsniveau fast im kompletten Beobachtungszeitraum erhöht. Die Effek-

Fußpflege im Bett

te sind kurzfristig bedeutsamer als mittel- und langfristig. Im Gegensatz zum Gesundheitszustand können auch Personen mit niedriger Pflegeausgangsbelastung sowie Personen mit zunehmender Pflegebelastung das Wohlbefinden steigern.

Die Lebenszufriedenheit ist ein übergeordnetes Konstrukt, das zum einen Gesundheit und Wohlbefinden integriert, aber auch weitere Dimensionen beinhaltet (z. B. Arbeit, Freizeit, Familie, Freunde etc.). Auch hier sind positive Effekte zu beobachten, jedoch nur bei Personen mit hoher Ausgangsbelastung bzw. stabilem Pflegeverlauf. Bei zunehmendem Pflegeverlauf liegen zwar keine Steigerungen vor, aber zumindest Absenkungen können verhindert werden.

Die positiven Auswirkungen der Pflege sind nach PibS bei Personen mit hoher Ausgangsbelastung bzw. stabilem Pflegeverlauf kurzfristig deutlich erhöht, erreichen dann aber wieder das Ausgangsniveau.

Die negativen Auswirkungen der Pflege können bei fast allen Personen gesenkt werden, zum Teil deutlich, aber nur in der kurzen Frist. Danach pendeln sich die negativen Auswirkungen im Bereich des Ausgangsniveaus ein, fallen jedoch nicht darunter.

Die wahrgenommene soziale Unterstützung bleibt im gesamten Beobachtungszeitraum bei allen Teilgruppen unverändert gegenüber dem Ausgangsniveau.

Wie sind diese Befunde zu bewerten?

In der Gesamtgruppe können in fast allen Erfolgsdimensionen (bis auf die wahrgenommene soziale Unterstützung) zum Teil deutliche Effekte erzielt werden. Allerdings nehmen die Effektstärken mit zunehmendem Maßnahmeabstand ab und erreichen vielfach nach einem halben Jahr wieder das Ausgangsniveau. Dies ist auch bei einem konzeptionell vergleichbaren Kurs der LSV NOS zu beobachten (vgl. Hetzel, 2010).

Allerdings sei betont, dass das Stabilisieren des Ausgangsniveaus insbesondere bei zunehmender Pflegebelastung als Erfolg zu werten ist. Insofern ist es beeindruckend, dass in keiner Dimension das Ausgangsniveau unterschritten wird. Nachsorgerische Maßnahmen könnten die Effekte stabilisieren. Möglicherweise könnten bereits niedrigschwellige Maßnahmen wie z. B. Angehörigengruppen oder postalisch-telefonische Kontakte ausreichen. Die Wirkung von Angehörigengruppen im Sinne der Selbsthilfe ist belegt (vgl. Trojan, 1986; Borgetto, 2007) und würde voraussichtlich von den PibS-TeilnehmerInnen akzeptiert werden (vgl. Hetzel, 2010).

Die Akzeptanz äußerte auch eine Teilnehmerin:

> ***„Nach Möglichkeit sollte man sich häufiger mit Gleichgesinnten austauschen können. Eventuell sollten solche Gruppen regionbezogen stattfinden."***

Die deutlichsten Effekte bestehen bezüglich der Gesundheitsdimensionen (subjektiver Gesundheitszustand, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit). Allerdings ist die Gruppe nicht homogen. Personen mit hoher Ausgangsbelastung können den subjektiven Gesundheitszustand und die Lebenszufriedenheit steigern. Personen mit geringer Ausgangsbelastung sind dagegen stabil, obwohl das Ausgangniveau der beiden Dimensionen identisch ist. Überraschenderweise ist es beim Wohlbefinden tendenziell umgekehrt: Bei geringer Pflegeausgangsbelastung sind Steigerungen deutlicher als bei hoher. Auch bezüglich der subjektiven Belastungssituationen unterscheiden sich die Effekte in Bezug auf das Ausgangsniveau der Pflegebelastung. Bezüglich der positiven Auswirkungen der Pflege profitieren nur hoch belastete pflegende Personen. Die negativen Auswirkungen können zwar auch gesenkt werden, aber deutlicher gelingt dies nur bei Personen mit geringer Pflegeausgangsbelastung.

Dies deckt sich zum Teil mit vorliegenden Befunden. Mantovan und Autoren (2010) kommen in ihrer Überblicksarbeit zu dem Schluss, dass pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz von psychoedukativen, pflegeentlastenden, unterstützenden, psychotherapeutischen und multimodalen Angeboten profitieren, u.a. in Bezug auf Belastungen und Wohlbefinden. Allerdings scheinen Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz weniger effektiv zu sein als für andere Pflegende (vgl. Pinquart & Sörensen, 2002). Letzteres trifft hier nur auf das Wohlbefinden und die negativen Auswirkungen der Pflege zu, nicht jedoch auf subjektiven Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit und positive Auswirkungen der Pflege. Derartige Befunde sind in der Gruppentherapie bekannt. Demnach könnte nach Yalom (2007) eine Ursache im interpersonalen Lernen in der Gruppe liegen, weil geringe und hohe Pflegeausgangsbelastungen vereint sind. Pflegende Personen von nicht demenziell erkrankten Menschen erfahren in der Gruppe, dass Pflegebelastungen deutlich höher sein können als die eigenen. In der Folge steigt allein deshalb das Wohlbefinden an und die negativen Auswirkungen der Pflege werden neu bewertet und sinken. Umgekehrt erfahren hoch belastete pflegende Personen Wertschätzung dahingehend, welches Ausmaß sie leisten und reagieren beispielsweise mit Stolz auf die eigene Leistung. Die Pflegesituation wird in der Folge neu bewertet, sodass die positiven Auswirkungen der Pflege zunehmen, das Wohlbefinden und sogar die Lebenszufriedenheit steigen.

Folgendes Zitat untermauert diese Argumentation (t2):

> ***„Ich habe festgestellt, dass ich mit meinem Mann noch viel besser dran bin als viele andere Leute, die an dem Kurs teilnehmen."***

Bei gleichem Ausgangsniveau steigt die subjektive Gesundheit nur bei hoch belasteten Personen, nicht jedoch bei gering belasteten Personen. Vor allem die Deutlichkeit und Stabilität der Effekte überrascht. Offensichtlich wirken sich die Pflegeauszeit und die Gesundheitsangebote im Rahmen der PibS-Woche bei hoch belasteten pflegenden Personen deutlicher aus. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass hoch belastete Personengruppe eher selten entlastende Maßnahmen wie z.B. einen Kurzurlaub wahrnehmen (können) und daher stärker profitieren. Für den statistischen Nachweis notwendige Daten liegen jedoch nicht vor. Eine alternative Erklärung ist, dass bei den hoch belasteten Personen deutlich häufiger ein kritisches Lebensereignis zurückliegt als bei den gering belasteten (siehe Kap. 10.1) und sich die Verarbeitung im PibS-Kurs auf eine Steigerung der subjektiven Gesundheit auswirkt.

Unabhängig von der Ursache wird die subjektive Gesundheitseinschätzung besonders im höheren Lebensalter als bedeutsame Gesundheitsinformation angesehen, da sie sich im Vergleich zu medizinischen Indikatoren teilweise als sensitiver für das Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko erwiesen haben (vgl. z. B. Wurm & Tesch-Römer, 2006).

Die nach Pflegeverlauf differenzierten Befunde sind beeindruckend und bestätigen den angenommenen Verlauf der Erfolgsindikatoren. Zum einen fördert PibS die Gesundheit, das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit, die positiven Auswirkungen der Pflege und mindert die subjektiv negativen Belastungen, sofern der Pflegeverlauf stabil ist. Zum anderen stabilisiert PibS bei zunehmender Pflegebelastung diese Indikatoren – das Wohlbefinden wird sogar teilweise gesteigert.

Fußpflege im Bett

Fußpflege im Bett

Die wahrgenommene soziale Unterstützung der pflegenden Personen durch Freunde, Familie, Nachbarn und öffentliche Dienste bleibt nach PibS unverändert bzw. die verwendete Skala vermag kleine Veränderungen nicht abzubilden. Möglicherweise liegt hierin ein Verbesserungspotenzial in der Kurskonzeption. Soziale Unterstützung gilt als bedeutsame Ressource in den Gesundheitswissenschaften im Allgemeinen, aber auch in der häuslichen Pflege im Besonderen (vgl. Rösler-Schidlack et al., 2010).

Aus methodischer Sicht könnten weitere Analysen die Befunde fundieren. So werden die Entwicklungen jeweils in Bezug auf das Ausgangsniveau analysiert. Die Bezüge zu den vorhergehenden Messzeitpunkten werden damit nicht berücksichtigt, obwohl diese möglicherweise eine eigenständige Wirkung haben. Auch die Analyse des Pflegeverlaufs ist durch die zweistufige Gruppeneinteilung stark vereinfacht. Nicht zuletzt bergen die Analysen aufgrund des paarweisen Fallausschlusses Interpretationsrisiken. Das bedeutet, dass den einzelnen Messzeitpunkten wegen der Abbrecherinnen unterschiedliche Fallzahlen zugrunde liegen. Allerdings ist eine Ausfallsystematik unwahrscheinlich, weil Ausgangsniveau und TeilnehmerInnenstruktur bei Abbrecherinnen und durchgängigen Teilnehmerinnen gleich sind (siehe Anhang). Die skizzierten Perspektiven setzen jedoch größere Fallzahlen und komplexere statistische Verfahren voraus.

11.0 Literaturverzeichnis

Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S. & Whitlatch, C. (1995). *Profiles in Caregiving. The Unexpected Career.* London: Academic Press.

Balck, F., Tchitchekian, G. & Berth, H. (2008). Bewältigungsstrategien von Angehörigen schwer körperlich Erkrankter. In Bals, T., Hanses, A. & Melzer, W. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings, ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten* (65-77). Weinheim: Juventa-Verlag.

Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2000). Was erhält Menschen gesund? *Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Borgetto, B. (2007). Wirkungen und Nutzen von Selbsthilfegruppen. *Public Health Forum*, 15, 6-8.

Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation.* Berlin, Heidelberg: Springer.

Bortz, J. (2005). *Statistik.* Berlin, Heidelberg: Springer.

Bundesministerium für Gesundheit (2007). *Pflegen zuhause. Ratgeber für die häusliche Pflege.* Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Bundesministerium für Gesundheit (2007). *Wenn das Gedächtnis nachlässt. Ratgeber: von der Diagnose bis zur Betreuung.* Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Christiansen, G. (2001). *Evaluation - ein Instrument in der Gesundheitsförderung.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Cohen, J. W. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* Hillsdale, NJ [u.a.]: Erlbaum.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2005). *Pflegende Angehörige, DEGAM-Leitlinie Nr. 6.* Düsseldorf: Omikron Publishing.

Döhner, H., Kofahl, C., Lüdecke, D. & Mnich, E. (2007). *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage (Eurofamcare). The National Survey Report for Germany.* Hamburg: Institute for Medical Sociology.

Ducki, A. (2000). *Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit*. Zürich: vdf Hochschulverl.

Geisler, D. & Wilms, S. (1999). Pflegende Angehörige und der Hausarzt. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 75, 750-754.

Grässel, E. (1998). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 57-62.

Grässel, E. (1998). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 52-56.

Hetzel, C. (2009). *Aktion 55plus - Arbeit, Gesundheit und Pläne fürs Alter von über 55-jährigen Personen in der bayerischen Land- und Forstwirtschaft, Abschlussbericht*. Landshut: Eigenverlag der Land- und forstwirtschaftlichen Sozialversicherung Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben.

Hetzel, C. (2010). *Personen in belastenden Situationen (PibS): Eine Trainings- und Erholungswoche für pflegende Angehörige als Angebot der Land- und forstwirtschaftlichen Sozialversicherung Niederbayern / Oberpfalz und Schwaben – Evaluationsbericht*. Landshut: LSV NOS.

Hetzel, C., Schreiner, S., Kühl, D., Holzer, M. & Allinger, F. (2010). Verhaltensänderung bei pflegenden Angehörigen nach einer Trainings- und Erholungswoche. In Trimpop, R.M., Gericke, G. & Lau, J. (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Sicher bei der Arbeit und unterwegs - wirksame Ansätze und neue Wege; 16. Workshop 2010* (319-322). Kröning: Asanger.

Jansen, B. & Kardoff, E. v. (1995). Plädoyer für ein vernetztes Angebot. *Forum Sozialstation*, 2, 14-20.

Keller, S. (2004). Motivation zur Verhaltensänderung – Aktuelle deutschsprachige Forschung zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12, 35-38.

Kerr, J., Weitkunat, R. & Moretti, M. (2007). *ABC der Verhaltensänderung - der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung.* München: Elsevier.

Lind, G. (2009). *Effektstärken: Statistische versus praktische und theoretische Bedeutsamkeit*. Konstanz: Fachbereich Psychologie.

LSV HRS (2008). PibS – Personen in belastenden Situationen. Dokumentation. Kassel: Eigenverlag.

LSV HRS (2011). Anzahl der anerkannt pflegebedürftigen Personen (ambulant). Kassel: unveröffentlicht.

Mantovan, F., Ausserhofer, D., Huber, M., Schulc, E. & Them, C. (2010). Interventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz - Eine systematische Literaturübersicht. *Pflege*, 4, 223-239.

Mantovan, F., Ausserhofer, D., Huber, M., Innerhofer, E., Götsch, I., Ploner, E. & Them, C. (2010). Care Management für pflegende Angehörige. Eine Pilotstudie zur Verbesserung der häuslichen Betreuungssituation. *Pflegewissenschaft*, 7, 434-441.

McKee, K., Philp, I., Lamura, G., Prouskas, C., Öberg, B., Krevers, B., Spazzafumo, L., Bien, B., Parker, C. & Szczerbinska, K. (2003). The COPE Index – a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging & Mental Health*, 7, 39-52.

Meyer, M. (2004). *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage (Eurofamcare). National Background Report for Germany.* Bremen: Institute of Applied Nursing Research.

Pick, P., Brüggemann, J., Grote, C., Grünhagen, E. & Lampert, T. (2004). *Pflege, Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Berlin: Robert-Koch-Institut.

Pinquart, M. & Sörensen, S. (2002). Interventionseffekte auf Pflegende Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 15, 85-100.

Riedl, M., Mantovan, F. & Them, C. (2011). Psychophysische und soziale Veränderungen älterer Menschen durch den Heimentzug. *Pflegewissenschaft*, 5, 299-311.

Rösler-Schidlack, B., Stummer, H. & Ostermann, H. (2010). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziale Unterstützung bei Pflegenden Angehörigen. *Pflegewissenschaft*, 10, 75-86.

Schenk, M. (2009). Pflegende Angehörige als Patienten. *Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift*, 134, 672-673.

Schneekloth, U. & Leven, I. (2003). Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland. München: Infratest Sozialforschung.

Statistisches Bundesamt (2008). Pflegestatistik 2007. *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Trojan, A. (1986). *Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen.* Frankfurt am Main: Fischer.

Weyerer, S. (2005). Altersdemenz. Berlin: Robert-Koch-Institut.

World Health Organisation (1998): *WHO Info Package: Mastering depression in primary care Version 2.2).* Geneva: Author.

Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2006). Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In Tesch-Römer, C., Engstler, H. & Wurm, S. (Hrsg.), *Altwerden in Deutschland - sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (329-383). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.

Yalom, I. D. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppen-psychotherapie.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Sicht der TeilnehmerInnen

Interview pflegender Angehöriger

Wenn die Pflege den Alltag bestimmt!

Interview mit Gudrun Müller in der Kurswoche PibS I Klinik Lohrey

Beginn Kurs PibS I

Wen pflegen Sie? In welche Pflegestufe ist Ihr Angehöriger eingestuft?
Ich pflege meine Schwiegermutter; sie ist in Pflegestufe 1 eingestuft.

Seit wann pflegen Sie Ihre Schwiegermutter?
Die Pflege wird seit September 2009 ausgeübt. Meine Schwiegermutter wurde wegen Wasser in der Lunge im Krankenhaus aufgenommen. Hinzu kam, dass sie auch noch gefallen war, einen leichten Schlaganfall hatte und bei ihr Demenz festgestellt wurde.

Welche Aufgaben haben Sie neben der Pflege? z. B. Enkelbetreuung, Melken, Kochen für die Familie
Da wir in einer Großfamilie leben, habe ich den ganzen Haushalt wie Putzen, Kochen und die Wäsche zu bewältigen. Nachdem mein Sohn nun verheiratet ist, übernimmt meine Schwiegertochter das Putzen in ihrer Wohnung. Dadurch habe ich etwas weniger zu putzen und zu bügeln.
Da mein Mann in 2010 an der Wirbelsäule operiert wurde und ich auch ihn für eine gewisse Zeit pflegen / versorgen musste, musste ich das Melken aufgeben.

Heute beginnt Ihre PibS-Woche. War die Entscheidung schwer, sich für diese Woche anzumelden?
Ich habe mich gar nicht angemeldet; die jungen Leute haben mich angemeldet und mir damit die Entscheidung abgenommen. Ich habe mich gefreut, dass die Belastung durch die Pflege von den Kindern wahrgenommen wird. Allerdings habe ich Bedenken, dass meine Schwiegermutter nicht ohne mich ins Bett gehen wird. Sie hat schon öfters mal auf mich gewartet.

Wer kümmert sich während Ihrer Abwesenheit um Ihre Schwiegermutter?
Sie wird von unserer Familie versorgt. Wir haben die Pflege verteilt auf mehrere Personen. Bei der Pflege helfen mein Ehemann, meine Söhne, meine Schwiegertochter und mein Schwager und dessen Frau.

Welche Erwartungen haben Sie an diese Kurswoche?
Ich möchte viel für die praktische Pflege zuhause lernen.

Was liegt Ihnen am meisten am Herzen?
Mir ist es wichtig, dass ich eine gute Pflege mache und meine eigene Gesundheit dabei nicht aus den Augen verliere.

Worauf freuen Sie sich am meisten?
Endlich mal ausschlafen, sich an den gedeckten Tisch setzen und nicht kochen zu müssen. Auch freue ich mich auf das von zuhause mitgebrachte Buch.

Ist Ihnen der Austausch mit Gleichgesinnten wichtig?
Ja, ich kann mir vorstellen, dass der Austausch mit Gleichgesinnten mir sehr viel Information bringt. Diese kann ich dann auch vielleicht für die eigene Pflege nutzen.

Der Kurs beinhaltet pflegerische Aspekte. Was ist Ihnen hierbei besonders wichtig? z.B. Waschen im Bett, Lagern, Inkontinenzversorgung Versorgung.....
Ich muss meine Schwiegermutter ja morgens waschen und ihr dann beim Anziehen helfen. Wegen der Demenz weiß sie nicht mehr wie das geht. Vielleicht gibt es ein paar praktische Tipps, wie ich mir die Pflege erleichtern kann.

Die Klinik bietet Erholungs- und Entspannungsmöglichkeiten an. Möchten Sie diese nutzen?
Ich freue mich auf das Schwimmbad und auch auf die Morgengymnastik. Vielleicht kann ich ja auch Entspannungsübungen erlernen, die ich zuhause auch noch anwenden kann.

Letzter Tag des Kurses

Heute ist die Woche bereits vorbei. Wie geht es Ihnen heute?
Ich fühle mich richtig gut erholt und freue mich wieder auf zuhause. Es war eine sehr interessante Woche für mich, mal ohne die täglichen Verpflichtungen.

Möchten Sie im Pflegealltag etwas verändern? Wenn ja, was möchten Sie verändern?
Es wird bestimmt nicht einfach, aber ich werde meine Familie ab und zu mehr einbinden, um mir ein paar freie Stunden zu schaffen. Auch will ich meiner Schwiegermutter vorschlagen, ob nicht Tagespflege einmal pro Woche eine Abwechslung für sie ist. Sie davon zu überzeugen, wird nicht leicht werden.

Gudrun Müller mit ihrer Schwiegermutter bei der Hautpflege

Ist Ihrer Meinung nach der Aspekt Entspannung/Erholung ausreichend in dieser Woche berücksichtigt?
Ich habe das Schwimmen sehr genossen und konnte dabei auch gut entspannen. Die Morgengymnastik hat mir Spaß gemacht. Sicher waren die Kurse auch ganz schön anstrengend z.B. das lange Sitzen. Aber man konnte ja zwischendurch auch immer aufstehen und etwas trinken. Insgesamt war das Programm für mich eine runde Sache. Ich könnte mir vorstellen, dass ältere Personen das Programm zu anstrengend finden.

War der Austausch untereinander wichtig für Sie?
Das Reden mit Gleichgesinnten ist was Besonderes; man kann über seine Sorgen und Nöte erzählen und bekommt praktische Ratschläge, wie man seinen Pflegealltag positiv verändern kann.

Halten Sie mit Kursteilnehmern weiterhin Kontakt, evtl. telefonisch?
Ja, wir haben die Telefonnummern ausgetauscht.

Was wollen Sie sich zukünftig regelmäßig für Freiräume schaffen? z. B. Landfrauenbesuche, spazieren gehen,.....
Ich möchte gern mal meine Bücher lesen, da ich beim Lesen gut entspannen kann. Das Problem ist allerdings, wenn ich zuhause bin, dann wird erwartet, dass ich „pflege". Landfrauenbesuche habe ich bisher auch schon wahrgenommen und werde es auch weiterhin tun. Da ist meine Familie schon mal eingesprungen.

Fehlte Ihnen ein für Sie wichtiger Aspekt/Gesichtspunkt während der PibS-Woche, der nicht behandelt wurde?
Es gibt schon schwierige Pflegesituationen; hier könnte vielleicht eine psychologische Betreuung eine gute Hilfe für die Pflegenden sein.

Werden Sie den Kurs weiterempfehlen?
Auf jeden Fall, weil der Kurs so viel Neues für die praktische Pflege bringt. Auch über die Leistungen der Pflegekasse habe ich viel erfahren können.

Nächstes Jahr wird ein Folgekurs stattfinden. Würden Sie an einem Folgekurs teilnehmen?
Davon habe ich schon gehört und würde gern teilnehmen.

Freuen Sie sich auf zuhause?
Auf zuhause freue ich mich natürlich, auch wenn eine schöne Auszeit zu Ende geht.

Vorbereitungsarbeit für das Waschen im Bett

Gerhard Rinck mit seiner Mutter

Interview mit Gerhard Rinck in der Kurswoche PibS II im Gesundheitszentrum Saarschleife

Beginn Kurs PibS II

Wen pflegen Sie? In welche Pflegestufe ist Ihr Angehöriger eingestuft?
Ich pflege meine Mutter. Sie ist in der Pflegestufe 2 eingestuft!

Seit wann pflegen Sie Ihre Mutter?
Ich pflege meine Mutter seit Oktober 2008 zusammen mit meiner Tante.

Welche Aufgaben haben Sie neben der Pflege? z.B. Enkelbetreuung, Melken, Kochen für die Familie
Ich bewirtschafte mit meiner Familie einen landwirtschaftlichen Betrieb mit 15 Hektar Weinbau und 65 Hektar Ackerbau mit einem Teil Kartoffelanbau. Wir vermarkten unseren Wein und die Kartoffeln seit 2 Jahren über unseren Hofladen.

Heute beginnt Ihre PibS-Woche. War die Entscheidung schwer, sich für diese Woche anzumelden?
Ich habe mich sehr gefreut über die Einladung zum PibS-Kurs, sowie jetzt zum Fortsetzungskurs. Ja, es ist nicht einfach, sich im Voraus anzumelden, aber durch die Pflege meiner Mutter bin ich so gebunden, dass mir diese kurze Auszeit sehr wichtig ist. Da ich ja bereits letztes Jahr an dem PibS I Kurs teilgenommen habe, wusste ich ja schon, wie gut mir diese Woche tut.

Wer kümmert sich während Ihrer Abwesenheit um Ihre Mutter?
Meine Mutter ist in einem Pflegeheim in der Nähe zur Kurzzeitpflege. Ich habe sie für 2 Wochen dort angemeldet. Dann brauche ich nicht gleich am Tag nach dem PibS-Kurs mit der Pflege beginnen.

Welche Erwartungen haben Sie an diese Kurswoche?
Mir ist es wichtig, mal morgens etwas länger zu schlafen und in Ruhe zu frühstücken. Auch

freue ich mich auf die anderen Kursteilnehmer, um mich mit ihnen auszutauschen. Dies hat mir im letzten Kurs sehr viele Anregungen für die praktische Umsetzung der Pflege gegeben.

Was liegt Ihnen am meisten am Herzen?
Mal nur an mich denken und nicht die zeitliche Gebundenheit zu haben.

Worauf freuen Sie sich am meisten?
Besonders freue ich mich auf die Wellnessangebote der Klinik, wie schwimmen oder mal im Wirlpool sitzen. Diese Angebote kann ich aus zeitlichen Gründen zuhause nicht nutzen.

Ist Ihnen der Austausch mit Gleichgesinnten wichtig?
Ja, es ist einfach gut, wenn man sich mit Gleichgesinnten austauschen kann. Man erkennt, dass man nicht mit den Problemen allein ist.

Der Kurs beinhaltet diesmal weniger pflegerische Aspekte dafür mehr Selbstfürsorge. Was ist Ihnen hierbei besonders wichtig?
Bereits in PibS I habe ich gelernt, mir immer mal eine Auszeit zu nehmen, um mich dann wieder mit neuer Kraft der Aufgabe zu stellen. Leider ist die Umsetzung nicht so einfach, denn der landwirtschaftliche Betrieb muss ja auch laufen.

Die Klinik bietet Erholungs- und Entspannungsmöglichkeiten an. Möchten Sie diese nutzen?
Ich möchte jeden Tag das Wellenbad nutzen; da kann ich richtig gut entspannen.

Letzter Tag des Kurses

Heute ist die Woche bereits vorbei. Wie geht es Ihnen heute?
Ich fühle mich gut erholt und freue mich auf zuhause.

Lieselotte Rinck beim Mittagessen

Möchten Sie im Pflegealltag etwas verändern? Wenn ja, was möchten Sie verändern?
Ja, ich möchte in den Erntezeiten die Verhinderungspflege in Anspruch nehmen und dabei auf einen Pflegedienst zurückgreifen. Bisher habe ich diese Leistung nie in Anspruch genommen. Auch will ich mit meinem Hund mal durch die Gemarkung spazieren gehen, um einfach mal ein bisschen Freizeit zu haben.

Ist Ihrer Meinung nach der Aspekt Entspannung/Erholung ausreichend in dieser Woche berücksichtigt?
Der PibS II Kurs ist diesmal mehr für mich (die Pflegeperson), hier werden viele Entspannungs- und Gymnastikübungen angeboten. Auch Tipps zur Selbstfürsorge habe ich erfahren können.

War der Austausch untereinander wichtig für Sie?
Auch in diesem Kurs war ich wieder überrascht, wie schnell man mit doch fremden Menschen Kontakt bekommt.

Halten Sie mit Kursteilnehmern weiterhin Kontakt, evtl. telefonisch?
Dafür werde ich wohl weniger Zeit haben. Ich würde mich allerdings freuen, wenn ich noch mal zu einem PibS Kurs eingeladen würde.

Fehlte Ihnen ein für Sie wichtiger Aspekt/Gesichtspunkt während der PibS-Woche, der nicht behandelt wurde?
Spontan fällt mir hier nichts ein.

Werden Sie die Kurse weiterempfehlen?
Natürlich werde ich die Kurse weiter empfehlen. Allerdings ist es für Frauen einfacher, da diese sich im Landfrauenverein eher mal treffen. Die Pflege wird viel öfter durch Frauen ausgeführt.

Gerhard Rinck als Fahrer der Feldbahn beim PibS Kurs II

Was machen Sie, wenn Sie heute nach Hause kommen?
Ich fahre morgen ganz früh nach Hannover zur Agritechnika und werde mich über neue Techniken informieren. Dann kommt der Alltag im Betrieb und in der Pflege wieder.

Sicht der TeilnehmerInnen

Zitate der TeilnehmerInnen aus Evaluationsbögen

Unmittelbar vor PibS

Es wäre hilfreich, wenn speziell für Demenzkranke mehr getan würde. Auch für die Angehörigen, da es sehr schwer ist zu sehen, wie sich ein geliebter Mensch dadurch verändert und auch sich damit abzufinden.

Durch die Pflege total überlastet.

Ich bin nicht mehr frei. Alles ist auf die Pflege ausgerichtet. Dinge, die außer Haus erledigt werden müssen, muss ich zeitlich anmelden und mich zurückmelden.

Betreuung rund um die Uhr. Nachts klopft er 4-6 mal so lange bis jemand kommt. Er ist verwirrt und sehr böse, dass wir ihn nicht aus dem Haus lassen. Obwohl wir wissen, dass die Krankheit ihn so verändert hat, tut es sehr weh, sich so von ihm beschimpfen zu lassen.

Ich bedauere, dass ich nicht spontan etwas tun kann, ohne es vorher zu organisieren. Z.B. meine Geschwister in Köln oder Mainz ein Wochenende besuchen.

Unmittelbar nach PibS

Danke für diese tolle Woche!!! [als isolierte Antwort insgesamt 11x]

Viel mehr an sich denken.

Ich habe mich sehr wohl gefühlt. Ich bin sehr entspannt und werde gerne und lange von dieser wunderschönen Woche zehren.

Etwas mehr Freizeit während der Vorträge wäre gut.

Der Kurs war für mich hilfreich und sehr wohltuend.

Kurs sehr gut; sollte man weiterhin anbieten. Evtl. auch mit höherer Kostenbeteiligung bei Teilnahme. Sollte generell jährlich stattfinden. Ernährung sollte an praktischen Beispielen (Zubereitung) erfolgen. Entspannungsübungen Angebote erhöhen.

Danke für den PibS-Kurs.

Unmittelbar nach PibS

Erholungs- und Trainingswoche ist eine gute Kombination, einfach mal abzuschalten und trotzdem neue Erfahrungen durch Gleichgesinnte oder durch Pflegepersonal mit nach Hause zu nehmen. Sehr gut!

Ein Folgekurs wäre sehr schön, die beste Zeit wäre Jan - März. Es hat sehr gut getan, die Zeit hier mit Gleichgesinnten zu verbringen, Neues zu lernen oder zu erfahren und zu entspannen.

Bin interessiert an einem Folgekurs.

Habe in dieser Woche viel gehört und gelernt durch Gespräche mit Gleichgesinnten. Viel Entspannung.

Das Angebot war sehr gut. Schade, dass ich den Kurs nicht schon früher besuchen konnte.

Recht schönen Dank für den Pflegekurs. Es hat mir viel gebracht. Die Umsetzung wird vielleicht schwer.

Durch den Pflegekurs bin ich ruhiger und sicherer geworden. Mit Problemen kann ich jetzt besser umgehen. Danke.

Der PibS-Kurs war toll, hat mir viel gebracht. Frau Siebenborn ist eine hervorragende Kursleiterin. Sie hat die Themen sehr anschaulich behandelt. Es war nicht einmal langweilig.

Der PibS war toll und hat mir sehr viel gebracht. Gesundheitlich und informativ.

Diese Woche der Erholung und des Abschaltens war für mich sehr hilfreich. Bei der Umsetzung der Aktivitäten in Zukunft für mich sehe ich jedoch einige Schwierigkeiten.

Nach vier Wochen

Die sehr, sehr gute Beratung hätte früher sein müssen – vielen Dank für die Erholungs- und Trainingswoche und viele Grüße!

Der PibS-Kurs war für mich eine positive Erfahrung u.a. für mein Selbstwertgefühl.

Ich möchte mich sehr herzlich bedanken für den PibS-Kurs. Er hat mir in allen Gebieten der Pflege meiner behinderten Schwester sehr gut weitergeholfen. Das Zusammensein mit gleichgesinnten Angehörigen hat mich aufgebaut, gibt es doch so viele Menschen!

Nach vier Wochen

Ich habe mich sehr selbstsicher und wertvoll gefühlt, als ich zurückkam. Habe dankbar festgestellt, wie wichtig es ist, wenn der Partner so viel Verständnis für mich hat und immer für meine Sorgen da ist. Als mein Schwiegervater mich in gewohnter Weise von oben herab behandelte, habe ich mich ganz ruhig gewehrt. Ich habe ihm gesagt, dass ich ihn nur seinem Sohn zuliebe pflege. Zuerst war er beleidigt. Inzwischen bedankt er sich bei mir. Wenn ich Essen bringe, lobt er mich bei seiner Tochter.

Freunde gewonnen, wieder an sich denken und auch Persönliches aus einem anderen Blick zu sehen. Herzlichen Dank!

Der PibS-Kurs war sehr gut. Die Leitung von Frau Engel war für mich von großer Hilfe in allen Bereichen.

Der PibS-Kurs ist eine ganz tolle Sache. Besonders der Austausch mit Gleichgesinnten zeigt, dass die eigenen Probleme auch bei anderen auftreten.

Ich möchte mich nochmal für diesen Kurs bedanken. Es hilft sehr viel, sich mit Gleichgesinnten auszutauschen.

Für die Hilfe von der Pflegekasse möchte ich mich bedanken. Tolle Hilfsmittel (Rollstuhl etc.) haben sehr geholfen! Auch die Pflegemittel und Medikamente haben Erleichterung für mich gebracht. Mein Mann ist jetzt gut eingestellt.

Die Gemeinschaft mit anderen Betroffenen war sehr gut. Der Erfahrungsaustausch ganz wichtig! Es war meine erste „Auszeit", seit mein Mann erkrankt ist.

Vielen Dank für die Informationen, die Erholung und die Kraft, die ich tanken konnte während der Woche in Orscholz.

Ich habe festgestellt, dass ich mit meinem Mann noch viel besser dran bin, als viele andere Leute, die an dem Kurs teilnehmen.

Nach vier Wochen

Kurs sollte öfter (oder früher) durchgeführt werden. Er war sehr informativ. Danke!

Ein PibS-Kurs würde ich wieder machen; hat mir gut getan trotz meiner Angst vor bevorstehender Brust OP; ging aber alles gut.

Ich würde mich sehr freuen, wenn ich an dem Folgekurs teilnehmen könnte.

Es war sehr lehrreich; ich habe viel erfahren; der Austausch mit Gleichbetroffenen hat mich bestärkt und mir Mut gemacht, so weiter zu machen. Herzlichen Dank für die Einladung zum Pflegekurs.

HausUNordnung

Auf diesem Wohnbereich leben Menschen mit einer demenziellen Erkrankung, um den Alltag für Sie so angenehm wie möglich zu gestalten unterstützen wir folgende Verhaltensweisen:

Es kann alles angefasst und hin und her getragen werden.
Unsere Bewohner sollen immer etwas zu tun haben.

Es hängen einige Bilder schief.
Manche Bewohner fassen die Bilder eben gerne an.

„Mein" und „ Dein" ist nicht so wichtig.
Gekennzeichnetes Eigentum können wir jederzeit unseren Bewohnern wieder zuordnen.

Das Wandern ist des Müllers Lust.
Unsere Bewohner brauchen viel Bewegung und können daher Tag und Nacht im Wohnbereich spazieren gehen.

Die Schränke sind nicht aufgeräumt.
Unsere Bewohner räumen gerne. Viele haben das schließlich ihr ganzes Leben lang getan.

Die Kleidungsstücke passen nicht zusammen, aber ich habe mich alleine angezogen.
Wir unterstützen unsere Bewohner in ihrer noch vorhandenen Selbständigkeit.

In Handtaschen und Koffern kann man „ Gefundenes" gut transportieren.
Unsere Bewohner fühlen sich mit einer Tasche sehr wohl.

Mein Bett ist besetzt.
Das macht nichts. Für unsere Bewohner ist jedes Bett ein Platz zum Ausruhen.

In Gemeinschaft schläft es sich auch im Sitzen gut.
Ein Nickerchen unserer Bewohner ist ein Ausdruck von Wohlbefinden.

Besonderer Aushang in einer Pflegeeinrichtung

Kurze Pause

Nach drei Monaten

Die Trainingswoche hat mir viel geholfen.

Wir haben viel Brauchbares mitgenommen; vielen herzlichen Dank, auch im Namen meiner Frau.

Nach Möglichkeit sollte man sich häufiger mit Gleichgesinnten austauschen können. Eventuell sollten solche Gruppen regionbezogen stattfinden. PibS-Kurse, hauptsächlich nachfolgende Kurse, sollten vielleicht häufiger sein und der Schwerpunkt mehr auf Entspannung und Erholung liegen.

Je länger ich pflege, je anstrengender wird es. Ich muss mir überlegen, wie ich es schaffe, einen Tag ohne Pflege zu erhalten.

Nach sechs Monaten

Ich kann jedem Pflegenden nur raten, den PibS-Kurs zu besuchen. Mir hat der Kurs sehr geholfen bei Fragen und auch das Gespräch mit Angehörigen und Gleichgesinnten.

Pflegen und alt werden ist nichts für Feiglinge!

Der Kontakt zu anderen Teilnehmern sollte vielleicht intensiver sein, damit man sich besser austauschen und aufbauen kann.

Sicht der Kursleitung

Monika Siebenborn, Kursleiterin im Gesundheitszentrum Saarschleife in Orscholz

Meine Erfahrungen mit dem PibS-Projekt

Es ist eine Grundlage menschlichen Zusammenlebens, einem kranken oder behinderten Menschen unterstützend zur Seite zu stehen. Immer kürzere Verweildauern im Krankenhaus, ambulante Operationen, und der Wunsch vieler alter Menschen, möglichst lange zuhause bleiben zu können, stellen hohe physische und psychische Anforderungen an pflegende Angehörige. Die Landwirtschaftliche Pflegekasse bietet ihren Mitgliedern die Möglichkeit, vom Pflegealltag Abstand zu nehmen, indem sie eine Seminarwoche im Gesundheitszentrum Saarschleife in Orscholz verbringen. Das Schulungsprogramm enthält sowohl pflegerische, als auch allgemeine Themen (z.B. Ernährung, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht).

Jeder Tag beginnt unter Anleitung einer Krankengymnastin mit Wirbelsäulengymnastik oder Rückenschule. Auch das Erlernen der Sportart „Nordic Walking“ steht auf dem Programm. In ihrer Freizeit haben sie die Möglichkeit, die Wellnessangebote der Einrichtung wie z.B. Sauna, Wellenbad und Massagen zu nutzen. Auch lädt die herrliche Umgebung zu entspannenden Spaziergängen ein.

Die Teilnehmer des Projektes sind pflegende Angehörige. Viele von ihnen pflegen schon über einen längeren Zeitraum. Bereits bei der Anreise merkt man einigen an, dass es ihnen nicht leicht gefallen ist, sich von der Pflegesituation zu lösen. Das Loslassen fällt ihnen aus verschiedensten Gründen schwer. Es können emotionale Gründe sein, wenn die Bindung zu dem pflegebedürftigen Menschen sehr groß ist – z.B. bei Ehepartnern. Es kann aber auch sein, dass sie denken, ohne sie sei die Pflege zuhause nicht gewährleistet. Manche haben das Gefühl, dass sie unersetzlich sind. Aber letztendlich ist es oft das schlechte Gewissen, das die pflegenden Angehörigen plagt, weil sie den kranken Menschen „alleine“ zuhause lassen und an sich selbst denken.

Monika Siebenborn
Kursleiterin

In der Kennenlernrunde stellen sich die Seminarteilnehmer vor und schildern ihre Pflegesituation. Währenddessen treten oft schon ganz viele Emotionen zu Tage. Es ist keine Seltenheit, dass jemand zu weinen beginnt, wenn er seinen Pflegealltag schildert. Traurigkeit, Angst, Mutlosigkeit, aber auch Wut und Aggression sind Gefühle, die manche nicht mehr verbergen können. Es ist auffällig, dass viele der Teilnehmer Angst haben, ihre Angehörigen nicht gut genug zu pflegen oder gar Fehler zu machen. Sie wollen lernen, was sie bei der Pflege besser machen können. Nur wenige denken an sich, möchten Abstand nehmen vom Pflegealltag und hoffen auf eine erholsame Zeit.

Einzelgespräche mit pflegenden Angehörigen

Im Verlauf der Woche werden die einzelnen Pflegesituationen besprochen. Es stellt sich heraus, dass bei manchen Teilnehmern die Pflege zum alleinigen Lebensinhalt geworden ist. Um dem Pflegebedürftigen gerecht zu werden, vernachlässigen sie ihre Familie und vor allem sich selbst. Sie sind völlig ausgelaugt, sozusagen „am Ende“. Gerade bei diesen Personen ist es besonders schwierig, sie zur Selbstfürsorge anzuregen. Es sind die Ehefrauen, die ihren Mann bis zur Selbstaufgabe pflegen, obwohl sie selbst auch schon über 80 Jahre alt sind. Man kann sie nur schwer dazu bewegen, fremde Hilfe anzunehmen. Sie wollen sich nicht einmal bei der Körperpflege ihres Mannes von einem Pflegedienst unterstützen lassen.

Pflegende Männer sind dagegen für jede Hilfe dankbar. Sie sind auch offener für Ratschläge und Empfehlungen, wie sie die Pflege vereinfachen können. Männern fällt es im Allgemeinen auch leichter, von der Pflegesituation loszulassen und etwas für sich zu tun. Letztendlich ist die Selbstfürsorge die Voraussetzung für eine lang anhaltende Pflege. Wer nur gibt und seine Kräfte nicht „auftankt“, wird selbst krank und kann die Pflege nicht mehr leisten.

An den Seminarwochen nehmen manchmal auch Mütter teil, die schon seit Jahren ihre körperlich oder geistig behinderten Kinder pflegen. Solche Schicksale gehen mir persönlich besonders nahe, aber erstaunlicherweise denken die meisten Mütter positiv und haben sich mit der Pflegesituation arrangiert. Sie wünschen sich allerdings mehr Toleranz und Entgegenkommen seitens ihrer Mitmenschen.

Eine andere Personengruppe sind Töchter oder Söhne, die ihre Eltern pflegen. Neben der kör-

Gruppenbild am letzten Tag der PibS-Woche

perlichen Belastung spielen auch Emotionen wie Mitleid, Traurigkeit und Pflichtgefühl eine große Rolle. Bestand vor der Erkrankung ein harmonisches Verhältnis, so ist die Pflegesituation im Allgemeinen auch entspannter und gut zu bewältigen.

Ähnlich, aber doch wieder ganz anders, ist die Pflegesituation zwischen Schwiegertochter und Schwiegermutter. Auch hier spielt die Vergangenheit eine große Rolle. Das Pflegen der Schwiegermutter, die immer schon dominant und bestimmend war, kann zu einer Nerven zerreißenden Geduldsprobe werden. Nicht selten haben pflegende Schwiegertöchter mit Gefühlen wie Wut, Aggression oder sogar Hass zu kämpfen.

Besonders belastet sind diejenigen, die einen Angehörigen pflegen, der an Demenz erkrankt ist. Sie sind verunsichert, können Verhaltensweisen (z. B. ständiges Hinterherlaufen) ihrer Angehörigen nicht verstehen und wissen nicht, wie sie darauf reagieren sollen. Für diese Teilnehmer ist es besonders wichtig, über die Demenzerkrankung und ihre Auswirkungen informiert zu werden. Sie erlernen „10 Grundregeln im Umgang mit dementen Menschen". Merkwürdige Verhaltensweisen ihrer Angehörigen verstehen sie nun besser und können angemessen darauf reagieren. Gerade das Verhalten des Pflegenden ist ausschlaggebend, um Auseinandersetzungen zu vermeiden. So kann man z.B. durch Kritik, Vorwürfe und Unverständnis bei einem demenziell erkrankten Menschen Angst, Wut und Aggression hervorrufen. Es ist nur möglich, mit Ruhe und Verständnis kritische Situationen zu entschärfen.

Hierzu das Zitat einer 84-jährigen Teilnehmerin:

„Ich bete jeden Tag – der Herr schenke mir Kraft und Gelassenheit."

Die ausführliche Information über die Demenzerkrankung verleiht den Teilnehmern Sicherheit, nimmt ihnen die Angst, etwas falsch zu machen und gibt ihnen Mut, nicht aufzugeben.
Die Pflegesituation und das Verhalten des kranken Menschen ist oft nicht zu ändern. Da die Pflege über einen längeren Zeitraum andauern kann, sollte der Pflegende unbedingt an sich selbst denken. Während des Seminars erwerben die Teilnehmer nicht nur pflegerische Kenntnisse, sondern gerade das Hinführen zur Selbstfürsorge ist ein wesentlicher Schwerpunkt des Projektes.
Sie erlernen kleine Atem-, Entspannungs- und Bewegungsübungen, die sie zuhause problemlos in den Alltag einfließen lassen können, um sich ab und zu eine kleine Auszeit zu gönnen.
Nur wer dies regelmäßig tut, hat auf Dauer Erfolg und fühlt sich besser.

Mir ist aufgefallen, dass einige Teilnehmer sehr wenig Selbstwertgefühl haben. Sie lassen sich sowohl von dem Patienten, als auch von anderen Familienmitgliedern die gesamte Pflege aufbürden und stellen ihre eigene Person in den Hintergrund. In einer Pflegesituation ist ein gesundes Selbstbewusstsein von Vorteil. Für diese ausgeglichenen Menschen ist es selbstverständlich und kein Zeichen von Schwäche, wenn sie andere um Hilfe bitten und sich regelmäßig Freizeit gönnen. Zitat einer Teilnehmerin:

„Seit ich meinem Schwiegervater selbstbewusster gegenübertrete, behandelt er mich mit mehr Respekt".

Im Pflegealltag stößt man hin und wieder an seine körperlichen und seelischen Grenzen. Wenn man die Situation aus eigener Kraft nicht mehr in den Griff bekommt, ist es sinnvoll, fachmännische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es soll einem nicht irgendwann ergehen wie einer pflegenden Angehörigen, die sich fühlte „wie ein Hamster im Laufrad".

Im Verlauf der Woche lernen sich die Teilnehmer näher kennen und der Erfahrungsaustausch untereinander tut ihnen gut. Sich als pflegender Angehöriger nicht mehr ausgegrenzt zu fühlen, sondern mit Menschen, die in einer ähnlichen Situation sind, über Probleme zu sprechen, ist für sie eine positive Erfahrung.

Am Ende der Seminarwoche sind die meisten Seminarteilnehmer ruhiger und ausgeglichener. Sie freuen sich auf zuhause und sehen dem Pflegealltag gelassener entgegen. Sie nehmen sich vor, Entlastung zu schaffen, indem sie sich Hilfe holen (Pflegedienst, Betreuungsdienst, hauswirtschaftliche Hilfe). Künftig wollen alle mehr an sich selber denken, aber das schlechte Gewissen loszuwerden, ist natürlich auch ein Lernprozess. Um diese Selbstfürsorge zu intensivieren, wird nach ca. einem Jahr ein Folgekurs von der LKK angeboten. In diesem Kurs geht es vorwiegend um die Bedürfnisse des pflegenden Angehörigen. Es liegt in der Verantwortung jedes Einzelnen, das Erlernte in die Tat umzusetzen und an sich selbst zu denken.

Um pflegende Angehörige zu unterstützen, gibt es Beratungsangebote, die kostenlos in Anspruch genommen werden können. So sind z.B. Pflegeberaterinnen der LKK, Pflegestützpunkte, Selbsthilfegruppen oder auch Pflegekurse sinnvolle Einrichtungen, um pflegenden Angehörigen Hilfestellung zu geben.

Sicht der Kursleitung

Margarete Engel, Kursleiterin in der Klinik Lohrey in Bad Soden-Salmünster

PibS Kurse in der Klinik Lohrey in Bad Soden-Salmünster

Als leitende Pflegefachkraft von ambulanten Pflegediensten und als Lehrerin für Berufe im Gesundheitswesen habe ich seit der Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) am 01.04.1995 zahlreiche Kurse und Gesprächskreise für pflegende Angehörige geleitet.

Am 04.02.2011 erfolgte in der Rehabilitationsklinik Saarschleife in Orscholz eine Auswertung der bisherigen Trainings- und Erholungswochen für Personen in belastenden Situationen (PibS). Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ich 17 Kurse mit 170 Teilnehmerinnen und Teilnehmern leiten dürfen. Davon waren 130 pflegende Angehörige in 14 Trainings- und Erholungswochen PibS I und 40 pflegende Angehörige in drei Fortsetzungskursen PibS II.

Basierend auf diesen beruflichen Erfahrungen und in Kenntnis der Bedürfnisse pflegender Angehöriger konnte ich das Programm der Trainings- und Erholungswochen mitgestalten. Es zeigte sich, auch im Rahmen der Durchführung der Kurse, dass die Themen treffend und umfassend ausgewählt waren. Auch die Reihenfolge der Themenblöcke, beginnend mit informativen Inhalten, gefolgt von praktischen Anwendungen in der Pflege bis hin zu emotional stark besetzten Themen gegen Ende der Trainings- und Erholungswoche, erwies sich methodisch und didaktisch als sinnvoll.

Für das Gelingen eines Kurses ist die Eröffnungsveranstaltung von entscheidender Bedeutung, ebenso wie es eine Kick off Veranstaltung bei einem Projekt ist. Es treffen sich an diesen Eröffnungssonntagen fremde Menschen mit völlig unterschiedlichen Lebenssituationen aus Hessen. Die Mitglieder der Sozialversicherung Gartenbau kommen aus verschiedenen Bundesländern. In dieser ersten Stunde muss eine Atmosphäre des Vertrauens und der Geborgenheit geschaffen werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer müssen Sicherheit spüren und dass ihre Erwartungen erfüllt werden können. Als Kursleiterin trage ich Verantwortung für eine Atmosphäre des Wohlfühlens und der Integration aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Dies gelingt durch empathische und wertschätzende Vorgehensweise.

Margarete Engel
Kursleiterin

Die Altersverteilung der pflegenden Angehörigen reicht von 39 bis 86 Jahre, es treffen aktive junge Menschen auf altersbedingt

oder krankheitsbedingt überforderte Senioren. Verbindend ist jedoch die Sorge um einen zu pflegenden Angehörigen. Diese Gemeinsamkeit in der elementaren Lebensaufgabe der Pflegepersonen hat bis heute dazu beigetragen, dass es in keinem der Kurse zu Konflikten oder Ausgrenzungen eines einzelnen Teilnehmers kam. Die Pflege von Angehörigen ist vorwiegend „weiblich".
Dies zeigt sich in der Relation der Geschlechter. Maximal waren drei Männer in einem Kurs. Am häufigsten fanden die Kurse ausschließlich mit weiblichen Teilnehmerinnen statt. Die verschiedengeschlechtliche Zusammensetzung stellt eine Bereicherung dar. Dies zeigt sich durch Kennenlernen unterschiedlicher Wahrnehmungen von Situationen und unterschiedlicher Lösungsansätze.

Eine gängige Vorstellung ist, dass hauptsächlich Eltern gepflegt werden. Als Kursleiterin war ich, ebenso wie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, überrascht von der hohen Anzahl der Pflege eines Partners. Eine besondere Konstellation in landwirtschaftlichen Familien ist die Pflege im erweiterten Familien- und Verwandtschaftskreis. Im Gegensatz zum städtischen Milieu mit einem eng gefassten Familienbegriff beobachte ich bei unserer Zielgruppe ein hohes Selbstverständnis, den Angehörigen zu pflegen.

Eine besondere Situation stellt die Pflege der Schwiegereltern oder eines Teils der Schwiegereltern durch die Schwiegertochter dar. Dies ist wohl begründet durch Erbregelungen und Vermögensübergabe in landwirtschaftlichen Familien. Die Beziehung zwischen Schwiegertochter und Schwiegereltern durch Heirat und Einzug auf den Hof findet nun ihren Widerhall in der Pflegebeziehung.

Einsatz eines Patientenlifters

In den Kursen finden wir Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit völlig unterschiedlichen wirtschaftlichen Grundlagen. Pflege findet teils in finanziell weniger gut gestellten Verhältnissen statt, teils in besser situierten Familien. Zwar bietet die Pflegeversicherung gleiche Leistungen für alle Versicherten, aber bessere Wirtschaftsbedingungen lassen eher eine umfassendere Entlastung zu, materiell und personell. Die Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer werden durch die Mitarbeiterinnen der zuständigen Pflegeversicherung umfassend über ihre Rechte informiert. Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln ist bereits gut und wird in den Kursen optimiert. Alle versicherungsrechtlichen Angelegenheiten werden direkt geregelt.

Besondere Aufmerksamkeit möchte ich dem zu beobachtenden Verhalten der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer während der Erholungs- und Trainingswoche schenken. Am Begrüßungstag ist neben der sichtbaren Erschöpfung eine Schwere des Gemüts bei den meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmern festzustellen, aber ebenso eine gespannte Neugierde. Bereits in der Vorstellungsrunde kommt es zu starken emotionalen Regungen, die zwischen Trauer, klarem Erfassen der persönlichen Lebenssituation und einem befreienden Gefühl wechseln oder sich separat einstellen. Es bilden sich am Ende der Vorstellungs- und Kennenlernrunde die ersten Kleingruppen und man verabredet sich zum Abendessen. Ein Lachen oder freudiger Ausdruck ist hier kaum zu beobachten.
Am ersten Tag nach der Morgengymnastik kann ich bei etwa der Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer feststellen, dass ein Teil der belastenden Gefühle gewichen und eine positive Stimmung für den Tag zu spüren ist. Am dritten Tag sind alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer gelöst und freudig entspannt. Ich denke, die Gründe hierfür sind der vermehrte Schlaf und nur für die „Selbstfürsorge“ zuständig zu sein. Ein Gefühl der Freude und Dankbarkeit hat sich eingestellt. Eine hohe Wertschätzung der Kursteilnehmer untereinander bewirkt eine wohltuende Atmosphäre für alle Beteiligten. Ab diesem Zeitpunkt sind aufgrund der Lebendigkeit der Gruppe, verbunden mit Lachen und Späßen, für mich didaktische Überlegungen notwendig und Methoden gefragt, um die geplanten Inhalte der Trainingswoche generell und individuell umsetzen zu können. Für viele wird nach längerer Zeit der Pflege offenbar, dass sie auch noch andere bekannte Anteile und Wesenszüge in ihrem Leben wieder spüren. Dies zu beobachten, ist mir als Kursleiterin eine große Freude, sowie die mir entgegengebrachte Anerkennung unseres gemeinsamen Wirkens.

Nach 40-jähriger Tätigkeit in unterschiedlichen Bereichen der Krankenpflege erlebe ich in den Erholungs- und Trainingswochen (PibS), dass Laien außergewöhnliche Kompetenzen und Engagement in der Pflege bringen und weiterentwickeln können. Somit sind die Pflegepersonen befähigt, ihre familiäre und soziale Aufgabe fortzuführen. Die Einzigartigkeit des Projektes „PibS“ und die bisherigen Resultate sollten alle Verantwortlichen anspornen, den Pflegepersonen in der häuslichen Pflege Erholungs- und Trainingswochen als festen Bestandteil der Pflegeversicherung zu ermöglichen.

Hilfe beim Aufstehen aus dem Rollstuhl

Sicht der Projektleitung

Martina Opfermann-Kersten, Stefanie Sunkel

Respekt und Bewunderung für unsere pflegenden Angehörigen

Der erste Eindruck

Zu Beginn der Präsentation unseres PibS-Projektes begrüßen wir häufig Teilnehmer, die uns angestrengt und beinahe ängstlich entgegenblicken. Doch schon bei der Vorstellungs- und Kennenlernrunde gewinnen wir den Eindruck, dass die meisten Teilnehmer/innen mit Erwartungen und Zuversicht ihre persönlichen Pflegesituationen schildern. Ihre Sorgen und Nöte kommen voller Emotionen zum Vorschein. Freude kommt bei dem Gedanken auf, nachts mal durchschlafen zu können, sich an den gedeckten Tisch zu setzen und einfach „nur" mal an sich selbst zu denken.

Martina Opfermann-Kersten
Landwirtschaftliche Pflegekasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland

Stefanie Sunkel
Pflegekasse für den Gartenbau

Sprechstunde der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Am dritten Tag der PibS-Woche treffen wir auf Teilnehmer/innen, die einen wesentlich positiveren Gesichtsausdruck haben. Eine Gruppendynamik ist bereits nach dieser kurzen Zeit des Miteinanders erkennbar. Die Wertschätzung untereinander spiegelt sich im gegenseitigen Verständnis für die jeweilige Pflegesituation des Anderen wieder, sowie beim gemeinsamen Lernen, den Pflegealltag zu bewältigen. Im Rahmen unserer Sprechstunde stellen wir fest, dass die möglichen Leistungen oftmals nur zum Teil bekannt sind und der Beratungsbedarf sehr groß ist. Hierdurch können weitere Entlastungen für die Pflege in der häuslichen Umgebung erreicht werden.

Verabschiedung der Teilnehmer- eine Woche ist vergangen

In entspannter Atmosphäre treffen wir die Teilnehmer/innen zur Verabschiedung wieder. Alle freuen sich auf zuhause und sind dankbar für die schöne gemeinsame Zeit. Der Gedankenaustausch mit Gleichgesinnten wurde als überaus positiv beurteilt. Nicht selten tauscht man Adressen und Telefonnummern aus. Die Teilnehmer freuen sich über ihre gemeinsamen Aktivitäten während der Freizeit. Der überwiegende Teil der Teilnehmer geht mit der Absicht nach Hause, sich Freiräume zu schaffen und das vor Ort vorhandene Netzwerk (z. B. Tagespflegeeinrichtungen, Verhinderungspflege, usw.) stärker zu nutzen. Die Ankündigung eines Fortsetzungskurses im darauf folgenden Jahr wird mit Begeisterung aufgenommen. Gegenseitige Wünsche, verbunden mit der Hoffnung auf viel Kraft und Energie für die weitere Pflege zuhause bilden den gemeinsamen Abschluss.

Das positive Feedback der Teilnehmer/innen wird von uns mit sehr großer Begeisterung entgegengenommen. Wir freuen uns, unseren pflegenden Angehörigen durch das PibS-Projekt und mit der Erkenntnis vieler Teilnehmer, sich bei der Pflege nicht selbst vergessen zu dürfen, ein wenig Erleichterung für den Pflegealltag geschaffen zu haben. Auch freuen wir uns, dass wir selbstbewusste pflegende Angehörige kennenlernen durften. Im Rahmen der Evaluation wurden Zitate verschiedener Teilnehmer gesammelt.

Uns hat das Zitat

> ***„Pflegen und alt werden ist nichts für Feiglinge!"***

doch sehr beeindruckt.

Folie aus der Präsentation des PibS-Kurses

Warum Gruppen wirken

Dr. Hermann Josef Engel, Margarete Engel

In diesem Kapitel bringen wir unsere Beobachtungen zum Ausdruck, die wir in der praktischen Arbeit mit PibS machen konnten. Es ist eine Reflektion über unser Tun in den Trainings- und Erholungswochen für pflegende Angehörige. Wir erheben keinerlei pädagogische Ansprüche an Formen der Erwachsenenbildung und erst recht nicht an Möglichkeiten des psychotherapeutischen Arbeitens. Gleichwohl sind die Kurse PibS I und PibS II ein Angebot der Erwachsenenbildung und zeigen starke Wirkungen auf die Psyche der pflegenden Angehörigen. Der pädagogisch und psychotherapeutisch interessierte Leser sei auf Spezialliteratur verwiesen.

Dr. Hermann Josef Engel
Chefarzt Klinik Lohrey

Margarete Engel
Lehrerin für Pflegeberufe

In der Planungsphase für die Erholungs- und Trainingswoche – PibS – standen Wissensvermittlung und Kompetenzsteigerung im Vordergrund unserer Überlegungen. Wenn es uns gelänge, Ausbildungsinhalte einer Pflegekraft oder Helferin zu transferieren, so sollte die häusliche Pflege leichter werden und zugleich „professionalisiert" werden. Wer einen Patienten richtig betten und lagern kann, tut sich leichter bei der Versorgung eines pflegebedürftigen Familienmitgliedes. Wer um Demenz und Sterben Bescheid weiß, kann die Pflege leichter ertragen.

Doch wie immer sind Planung und Wirklichkeit nicht dieselben Dinge. In der Durchführung zeigte sich schnell, dass bisher vernachlässigte Aspekte zumindest eine gleich starke Bedeutung haben, wenn nicht gar noch bedeutender sind. Nach einem guten Vortrag klopfen Studenten auf die Hörsaalbänke und applaudieren die Zuhörer. Wir aber finden emotional bewegte Menschen, die ihren Gefühlen den nötigen Raum geben. Sie äußern sich zu schwer belastenden Situation ohne Scham vor einer Gruppe gleichermaßen Betroffener. Sie gehen mit einem sichtbaren Ausdruck von Erleichterung und Zuversicht zurück zu ihren zu pflegenden Angehörigen.

Wenn wir aber ergründen können, was einen Kurs erfolgreich macht, so könnten wir die Effizienz durch gezielte Arbeit in den Kursen noch steigern. Zusätzliche fachliche Informationen können eine stumpfe Waffe sein, wenn in der Realität mangelnde Wertschätzung und Anerkennung für die Pflegeleistung einen psychischen Schaden anrichten.

Im Sinne einer offenen Didaktik ist es das Geschick der Kursleiterinnen, auf die jeweilige Situationen der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer einzugehen. Eine unbearbeitete Konfliktsituation darf nicht übergangen werden. Im Kurs muss das Raum finden, was im häuslichen Umfeld fehlt oder im Laufe der Pflegezeit untergegangen ist.

Es muss daher alle für PibS Verantwortlichen interessieren, wie die Kurse eigentlich wirken. Unbestritten ist die Tatsache, dass die Kurse wirken. Dies zeigen zum einen die Äußerungen und Dankesworte der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer am Ende der ersten Erholungs- und Trainingswoche, zum anderen die Rückmeldungen in den Fortsetzungskursen mit stolzen Berichten zu Veränderungen in der Versorgung der zu pflegenden Familienmitglieder. Erfolge werden letztendlich auch durch die in diesem Projektbericht ausgewiesene wissenschaftliche Auswertung gezeigt.

Auf folgende Weise zeigt PibS also Wirkung:

1. Informations- und Wissensvermittlung
2. Training von Pflegemaßnahmen
3. Psychische Wirkmechanismen
4. Erholungseffekt

Ínformations- und Wissensvermittlung erfolgt in den Einheiten des Pflegekurses mit Krankenbeobachtung, Lagerungstechniken, Transfer, Ausstattung des Krankenzimmers, Hygiene und Hygieneartikel, Inkontinenzartikel, Ernährungsfragen, Informationen zu Demenz und Betreuung Sterbender. Seitens der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung werden Informationen zur Pflegeversicherung und zu Leistungen der Pflegeversicherung erteilt. Die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft berät zum Thema Hautschutz.

Pflegerische Maßnahmen werden eingeübt bei Lagerung des zu Pflegenden, dem Transfer, dem Waschen im Bett und dem Anreichen von Nahrung. Beim Üben der Pflegemaßnahmen nehmen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch die Rolle des zu Pflegenden ein, um zu erleben, was der zu Pflegende verspürt.

Zur Erholung gehören gemeinsame Morgengymnastik, gemeinsame Mahlzeiten, Besuch des Bewegungsbades, Aquasport, Bewegungs- und Entspannungsübungen und Freizeitgestaltung. Bereits während der ersten Kurse sind nach wenigen Stunden oder Tagen nahezu alle Elemente des gruppentherapeutischen Arbeitens aufgetreten. Der amerikanische Psychiater Irvin D. Yalom beschäftigte sich während seiner aktiven Zeit als Facharzt für Psychiatrie hauptsächlich mit der Frage: wie helfen Gruppen wirklich? Ihm verdanken wir eine Systematik über Elemente, die in einer Gruppe im Rahmen einer Metaanalyse beobachtet werden können. Yalom führt in seinem Buch „Liebe, Hoffnung, Psychotherapie", Originalausgabe 1998, Deutsche Erstveröffentlichung 2004 im btb-Verlag, folgende 12 Wirkmechanismen auf.

Die 12 Wirkmechanismen nach Irvin D. Yalom:

- *Hoffnung einflößen*
- *Universalität*
- *Mitteilung von Informationen*
- *Altruismus*
- *korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe*

- *Entwicklung von Techniken des menschlichen Umgangs*
- *nachahmendes Verhalten*
- *Katharsis*
- *existentielle Faktoren*
- *Gruppenkohäsion*
- *interpersonelles Lernen*
- *die Gruppe als sozialer Mikrokosmos*

1. Hoffnung einflößen

Hoffnung auf eine Verbesserung der Situation ist die Grundlage einer jeden Therapie. Dies gilt auch für die Pflegesituation im häuslichen Umfeld. Es besteht Hoffnung auf eine Verbesserung der Pflegesituation durch die Teilnahme an den Erholungs- und Trainingswochen für Pflegende. Es erweist sich als sehr vorteilhaft, bereits in der Eingangssituation jedem einzelnen ein Bild der verbesserten zukünftigen Pflegesituation aufzuzeichnen. Verweise auf spätere Themenschwerpunkte im Programm mit entsprechenden Lösungen müssen erfolgen. Yalom selbst berichtet, dass es bereits in der Einführung in die Gruppentherapie wichtig ist, positive Erwartungen zu verstärken, negative Vorurteile zu beseitigen und eine klare und wirkungsvolle Erklärung des therapeutischen Vermögens der Gruppe zu geben. Er berichtet ferner, dass Menschen in einer Gruppe an verschiedenen Punkten eines Kontinuums stehen, in unserem Fall der Pflegesituation bzw. des Pflegeprozesses sind. Somit erlebt jeder Teilnehmer, dass auch er auf eine andere Stufe seiner Pflegesituation gelangen kann, im Sinne einer allgemeinen Verbesserung oder im Sinne des Beherrschens phasenweise schwieriger pflegerischer Probleme.

Beispiele:

- *Die Kursleiterin erzählt in der Eröffnungsrunde von der selbst erlebten Pflege ihrer Schwiegereltern. Sie berichtet, wie Pflegeprobleme gelöst wurden.*
- *In der Vorstellungsrunde erzählen Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer, wie lange die Pflege andauert und wie sie sich der Aufgabe stellen.*
- *Die Projektleiterinnen der Pflegekassen sagen Überprüfungen von Pflegeleistungen zu und geben Rückmeldung bereits am Sprechtag während des Kurses.*

2. Universalität

Unter dem Begriff der Universalität versteht Yalom den Tatbestand, dass zunächst jeder Teilnehmer glaubt, dass seine Situation in der Pflege einzigartig und eine besondere Schwierigkeit sei. Er erfährt jedoch durch den Austausch in der Gruppe, dass diese Einzigartigkeit gar nicht existiert. Er kann feststellen, dass auch andere Zustimmung signalisieren, dass sie gleiches zur Zeit erleben oder bereits erlebt haben. Wer nicht um die Universalität einer Situation weiß, gerät leicht in eine zunehmende Isolation und schwierige Lebensbedingungen.
Es ist für den Teilnehmer durchaus wertvoll, auch zu erfahren, dass erschreckende Gedanken, Impulse und Phantasien im Verlauf der Pflege in einem aufsteigen können. Erinnert sei hier nur an das Problem der Gewalt gegen zu pflegende Personen.

Beispiele:

- *Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer schildern Aggressivität von zu pflegenden Familienmitgliedern, sodass die eigene Pflegesituation wiedererkannt wird.*
- *Andere berichten, wie sie im Stich gelassen werden von der restlichen Familie und Pflege an ihnen hängen bleibt.*
- *Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer schildern den Aufwand, den sie leisten mussten, um an der Erholungs- und Trainingswoche teilnehmen zu können, und ein daraus eventuell resultierendes schlechtes Gewissen.*

3. Mitteilungen von Informationen

Unter die Überschrift der Mitteilung von Informationen subsummiert Yalom sowohl die didaktischen Unterweisungen durch die Therapeuten und in unserem Falle durch die Gruppenleitung als auch die Ratschläge, Hinweise oder Anleitungen von den anderen Gruppenmitgliedern. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass auch ein scheinbar schweigsames oder inaktives Gruppenmitglied all diese Informationen wirksam in sich aufnehmen kann und somit von der Gruppe profitiert.

Beispiele:

- *Die Kursleiterinnen geben praktische Anleitungen und wertvolle Informationen zur Körperpflege der Pflegebedürftigen.*
- *Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer berichten über Erfahrungen mit Pflegehilfsmitteln.*
- *Die Vertreterinnen der Pflegeversicherung informieren über die Möglichkeit der Kurzzeitpflege.*

4. Altruismus

Sowohl in gruppentherapeutischen Prozessen als auch in der Gruppe von pflegenden Personen erfolgt eine gegenseitige Unterstützung, Beruhigung und werden Vorschläge und Einsichten erteilt. Yalom berichtet, dass bei Auswertungen von Gruppenprozessen oftmals diesen Beiträgen anderer Gruppenmitglieder große Bedeutung zugeordnet wird.

Neben dem Erhalt eines positiven Effektes für ein Gruppenmitglied ist auf der anderen Seite aber auch der unterstützende Gruppenteilnehmer positiv beeinflusst, in dem seine Beiträge im gruppendynamischen Geschehen ihn selbst ein Stück weit zufrieden stellen und erhöhen. Es gehöre zu uns Menschen, dass wir gerne etwas an andere geben. Aus diesem Altruismus heraus erwächst neue Kraft für den Pflegeprozess.

Beispiele:

- *Frau A. berichtet der Gruppe, wie sie mittels eines Pflegegürtels den Transfer aus dem Pflegebett sichergestellt hat und erfährt durch diesen Beitrag Wertschätzung.*
- *Herr B. erklärt, wie er die Besuchszeiten seiner Geschwister bei der zu pflegenden Mutter organisiert hat und bietet so anderen Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmern eine Lösungsmöglichkeit. Er erfährt Bewunderung, dass es ihm gelungen sei, seine Geschwister zu einer Änderung ihres Besuchsverhaltens zu bewegen. Er stimuliert die anderen Gruppenmitglieder, seinem Beispiel zu folgen.*
- *Frau C. bestätigt die Erfahrungen von Kursteilnehmerin Frau D. bezüglich erlebter Überforderung und schildert, wie sie diese durch regelmäßige freie Stunden im Wochenrhythmus überwinden konnte. Es ist Frau C. ein Bedürfnis, den anderen Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmern Hilfe zu geben.*

5. Die korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe

Jeder Mensch hat durch seine persönliche Entwicklung in seiner Ursprungsfamilie, der primären Familiengruppe, eine gewisse Prägung. Konstellationen in der primären Familiengruppe und Haltungen und Verhalten aus der primären Familiengruppe werden im Gruppenprozess deutlich. Gerade in der Pflegesituation einer Person aus dem primären Familiengruppe können solche alten Muster stark aktiv sein und bedürfen daher einer Reflektion und Überarbeitung.

Beispiel:

- *Frau E. ist die Älteste in der Geschwisterkonstellation ihrer Herkunftsfamilie. Sie musste früh mitarbeiten und Verantwortung tragen. So ist es bei der aktuellen Pflege geblieben. Sie lernt im Kurs, andere Geschwister in die Pflicht zu nehmen und Unterstützung einzufordern.*

6. Entwicklungen von Techniken des menschlichen Umganges

Hierunter versteht Irvin D. Yalom das soziale Lernen, er meint damit die fundamentalen sozialen Fertigkeiten. Gruppenmitglieder können durch gegenseitige Beobachtung Rückmeldungen an den einzelnen Pflegenden geben, die ihn selbst zu einer Reflektion seines Sozialverhaltens anregen. Insbesondere Konfliktlösungen können so erlernt werden und sind im Umgang mit den Anverwandten und der Restfamilie hilfreich.

Beispiele:

- *Frau F. konnte schon als junge Frau nicht ihren Groll und ihre Wut äußern. Sie droht an der Pflegesituation emotional und körperlich zu zerbrechen. Sie erlernt Schritt für Schritt, ihren Unmut zu äußern und Konflikte zu lösen.*
- *In einem Pausengespräch gibt Frau G. Rückmeldung an Frau F., dass sie im Kurs so still sei. Sie soll sich doch in dem geschützten Kreis der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer einbringen. Frau F. gesteht, dass sie bereits als Kind ein sehr stilles, in sich gekehrtes Kind war.*

7. Nachahmendes Verhalten

Yalom schildert, dass er in Gruppen beobachtet habe, dass Mitglieder die Art und Weise zu sitzen, zu gehen, zu reden oder sogar zu denken vom Therapeuten und zum Teil auch von anderen Gruppenmitgliedern übernehmen. Somit besteht für viele die Möglichkeit einer Verbesserung durch Nachahmen von Haltungen oder Tätigkeiten.

Beispiele:

- *Frau H. schaut genau hin, wie die Kursleiterin den Transfer in den Rollstuhl durchführt und meldet sich spontan, dies auch aktiv zu üben.*
- *Herr I. bewundert, wie Frau K. trotz sehr belastender Pflegesituation Spaß und Freude in der Gruppe hat. Er beschließt, gegen seine Schwermut anzugehen und geht abends nach gemeinsamem Schwimmen noch zu einem Tanzvergnügen mit den anderen Kursteilnehmerinnen.*

8. Katharsis

Unter Katharsis ist das Aufbrechen unterdrückter Gefühle und erstickter Affekte zu verstehen. Katharsis alleine wirkt zwar wahrscheinlich befreiend, für den Betroffenen ist dies alleine jedoch noch kein ausreichender therapeutischer Schritt. Es müssen sich kognitive Elemente an diese Katharsis anknüpfen und eine Reflektion des Geschehens ein Umlenken ins Positive bewirken. Wut und Zorn über einen zu Pflegenden in der Familie müssen in Form der Katharsis frei werden, um dann durch Reflektion und Kognition aufgelöst zu werden. Eine Pflegesituation ohne Katharsis kann auf lange Sicht sonst größere Gefahrenmomente bergen.

Beispiele:

- *Frau L. berichtet weinend, dass ihre Schwiegermutter, die sie nun seit fast einem Jahr pflegt, ihr früher die Einheirat auf den Hof schwer machte und sie fühlen ließ, dass sie aus ärmlichen Verhältnissen kam. Während ihrer Erzählung bebt sie vor Zorn und zeigt Tränen der Wut.*
- *Frau M. gesteht, dass ihr einmal die Hand ausrutschte, als der zu pflegende verwirrte Schwiegervater sie unsittlich anfasste. Sie verschwieg den Vorfall in ihrer Familie und ist von einem schlechten Gewissen geplagt. Es ist das erste Mal, dass sie den Vorfall anderen mitteilt. Sie verspürt die Erleichterung durch das Brechen ihres Schweigens.*

9. Existentielle Faktoren

Pflege ist an sich bereits eine existentielle Angelegenheit. Auf der einen Seite steht die Existenz der gepflegten Personen und auf der anderen Seite die Existenz der pflegenden Person. Im Sinne eines existentiellen Faktors wird der pflegenden Person stets klar gemacht, dass sie dem Leben allein gegenüber treten muss. Die pflegende Person befasst sich mit den Fragen des eigenen Lebens und auch des eigenen Todes. Belanglosigkeiten des Alltags treten völlig zurück. Im Pflegeprozess wird immer wieder deutlich, dass jeder lernen muss, dass die letzte Verantwortung für die Art, wie man lebt, selbst übernommen werden muss. Unabhängig davon wie viel Anleitung und Unterstützung von Anderen hinzukommt.

Beispiele:

- *Der gepflegte Vater von Herrn N. war früher ein Hüne von einem Mann. Herr N. kann den Anblick des zerfallenen Körpers seines Vaters kaum ertragen. Es fällt ihm sehr schwer, das Krankenzimmer des Vaters zu betreten. Er glaubt, dass er unfähig sei, die Pflege aktiv zu übernehmen. Er muß Unterstützung in Form einer Gesprächstherapie erhalten.*
- *Herr O. ist fassungslos über seine an fortgeschrittener Demenz leidende Ehefrau. Insbesondere die Umtriebigkeit und die endlos wiederholten Fragen setzen ihm zu. Er ist in großer Sorge, ob er auch einmal so werde und wer sich seiner annimmt.*

10. Gruppenkohäsion

Als besonders bewegend erleben wir es stets, dass in Gruppen ein ausgeprägtes Maß an Zusammengehörigkeitsgefühl entsteht. Zwischen Therapeut und Gruppenmitglied muss Vertrauen, einfühlsames Verstehen und Akzeptanz grundsätzlich vorhanden sein. Respekt und Toleranz erwachsen jedoch auch unter den Gruppenmitgliedern. Respekt ergibt sich meist bereits durch die persönliche Leistung, die jeder der Pflegenden auf sich genommen hat und trägt. Toleranz ist hingegen, zu akzeptieren, wie diese Leistung erbracht wird. Die Inhalte des Programms für pflegende Angehörige bergen zum Teil ein hohes Maß an Intimität. Die Leidenssituation eines Gruppenmitgliedes führt auch zu gegenseitiger Rücksichtnahme und bewirkt einen gewissen Schutz des Leidenden.

Beispiele:

- *Die Gruppe organisiert, dass die gehbehinderte Kursteilnehmerin P. abends mit zu einem Glas Wein geht.*
- *Gruppenteilnehmerinnen des Fortsetzungskurses (Pibs 2) berichten, dass sie regelmäßig miteinander telefonieren und sich nach ihrem Wohlergehen erkundigen.*

11. Interpersonelles Lernen

Irvin D. Yalom hält es für eine typische Eigenart der Menschen, dass sie in der Evolution durch intensive und beständige Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern stets in einem interpersonellen Lernprozess waren. Ohne positive wechselseitige interpersonale Bindungen hätten weder das Individuum noch die Art überleben können. Dies ist sicherlich auch ein Teil des Mechanismus der vorgenannten Gruppenkohäsion.

Beispiel:

- *Alle Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer sind es nicht gewohnt, über mehrere Stunden in einem Raum zu sitzen und gemeinsam zu arbeiten. Hält man es anfangs kaum aus, 3 Stunden zu sitzen, so passiert es plötzlich, dass die Kursleiterin Schwierigkeiten bekommt, den Zeitplan einzuhalten. Alle wollen sich einbringen und hören gespannt einander zu. Gelegentlich musste die Kursleiterin improvisierend eingreifen und Einzelgespräche in den Pausen ergänzend anbieten.*

12. Die Gruppe als sozialer Mikrokosmos

Hierunter ist zu verstehen, dass sich jedes Gruppenmitglied in der Gruppe mit zunehmender Dauer so verhält, wie sie das auch in ihrer häuslichen Situation tut. Auf längere Sicht ist ein aufgesetztes Verhalten nicht durchzuhalten. Originäre Einstellungen und Verhaltensweisen werden im gruppendynamischen Geschehen der Gruppe offenbart. Durch Reflektion dieses originären Verhaltens bestehen Chancen zur Korrektur.

Beispiel:

- *Frau Z. hat ihr eingangs souveränes Verhalten aufgegeben. Es sah so aus, dass sie keine Probleme bei der Pflege habe. Das änderte sich, als eine Kursteilnehmerin sie fragte, wie sie mit dem nahenden Tod ihres Vaters umgeht. Frau Z. schildert, dass sie auch zuhause versuche, eine Fassade krampfhaft aufrecht zu erhalten und dass es ihr zunehmend unmöglich wird, ihre aufkommende Trauer zu unterdrücken.*

Abschließend möchten wir tabellarisch darstellen, wie sich die Wirkmechanismen der Gruppentherapie in den einzelnen Programmpunkten der Erholungs- und Trainingswochen für Pflegende wiederfinden.

PibS I, Erholungs- und Trainingswoche

Tag 1 – Erstes Zusammentreffen	
• Vorstellung von Projekt, Klinik und Kursleiterin • Zugang zu den pflegenden Angehörigen schaffen • Glückwunsch zur Teilnahme • Sie stehen diese Woche im Mittelpunkt • Eigene biografische und familiäre Erfahrungen mit Pflege von Familienangehörigen • Die Zeit der Pflege eines Angehörigen ist begrenzt und ist ein Teilbereich im Leben der Pflegeperson • Schweigepflicht für alle Beteiligten, große Intimität	• Mitteilungen von Informationen • Hoffnung einflößen • Universalität • Gruppenkohäsion
Tag 2	
• Pflegekurs • Leistungen der Pflegeversicherung • Beratung • Beobachtung des Pflegebedürftigen • Bewegungs- und Lagerungstechniken • Pflegehilfsmittel • Transfer • Rückenschonendes Arbeiten • Hilfe einfordern	• Mitteilungen von Informationen • Universalität • Gruppenkohäsion • Nachahmendes Verhalten • Katharsis • Existentielle Faktoren
Tag 3	
• Pflegekurs • Ort und Ausstattung des Pflegebedürftigen • Aspekte der Hygiene • Medikamentengabe	• Mitteilungen von Informationen • Universalität • Gruppenkohäsion • Nachahmendes Verhalten
• Sprechstunde der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung	• Mitteilungen von Informationen
Tag 4	
• Ernährungsfragen in Theorie und Praxis • Finger - Food	• Mitteilungen von Informationen • Universalität • Gruppenkohäsion • Entwicklungen von Techniken des menschlichen Umgangs • Nachahmendes Verhalten • Die Gruppe als sozialer Mikrokosmos
• Vortrag über Hautschutz und Hautmessung	• Mitteilungen von Informationen • Universalität • Gruppenkohäsion

PibS I, Erholungs- und Trainingswoche

Tag 5

- Pflegekurs
- Der demenzerkrankte Mensch
- Meine Welt –seine Welt
- Deeskalation
- Validation
- Vater, Mutter, Ehepartner
- Die Verwandtschaft und Freunde

- Hoffnung einflößen
- Universalität
- Mitteilungen von Informationen
- Altruismus
- Korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe
- Entwicklungen von Techniken des menschlichen Umgangs
- Nachahmendes Verhalten
- Katharsis
- Existentielle Faktoren
- Gruppenkohäsion
- Interpersonelles Lernen
- Die Gruppe als sozialer Mikrokosmos

Tag 6

- Pflegekurs
- Betreuung und Pflege sterbender Angehöriger
- Eigene Vergänglichkeit und Endlichkeit
- Erfahrungen mit dem Sterben und Tod
- Was möchte der Pflegebedürftige selbst zu seiner Lebenssituation beitragen
- Was kann ich als Pflegeperson mit ihm und für ihn erledigen

- Hoffnung einflößen
- Universalität
- Mitteilungen von Informationen
- Altruismus
- Korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe
- Entwicklungen von Techniken des menschlichen Umgangs
- Nachahmendes Verhalten
- Katharsis
- Existentielle Faktoren
- Gruppenkohäsion
- Interpersonelles Lernen
- Die Gruppe als sozialer Mikrokosmos

- Persönlichen Brief an den Sitznachbarn rechts und links schreiben
- Immaterielles Geschenk

- Hoffnung einflößen
- Universalität
- Altruismus
- Korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe
- Entwicklungen von Techniken des menschlichen Umgangs
- Katharsis
- Existentielle Faktoren
- Gruppenkohäsion
- Interpersonelles Lernen

Tag 7

- Rückmeldung und Ergebnisanalyse
- Verabschiedung der Pflegepersonen

- Gruppenkohäsion

PibS I, Erholungs- und Trainingswoche – Allgemein

- Morgengymnastik
- Gemeinsame Mahlzeiten
- Therapieangebote der Klinik
- Aquasport
- Nachmittag zur freien Verfügung
- Bewegungs- und Entspannungstraining
- Pausenverpflegung
- Gruppenkohäsion
- Existentielle Faktoren

PibS II, Fortsetzungskurs der Erholungs- und Trainingswoche für pflegende Angehörige

- Evaluation des Erreichten
- Verstärkung der Selbstfürsorge
- Entlastung in der Pflege, Besuch von stationären Pflegeeinrichtungen
- Vortrag über Pflegschaft, Betreuung und Patientenverfügung
- Vortrag über Rückenschule
- Beckenbodengymnastik, Entspannungstraining

Fazit:

1. *Aus Sicht der Pflegeexperten erfolgt in dem Projekt „PibS“ ein hoher Wissenstransfer zur individuellen Situation.*
2. *Durch das Projekt „PibS“ erfolgt eine hohe Beratungsqualität zu Leistungen der Pflegeversicherung.*
3. *Eine persönliche Entlastung der Pflegeperson und Anbahnung familiärer und fachlicher Hilfe wird geleistet.*
4. *Aspekte der Selbstfürsorge und Gesundung der Pflegenden werden dargeboten.*
5. *Neben der psychischen Entlastung erfolgt auch eine physische Entlastung der pflegenden Personen.*
6. *Die Pflegenden werden herausgelöst aus ihrer sozialen Isolation und erfahren eine hohe Wertschätzung.*
7. *Die Pflegenden werden angelernt zur persönlichen Rekreation. Sie werden aufgefordert, ihre eigenen Bedürfnisse nicht zu unterdrücken.*
8. *Die Gruppe bietet eine geschützte Atmosphäre zur Bewältigung existentieller Fragen und Probleme.*
9. *Es müssen weiterhin Anstrengungen zum Wohle der Pflegepersonen unternommen werden.*

Ausblick

Helmut Heinz und Martina Opfermann-Kersten

Fast täglich werden wir durch die Medien mit dem demographischen Wandel konfrontiert: Wir werden weniger, aber älter, so dass immer weniger Erwerbstätige immer mehr alte Menschen versorgen müssen.

Dies hat Auswirkungen auf die Sozialversicherung, insbesondere auf die Situation in der Pflegeversicherung. Denn mit der steigenden Zahl älterer Menschen wird auch die Zahl der Pflegebedürftigen steigen. Ein Notstand in den Pflegeberufen lässt sich bereits erkennen; Pflegeheime und ambulante Pflegedienste suchen schon jetzt händeringend nach Fachkräften. Die Qualität der Pflege leidet und mehr Menschen werden im häuslichen Umfeld bleiben wollen. Dies stellt die Familien vor große Herausforderungen.

Der stetig steigende Altersdurchschnitt der Bevölkerung ist aber vor allem eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Zunächst einmal müssen die politisch Verantwortlichen schwierige Entscheidungen treffen.

Auf der einen Seite geht es um die Weiterentwicklung des Pflegebegriffes, dabei vor allem um die Einbeziehung von Demenz in den Leistungsumfang der gesetzlichen Pflegeversicherung. Andererseits wirft jede Ausweitung von Leistungsansprüchen die Frage auf, ob in Zukunft überhaupt genügend Pflegefachkräfte zur Verfügung stehen werden und wie dies finanziert werden kann.

Ein Ausweg besteht in der stärkeren Förderung der häuslichen Pflege. Immerhin werden in Deutschland rund 2/3 aller Pflegebedürftigen zuhause gepflegt und betreut. Dabei müssen die Menschen mehr unterstützt werden, die ihre Angehörigen zuhause selbst pflegen wollen. Das zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene Gesetz über Familienpflegezeit stellt einen ersten konkreten Schritt des Gesetzgebers dar. Dadurch wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf deutlich verbessert. Allerdings gilt dies nur, wenn der jeweilige Arbeitgeber seinem Beschäftigten die Familienpflegezeit auch bewilligt. Die Forderung bleibt, insoweit einen gesetzlichen Anspruch festzuschreiben.

Eine weitere Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger dürfte sich mit dem beabsichtigten Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung ergeben. Nach dem vorliegenden Referentenentwurf soll insbesondere das ambulante Angebot für Demenzerkrankte um häusliche Betreuungsleistungen erweitert werden. Vor allem sollen bei der Inanspruchnahme von Leistungen von Kurzzeit- oder Verhinderungspflege das hälftige Pflegegeld für vier Wochen weitergezahlt werden und pflegende Angehörige einen Anspruch auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen erhalten.

Diese und weitere Detailregelungen des beabsichtigten Gesetzes lassen einen grundlegenden Orientierungswandel der politisch Verantwortlichen erkennen, der schwierigen und verantwortungsvollen Aufgabe der Pflege und Betreuung naher Angehöriger einen höheren Stellenwert einzuräumen und die Pflegebereitschaft von Angehörigen stärker zu fördern.

Die Erhaltung und Förderung der Pflegebereitschaft ist bereits seit Jahren Zielrichtung des Projekts „PibS“ der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland.

Das Projekt soll in Zukunft weiter ausgebaut und optimiert werden. Zum einen sollen vermehrt auch die Pflegenden erreicht werden, die es sich bislang noch nicht vorstellen konnten, ihre pfle-

StudentInnen der Fachrichtung Landwirtschaftliche Sozialversicherung bei der Besichtigung des Pflegestützpunktes für den Landkreis Kassel

Die Pflegeberaterinnen der LSV HRS

Tanja Sieger
Pflegestützpunkt Saarlouis

Carmen Bouquet
Pflegestützpunkt Speyer

Michaela Griesel
Pflegestützpunkt Kassel

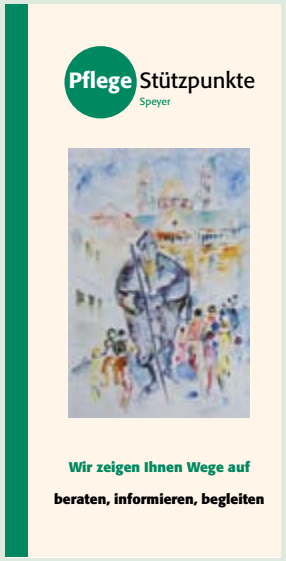
Simone Dippel
Pflegestützpunkt Kassel

gebedürftigen Angehörigen in anderen Händen zurückzulassen. Diese Menschen könnten gezielt angesprochen und über die Möglichkeiten einer Ersatzpflege informiert werden. Für den Bereich der Pflege von Kindern und Jugendlichen soll zudem ein eigenes Programm entwickelt werden. Weiterhin soll die Nachhaltigkeit der im PibS-Kurs vermittelten Kenntnisse gesteigert werden. Die Teilnehmer sollen über den Kurs hinaus unterstützt und betreut werden. Stichworte sind hier Nachsorgetelefon, Internetforen, Landfrauennetzwerke und Angehörigengruppen.

Vor allem aber zählt hierzu die Etablierung einer aufsuchenden Pflegeberatung zuhause: Bei den PibS-Kursen wurde u. a. immer wieder festgestellt, dass sowohl der Anspruch der Pflegebedürftigen auf individuelle Beratung als auch die Information über die einzelnen Unterstützungsleistungen sowohl der Pflegekasse als auch der sonstigen Sozialleistungsträger weitgehend unbekannt sind. Deshalb bieten die Pflegeberaterinnen der Landwirtschaftlichen Pflegekasse ihren Pflegebedürftigen und deren pflegenden Angehörigen aktiv, dass heißt auf der Basis eines persönlichen Anschreibens und einer telefonischen Kontaktaufnahme, eine umfassende Beratung im häuslichen Umfeld an. Die Pflegeberaterinnen sind examinierte Krankenschwestern mit Zusatzqualifikation „Case-Management“ und können somit den Versicherten alle notwendigen Informationen für die Inanspruchnahme zusätzlicher Unterstützungs- und Betreuungsleistungen neutral und umfassend vermitteln sowie auch nützliche Hinweise für eine effektive und die eigene Gesundheit schonende Durchführung der Pflege geben.

Neben den gesetzgeberischen Maßnahmen und Projekten wie „PibS“ ist, um die künftigen Anforderungen in der häuslichen Pflege meistern zu können, ein aufeinander abgestimmtes Vorgehen der Akteure vor Ort wichtig. Kommunen, Sozialleistungsträger und Sozialversicherungen müssen gemeinsam eine Infrastruktur schaffen, welche die Pflege auch als Kombination zwischen häuslicher Versorgung und professionellen Hilfeleistungen sicherstellt.

Einen Ansatz dazu bieten die Pflegestützpunkte, in denen die Beratungsaufgaben und Kompetenzen der Sozialleistungsträger nach den Regelungen der unterschiedlichen Sozialgesetzbücher kooperativ zusammengeführt werden. Die Landwirtschaftliche Sozialversicherung Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland sowie die Sozialversicherung für den Gartenbau sind gern bereit, ihr PibS-Projekt als einen Baustein zur Schaffung einer entsprechenden Infrastruktur gemeinsam mit anderen Sozialleistungsträgern und den übrigen Kranken- und Pflegekassen anzusehen und weiterzuentwickeln.



Landwirtschaftliche Pflegekasse
Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland