



## **PAUSE**

### **Pflegende Angehörige unterstützen, stärken, entlasten**

#### **Evaluation einer kontrollierten Studie**

gefördert durch

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen

und

BARMER GEK

erstellt von

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

## **Impressum**

Hetzel, C.; Alles, T.; Mozdzanowski, M. (2017). PAUSE – Pflegende Angehörige unterstützen, stärken, entlasten. Evaluation einer kontrollierten Studie. Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr) GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln.

Gefördert durch Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein Westfalen und BARMER GEK.

### **Kontakt:**

Dr. Christian Hetzel  
Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr) GmbH  
an der Deutschen Sporthochschule Köln  
Eupener Straße 70, 50933 Köln  
Tel.: 0221-277599-17  
Fax: 0221-277599-10  
E-Mail: [hetzel@iqpr.de](mailto:hetzel@iqpr.de)

Köln, 13.06.2017

Herzlichen Dank!

Der BARMER GEK und dem MGEPA NRW für die Projektförderung.

Herrn Heiner Beckmann und Herrn Stephan Scheer seitens der BARMER GEK sowie Herrn Detlev Spohr und Herrn Georg Oberkötter seitens des MGEPA NRW für die tatkräftige Unterstützung in der Projektlaufzeit.

Frau Juliane Diekmann und Frau Nina Henkels, die seitens der BARMER GEK alles Mögliche möglich gemacht haben – nicht nur für die Evaluation sondern vor allem für die Teilnehmenden der Seminare.

Den Mitgliedern des Beirats für die beratende Unterstützung.

Den Teilnehmenden an den Fokusgruppen für die gewinnbringenden Gespräche.

Allen denjenigen, dank deren Einsatz so viele pflegende Angehörige an PAUSE teilnehmen konnten – allen voran die Geschäftsstellen der BARMER GEK.

Nicht zuletzt allen pflegenden Angehörigen, die an der Studie mit großem Engagement teilgenommen haben – in der Hoffnung, dass auch andere Pflegende profitieren.

## Inhalt

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Das Wichtigste in Kürze .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>1 Ausgangslage.....</b>  | <b>15</b> |
| 1.1 Das Projekt PAUSE .....   | 15        |
| 1.2 Situation von pflegenden Angehörigen .....                                | 16        |
| 1.3 Subjektiver Bedarf von pflegenden Angehörigen.....                        | 17        |
| 1.4 Fragestellungen der Evaluation .....                                      | 17        |
| <b>2 Konzept.....</b>   | <b>20</b> |
| 2.1 Theoretischer Rahmen und empirische Befunde.....                          | 20        |
| 2.2 Intervention .....  | 22        |
| 2.3 Evaluation .....  | 31        |
| <b>3 Struktur der Interventions- und Vergleichsgruppe.....</b>                | <b>43</b> |
| 3.1 Soziodemografische Merkmale und Pflegesituation .....                     | 43        |
| 3.2 Zielgrößen: Gesundheit, Stressoren und Schutzfaktoren .....               | 47        |
| 3.3 Zusammenhänge bei der Basiserhebung .....                                 | 50        |
| <b>4 Gewinnung der Teilnehmenden für das Kompaktseminar .....</b>             | <b>52</b> |
| 4.1 Welches Einzugsgebiet wird mit dem Seminarstandort erreicht? .....        | 52        |
| 4.2 Welche Informationskanäle sind für eine Anmeldung entscheidend?.....      | 54        |
| 4.3 Was kennzeichnet Personen mit Teilnahme-Interesse?.....                   | 57        |
| 4.4 Organisation der Ersatzpflege während des Seminars.....                   | 61        |
| 4.6 Der Entscheidungsprozess zur Nicht-Teilnahme .....                        | 62        |
| <b>5 Nachsorge.....</b>   | <b>66</b> |
| 5.1 Können Seminar-Teilnehmende zur Nutzung von Nachsorge motiviert werden? . | 66        |
| 5.2 Wie intensiv muss für die häusliche Schulung geworben werden? .....       | 68        |
| 5.3 Wer nutzt Familiengesundheitspflege? .....                                | 70        |
| 5.4 Wer nutzt Nachsorge? .....  | 71        |
| 5.5 Bedarf in Bezug auf Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement .....   | 73        |
| <b>6 Akzeptanz .....</b>  | <b>75</b> |
| 6.1 Bewertungen zum Seminar.....  | 75        |
| 6.2 Bewertung zur Nachsorge.....  | 79        |
| 6.3 Erlebter Nutzen .....   | 80        |

---

|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| <b>7</b>  | <b>Stressoren und Schutzfaktoren im Zeitverlauf .....</b>                    | <b>82</b>  |
| 7.1       | Primäre Stressoren .....   | 82         |
| 7.2       | Sekundäre Stressoren .....   | 85         |
| 7.3       | Schutzfaktoren .....   | 86         |
| <b>8</b>  | <b>Verhalten im Zeitverlauf .....</b>  | <b>88</b>  |
| 8.1       | Absichten der Verhaltensänderung .....                                       | 88         |
| 8.2       | Verhaltensänderung .....   | 89         |
| <b>9</b>  | <b>Gesundheit im Zeitverlauf .....</b>                                       | <b>93</b>  |
| 9.1       | Subjektive Gesundheit .....  | 93         |
| 9.2       | Klinisch relevante Depressivität .....                                       | 107        |
| <b>10</b> | <b>Transfer in die Regelversorgung .....</b>                                 | <b>113</b> |
| 10.1      | Image der Intervention .....   | 113        |
| 10.2      | Zur Problematik des Zugangs .....  | 116        |
| 10.3      | Transfer zu anderen Kassen .....   | 120        |
| 10.4      | Transfer innerhalb der BARMER GEK .....                                      | 121        |
| <b>11</b> | <b>Möglichkeiten und Grenzen von PAUSE .....</b>                             | <b>122</b> |
| <b>12</b> | <b>Literatur .....</b>   | <b>123</b> |
| <b>13</b> | <b>Anhang .....</b>  | <b>127</b> |
| 13.1      | Beirat .....   | 127        |
| 13.2      | Handlungsbedarf für Gesundheitsförderung und Prävention .....                | 129        |
| 13.3      | Methodenergebnis zur Qualität des Messinstrumentes .....                     | 137        |
| 13.4      | Aktivitäten zur Gewinnung der Teilnehmenden .....                            | 143        |
| 13.5      | Datenqualität und Ersetzung fehlender Werte .....                            | 146        |
| 13.6      | Auswertungsmethoden und Effektstärken .....                                  | 147        |
| 13.7      | Methodenergebnis Propensity Score Matching .....                             | 148        |
| 13.8      | Daten zum Kapitel „Informationswege“ .....                                   | 151        |
| 13.9      | Daten zum Kapitel „erlebter Nutzen“ .....                                    | 152        |
| 13.10     | Daten zum Kapitel „Image der Intervention“ .....                             | 153        |
| 13.11     | Daten zum Kapitel „subjektive Gesundheit“ .....                              | 154        |
| 13.12     | Qualitative Daten (Interviews, Aussagen, Bericht) .....                      | 155        |
| 13.13     | Abschlussstagung - Presseerklärung von BARMER GEK und iqpr, 30.09.2016... .. | 176        |
| 13.14     | Publikationen zum Projekt .....  | 178        |

## Abbildungen

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1: Bausteine des Gesundheitsprogramms. ....   | 9  |
| Abbildung 2: Subjektive Gesundheit im Zeitverlauf. ....   | 11 |
| Abbildung 3: Entwicklung der klinisch relevanten Depressivität bei initial depressiv auffälligen Personen. .... | 12 |
| Abbildung 4: Wirkungsmodell der Evaluation. ....  | 21 |
| Abbildung 5: Bausteine des Gesundheitsprogramms. ....   | 22 |
| Abbildung 6: Impressionen aus dem Seminar. ....   | 26 |
| Abbildung 7: Quasi-experimenteller Versuchsplan mit Messzeitpunkten X (Teilerhebung in Klammern). ....          | 32 |
| Abbildung 8. Klinisch relevante Depressivität bei der Basiserhebung. ....                                       | 47 |
| Abbildung 9. Subjektive Gesundheit bei der Basiserhebung. ....  | 48 |
| Abbildung 10. Persönliche Einschränkungen bei der Basiserhebung. ....   | 48 |
| Abbildung 11. Belastungs- und Gesundheitsprofil der Interventions- und Vergleichsgruppe. ....                   | 49 |
| Abbildung 12: Teilnehmende am PAUSE-Seminar nach Wohnort (N=315). ....  | 53 |
| Abbildung 13: Informationsquellen für das PAUSE-Seminar. ....   | 54 |
| Abbildung 14. Belastungs- und Gesundheitsprofil nach Teilnahme-Interesse. ....                                  | 60 |
| Abbildung 15: Ersatzpflege während des Seminars. ....   | 61 |
| Abbildung 16: Gründe der Nicht-Teilnahme von „Interessierten“ (Quelle: Pflegeberatungstelefon). ....            | 64 |
| Abbildung 17: Nutzung der Nachsorge. ....   | 67 |
| Abbildung 18: Nutzung der Häuslichen Schulung nach Seminartyp. ....   | 68 |
| Abbildung 19: Versorgungssituation bezüglich Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement. ....                | 74 |
| Abbildung 20: Bewertungen zum Seminar bei Seminarende. ....   | 76 |
| Abbildung 21: Bewertungen der einzelnen Seminarbausteine bei Seminarende. ....                                  | 78 |
| Abbildung 22: Bewertungen der einzelnen Seminarbausteine bei Seminarende. ....                                  | 79 |
| Abbildung 23: Subjektiver Nutzen bei Seminarende und nach 9 Monaten. ....                                       | 81 |
| Abbildung 24: Entwicklung der primären Stressoren. ....   | 84 |
| Abbildung 25: Entwicklung der sekundären Stressoren. ....   | 85 |
| Abbildung 26: Entwicklung der moderierenden Merkmale. ....  | 87 |

|  |     |
|--|-----|
| Abbildung 27: Absichten der Verhaltensänderung bei Seminarende.....  | 89  |
| Abbildung 28: Verhaltensänderung nach 9 Monaten. ....  | 92  |
| Abbildung 29: Subjektive Gesundheit im Zeitverlauf.....  | 95  |
| Abbildung 30: Subjektive Gesundheit im Zeitverlauf (Propensity Score gematchte Vergleichsgruppe). ....                             | 98  |
| Abbildung 31: Subjektive Gesundheit im Zeitverlauf nach Intensität der Werbung für Häusliche Schulung (Mehrebenenregression). .... | 101 |
| Abbildung 32: Subjektive Gesundheit im Zeitverlauf nach FGP.....   | 105 |
| Abbildung 33: Entwicklung der klinisch relevanten Depressivität bei initial depressiv auffälligen Personen.....                    | 108 |
| Abbildung 34: Entwicklung der klinisch relevanten Depressivität bei initial depressiv unauffälligen Personen.....                  | 109 |
| Abbildung 35: Entwicklung der klinisch relevanten Depressivität nach Seminartyp „Häusliche Schulung“ . ....                        | 110 |
| Abbildung 36: Entwicklung der klinisch relevanten Depressivität für die Teilgruppe „Familiengesundheitspflege“ . ....              | 111 |
| Abbildung 37: Image von „Mach mal PAUSE“ . ....  | 114 |
| Abbildung 38: Empfehlungsmarketing „Mach mal PAUSE“ . ....   | 115 |
| Abbildung 39: Subjektiver Handlungsbedarf .....  | 130 |
| Abbildung 40: Verteilung der Propensity Scores vor und nach dem Matching. ....   | 149 |
| Abbildung 41: Histogramme der Propensity Scores vor und nach dem Matching. ....  | 150 |

## Tabellen

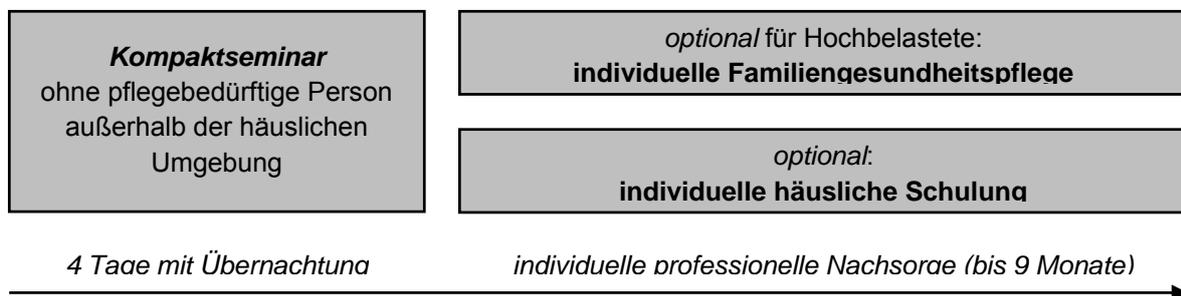
|   |     |
|---|-----|
| Tabelle 1: Bausteine des Gesundheitsprogramms nach Strategieschwerpunkten.....                                      | 23  |
| Tabelle 2: Zusammensetzung der Vergleichsgruppe (Zufallsauswahl brutto). ....                                       | 35  |
| Tabelle 3: Überblick über die Datenbasis.....   | 36  |
| Tabelle 4: Zusammensetzung der Fallzahlen. ....   | 37  |
| Tabelle 5:Ausfälle durch Personen mit nur einem gültigen Messzeitpunkt.....   | 39  |
| Tabelle 6: Ausfälle der einzelnen Messzeitpunkte bezogen auf die Basiserhebung.....                                 | 41  |
| Tabelle 7: Struktur der Interventions- und Vergleichsgruppe.....  | 46  |
| Tabelle 8: Zusammenhänge der Merkmale bei der Basiserhebung.....  | 51  |
| Tabelle 9: Struktur der Interventions- und Vergleichsgruppe.....  | 59  |
| Tabelle 10: Kontaktintensität bei „Interessierten“, die letztlich doch nicht an PAUSE<br>teilgenommen haben.....    | 63  |
| Tabelle 11: Merkmale der Person und der Pflegesituation nach Nachsorgenutzung. ....                                 | 72  |
| Tabelle 12: Effektstärken zu subjektive Gesundheit. ....  | 95  |
| Tabelle 13: Deskription subjektive Gesundheit im Zeitverlauf.....   | 96  |
| Tabelle 14: Mehrebenenmodelle zur subjektiven Gesundheit. ....  | 97  |
| Tabelle 15: Effektstärken zu subjektive Gesundheit (Propensity Score gematchte VG).....                             | 99  |
| Tabelle 16: Mehrebenenmodelle zur subjektiven Gesundheit (Propensity Score gematchte<br>Vergleichsgruppe). ....     | 100 |
| Tabelle 17: Deskription subjektive Gesundheit im Zeitverlauf nach Seminartyp.....                                   | 102 |
| Tabelle 18: Mehrebenenmodelle zur subjektiven Gesundheit nach Intensität der Werbung für<br>Häusliche Schulung..... | 103 |
| Tabelle 19: Effektstärken zu subjektive Gesundheit nach FGP. ....   | 105 |
| Tabelle 20: Deskription subjektive Gesundheit im Zeitverlauf nach FGP. ....   | 106 |
| Tabelle 21: Mehrebenenmodelle zur subjektiven Gesundheit nach FGP. ....   | 106 |
| Tabelle 22: Struktur der Stichprobe.....  | 130 |
| Tabelle 23: Deskription der Zielgrößen nach Strukturmerkmalen in Zeilen-%. ....                                     | 132 |
| Tabelle 24: Multiple logistische Regressionsanalysen zum Handlungsbedarf.....                                       | 133 |
| Tabelle 25: Ergebnisse zur Effektivität des Propensity Score Matching. ....   | 148 |

## Das Wichtigste in Kürze

### Das Projekt

PAUSE ist ein innovatives regelfinanzierbares Entlastungsangebot für pflegende Angehörige: ein viertägiges Kompaktseminar für pflegende Angehörige einschließlich professioneller Nachsorge als Option (siehe Abbildung 1). Das Seminar kombiniert pflege- und auf die eigene Gesundheit bezogene Themen. Ein Durchführungsmanual liegt vor.

Abbildung 1: Bausteine des Gesundheitsprogramms.



Konzept und Evaluation wurden gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW und der BARMER GEK. Träger der Maßnahmen war die BARMER GEK.

Die Gewinnung der Teilnehmenden erfolgte über Medienarbeit (darunter ein Film aus der Perspektive der PAUSE-Teilnehmenden), Multiplikatoren und persönliche Ansprache durch die Beschäftigten der regionalen Geschäftsstellen der BARMER GEK sowie das Pflegeberatungstelefon der BARMER GEK.

### Evaluation

Die Ergebnisevaluation soll Fragen beantworten in Bezug auf Zielgruppenerreichung, Akzeptanz und Gesundheit sowie den Transfer in die Regelversorgung.

Der Studie liegt ein quasi-experimenteller Versuchsplan mit Kontrollgruppe bei einem Vorher- und mehreren Nachher-Tests zugrunde. Damit lassen sich Nettoeffekte bestimmen, gleichsam als Antwort auf die Frage „Was wäre mit den PAUSE-Teilnehmenden passiert, wenn sie nicht an PAUSE teilgenommen hätten?“.

Für die Frage des Zugangs zur Häuslichen Schulung wird nach Seminaren cluster-randomisiert. Die Teilgruppe der „hochbelasteten“ pflegenden Angehörigen wird anhand von Fragebögen identifiziert. Strukturunterschiede zwischen den Gruppen werden kontrolliert über Adjustierung oder Matching.

## **Zielgruppenerreichung Seminar**

Bei neun Seminaren an einem Standort nahmen 315 pflegende Angehörige teil. Es wird ein breiter Querschnitt erreicht. Gegenüber repräsentativen Daten sind die „Teilnehmenden“ häufiger weiblich und häufiger erwerbstätig. Sie pflegen häufiger die Partnerin oder den Partner, häufiger in höheren Pflegestufen und häufiger demenziell erkrankte Menschen. Die Entfernung zum Veranstaltungsort ist nachrangig. Für die Anmeldung ist meist die persönliche Ansprache entscheidend.

PAUSE erreicht vor allem höher Belastete. 38% der Teilnehmenden sind durch eine klinisch relevante Depressivität gekennzeichnet. Nur 25% der Teilnehmenden schätzen ihre subjektive Gesundheit als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Auch die subjektiven Belastungen und Schutzfaktoren der Teilnehmenden sind eher ungünstig ausgeprägt. Das bedeutet, dass auch ohne Zielgruppenauswahl eher Risikopersonen erreicht werden.

## **Zielgruppenerreichung Nachsorge**

PAUSE fördert die Nutzung von Beratungsleistungen. 41% der am Kompaktseminar Teilnehmenden nutzen Nachsorge (d.h. Familiengesundheitspflege, Häusliche Schulung oder Pflegekurs), in der Vergleichsgruppe unter 10%.

Dabei muss der Zugang zur Nachsorge niederschwellig sein. 27% der pflegenden Angehörigen aus den Seminaren mit „intensiver“ Werbung nutzten die Häuslichen Schulung, bei Standard-Seminaren nur 15%.

PAUSE ist ein Türöffner für weiterführende und intensive Maßnahmen wie beispielsweise die Familiengesundheitspflege. 35% der PAUSE-Teilnehmenden galten definitionsgemäß als „hochbelastet“. Von diesen nahm die Hälfte (52%) das Angebot der Familiengesundheitspflege an. Grund für Ablehnungen war mehrheitlich, dass bereits eine gute Versorgung (z.B. Psychotherapie) gewährleistet ist. Ein Großteil der Personen hat das Angebot nur aufgrund der persönlichen Informationen im Seminar angenommen.

## **Akzeptanz**

Das Kompaktseminar ist von sehr hoher Akzeptanz geprägt. Die Weiterempfehlungsquote liegt bei über 90%. Neben dem methodisch-didaktischen Aufbau des Seminars ist ein attraktiver Veranstaltungsort maßgeblich. Auch die Nachsorgeangebote werden sehr positiv bewertet. Qualitativ wurde ein hohes Maß an Dankbarkeit artikuliert.

## Zielgröße subjektive Gesundheit

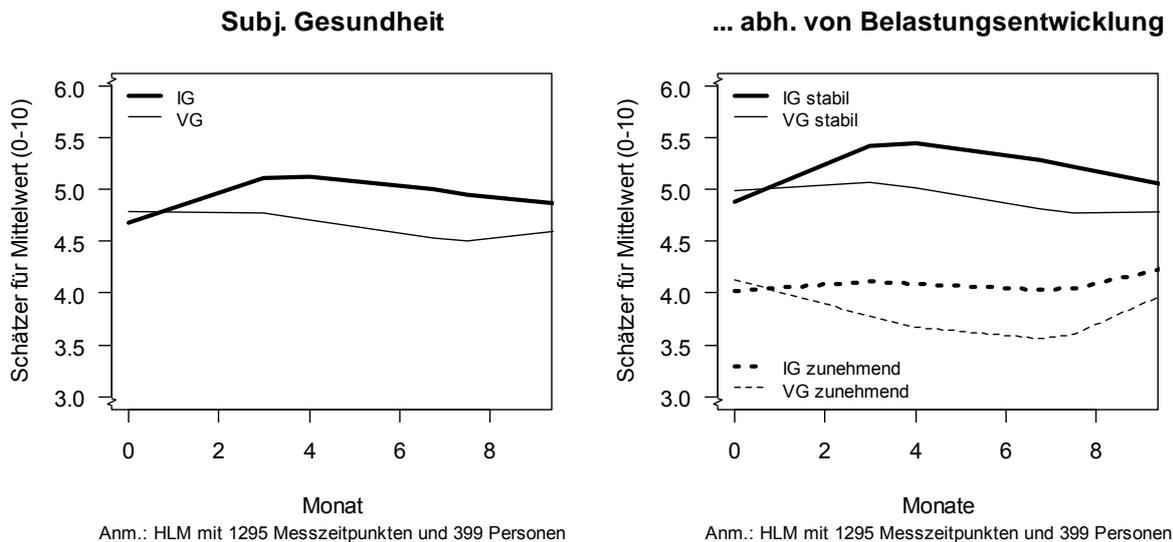
### Gesamtgruppe (siehe Abbildung 2)

PAUSE bewirkt eine nachhaltige Steigerung der subjektiven Gesundheit, sofern die Belastungsentwicklung durchschnittlich ist. Die Nettoeffekte sind signifikant und nachhaltig (Effektstärken für die Messzeitpunkte 3, 6 bzw. 9 Monate  $d=0,19$ ,  $d=0,25$  bzw.  $d=0,18^1$ ).

PAUSE steigert die subjektive Gesundheit nachhaltig auf einem höheren Niveau, wenn die objektiven Belastungen im Zeitverlauf stabil bleiben. Ohne PAUSE würde die subjektive Gesundheit gleich bleiben.

Nehmen die objektiven Belastungen im Zeitverlauf zu, dann stabilisiert PAUSE die subjektive Gesundheit. Ohne PAUSE würde die subjektive Gesundheit abnehmen.

Abbildung 2: Subjektive Gesundheit im Zeitverlauf.



### Häusliche Schulung

Personen aus Seminaren, in denen die Nachsorge durch häusliche Schulung intensiv beworben wurde, können die subjektive Gesundheit etwas deutlicher steigern als Personen aus den anderen Seminaren. Der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant. Dies dürfte daran liegen, dass in den Vergleichsseminaren die Häusliche Schulung auch genutzt wurde, nur etwas seltener. Der Unterschied zu Seminaren ohne Häusliche Schulung dürfte deutlicher ausfallen – darauf wurde aber aus ethischen Gründen verzichtet. Die Nachsorge durch Häusliche Schulung scheint also einen Mehrwert gegenüber dem isolierten Seminar zu haben.

<sup>1</sup> Konservative Bewertung: kleiner Effekt für  $d \geq 0,1$ , mittlerer Effekt für  $d \geq 0,5$ , großer Effekt für  $d \geq 0,8$ .

## Familiengesundheitspflege

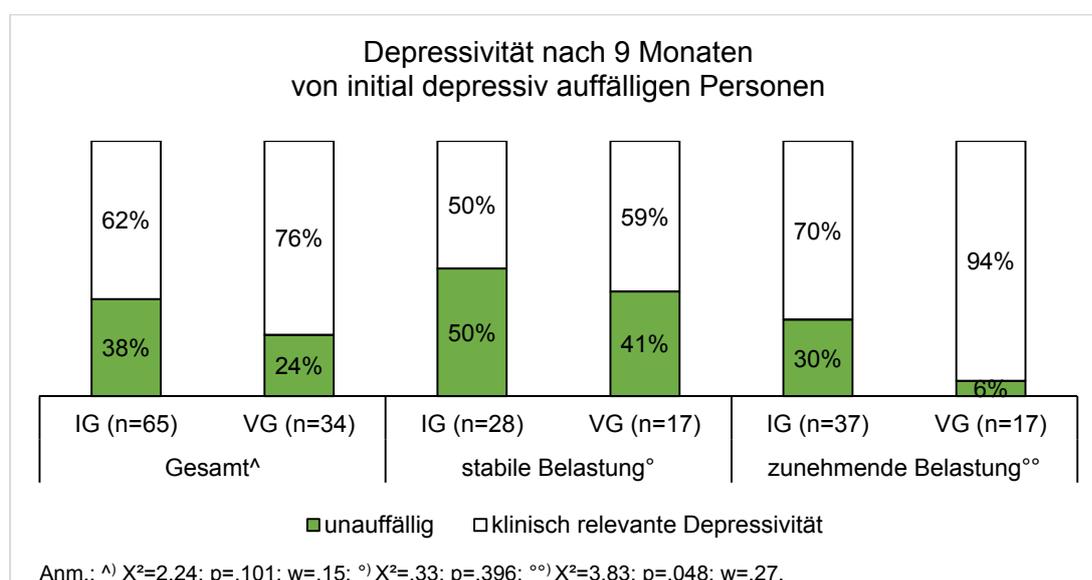
Das Kompaktseminar in Kombination mit der intensiven Nachsorge durch Familiengesundheitspflege steigert die subjektive Gesundheit nachhaltig auf einem höheren Niveau. Ohne diese Maßnahmekombination würde die subjektive Gesundheit gleich bleiben. Die Wirkung ist für diese Teilgruppe wesentlich deutlicher als die Wirkung für die Gesamtgruppe (Effektstärken für die Messzeitpunkte 3, 6 bzw. 9 Monate  $d=0,40$ ,  $d=0,49$  bzw.  $d=0,32$ ).

## Zielgröße klinisch relevante Depressivität

### Gesamtgruppe

PAUSE reduziert klinisch relevante Depressivität. Von den initial depressiv auffälligen Personen waren nach 9 Monaten 38% unauffällig, in der Vergleichsgruppe nur 24% (siehe Abbildung 3) bzw. 19% nach dem Matching. Dies gelingt vergleichsweise häufiger, wenn im Zeitverlauf die Belastungen zunehmen. Die Deutlichkeit überrascht, da die Intervention keinen therapeutischen Ansatz hat.

Abbildung 3: Entwicklung der klinisch relevanten Depressivität bei initial depressiv auffälligen Personen.



Allerdings ist es unabhängig von der Teilnahme an PAUSE, ob jemand eine klinisch relevante Depressivität entwickelt. Hier scheinen andere Faktoren maßgeblich zu sein.

### Häusliche Schulung

Ähnlich wie bereits bei der „subjektiven Gesundheit“ gibt es auch bezüglich der klinisch relevanten Depressivität keine signifikanten Unterschiede nach den Seminartypen. Die

Tendenzen und die oben beschriebene Grenze legen aber nahe, dass die Häusliche Schulung positive Auswirkungen hat.

### **Familiengesundheitspflege**

Es gibt für die Teilgruppe der „hochbelasteten“ pflegenden Angehörigen keinen signifikanten Maßnahmeeffekt auf die klinisch relevante Depressivität, allenfalls Tendenzen in die erwartete Richtung. Dabei sei betont, dass die Familiengesundheitspflege keinen therapeutischen Ansatz hat, wohl aber Therapien im Rahmen der regionalen Versorgungssituation einleitet.

### **Zielgröße Belastungen und Schutzfaktoren**

Die teils deutlichen positiven Effekte auf die Gesundheit sind stresstheoretisch erklärbar (Nettoeffekt nach neun Monaten in Klammern):

Nach PAUSE sinken die primären Stressoren. Denn PAUSE-Teilnehmende greifen bei ihren Betreuungsaufgaben vermehrt auf Fremdhilfe zu ( $d=0,24$ ) und die subjektiven Pflegebelastungen ( $d=0,26$  bzw.  $d=0,21$ ) werden als geringer eingestuft.

Nach PAUSE sinken sekundäre Stressoren. Denn die persönlichen Einschränkungen ( $d=0,31$ ) und die familiären Rollenkonflikte ( $d=0,36$ ) sinken. Berufliche Rollenkonflikte sinken zwar tendenziell, aber es gibt keinen signifikanten Nettoeffekt. Es könnte sein, dass bei Vereinbarkeitsproblemen der Arbeitgeber in die Intervention einzubinden ist.

Nach PAUSE haben sich die Schutzfaktoren, die den Stressprozess moderieren, günstig entwickelt. So sind die Akzeptanz der Pflegesituation ( $d=0,37$ ), die soziale Anerkennung ( $d=0,20$ ) und die institutionelle Unterstützung ( $d=0,38$ ) deutlich günstiger ausgeprägt als ohne die Teilnahme an PAUSE.

### **Zielgröße Verhalten**

Auch verhaltenstheoretisch sind die positiven Effekte auf die Gesundheit erklärbar (Nettoeffekt nach neun Monaten in Klammern):

Fremdhilfe bei pflegebezogenen Aufgaben ( $d=0,37$ ) sowie im demenziellen Bereich die niedrigschwellige Unterstützung ( $d=0,39$ ) werden häufiger genutzt. Zudem nutzen die PAUSE-Teilnehmenden häufiger den Erfahrungsaustausch unter Gleichgesinnten ( $d=0,33$ ), z.B. in Angehörigengruppen, und gehen wesentlich häufiger Freizeitaktivitäten im Sinne der Selbstsorge nach ( $d=0,51$ ).

Die Teilnehmenden äußern einen deutlichen Bedarf an Angehörigengruppen und bürgerschaftlichem Engagement, der angebotsseitig nicht gedeckt scheint. Gleichwohl nutzen einzelne Teilnehmende z.B. Pflegebegleiter, Tauschbörsen, Nachbarschaftsberater, niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote.

## Transfer

Die Finanzierung des Kompaktseminars ist innerhalb der bestehenden gesetzlichen Vorgaben möglich. Für die pflegenden Angehörigen verbleibt ein Eigenanteil für Verpflegung und Übernachtung. Die Kasse muss entsprechende Personalressourcen für die Organisation der Veranstaltung einschließlich Gewinnung der pflegenden Angehörigen kalkulieren. Die Transferfähigkeit ist damit gegeben. PAUSE kann eine Versorgungslücke schließen. Die BARMER GEK hat das Kompaktseminar in ihr Regelangebot übernommen.

Im Rahmen eines Workshops mit Vertretern der gesetzlichen Sozialversicherung wurde der Bedarf für Entlastungsangebote wie PAUSE bestätigt. Eine Pflicht zur Durchführung gibt es nicht. Insofern liegt die Umsetzung von PAUSE oder Varianten davon in der Entscheidung einer Kasse.

Entscheidungsrelevant dürften insbesondere sein: strategische Ausrichtung des Angebotsportfolios für pflegebedürftige und pflegende Personen, Prioritäten bei Personalressourcen, Anzahl der versicherten pflegebedürftigen Personen, Struktur der versicherten Personen, Marketingkonzept.

Ein Argument neben den Evaluationsergebnissen und dem Durchführungsmanual bietet folgender Befund. 95% der pflegenden Angehörigen meinen, dass es wichtig ist, dass Pflegekassen so etwas wie PAUSE anbieten. 89% der pflegenden Angehörigen haben PAUSE als besonderes Angebot der BARMER GEK weiterempfohlen. Aus Sicht einer Kasse dürfte sich diese Imagewirkung auf Kundenbindung und -gewinnung positiv auswirken.

# 1 Ausgangslage

## 1.1 Das Projekt PAUSE

Pflegende Angehörige sind auf einen konsequenten Ausbau von Entlastungsangeboten angewiesen (siehe Kap. 1.2) und benennen deutlichen Handlungsbedarf (siehe Kap. 1.3). „Gute Pflege“ zum Wohl der pflegebedürftigen Personen ist dabei eine Seite der Medaille. Die zweite Seite der Medaille betrifft das „Wohl der Pflegenden“. Dies kommt in bestehenden Angeboten vielfach zu kurz, weil die pflegenden Angehörigen gleichsam als „Anhängsel“ an die pflegebedürftige Person betrachtet werden.

Richtziel von PAUSE ist es, nachhaltig die Gesundheit pflegender Angehöriger zu fördern.

Dazu wurde für pflegende Angehörige ein mehrtägiges Kompaktseminar entwickelt und erprobt. Das Kompaktseminar wurde ergänzt durch professionelle Nachsorge und in Abhängigkeit von der regionalen Versorgungssituation um Angebote der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements.

Das mehrtägige Kompaktseminar wurde gemeinsam von BARMER GEK und iqpr entwickelt. Die Interventionen wurden von der BARMER GEK im Rahmen gesetzlicher Leistungen getragen – auch für versicherungsfremde pflegende Angehörige. Die Evaluation erfolgte durch iqpr.

Konzept und Evaluation wurden gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW und der BARMER GEK. Die Laufzeit des Projektes war 01.10.2013 bis 31.10.2016, Projektregion war Nordrhein-Westfalen. Das Projekt wurde von einem Beirat (siehe Anhang) begleitet.

Die in der vorliegenden Arbeit vorzustellenden Ergebnisse der Evaluation sind vielversprechend und belastbar. Die BARMER GEK hat das Angebot in die Regelversorgung übernommen. PAUSE als mehrtägiges Entlastungsangebot hat das Potenzial eine Versorgungslücke zu schließen.

## 1.2 Situation von pflegenden Angehörigen

71% der anerkannt Pflegebedürftigen (1,86 Mio.) wurden im Jahr 2013 in der eigenen Häuslichkeit gepflegt (Statistisches Bundesamt, 2015. Hochrechnungen ergeben, dass 4 bis 5 Mio. private Pflegepersonen an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt waren (Wetzstein, Rommel & Lange, 2015). Schätzungen für NRW gehen von etwa 1 Mio. pflegenden Angehörigen aus.

„Pflegende Angehörige“ sind in der vorliegenden Arbeit Personen, die eine Person im häuslichen Umfeld und nicht erwerbsmäßig pflegen. Dabei muss nicht zwingend eine Pflegestufe vorliegen oder eine Mindestpflegedauer erfüllt sein.

Belastungen der häuslichen Pflege sowie deren Folgen für die psychische Gesundheit von pflegenden Angehöriger sind evident und vielfach publiziert (Pinquart & Sörensen, 2003; Schulze & Drewes, 2004; Wilz, Kalytta & Küssner, 2005; Meyer, 2006; Pinquart & Sörensen, 2006; Schäufele, Köhler, Lode & Weyerer, 2007; Clark & Diamond, 2010; Rösler-Schidlack, Stummer & Ostermann, 2010; Techniker Krankenkasse, 2013; Wetzstein, Rommel & Lange, 2015; Rothgang, Kalwitzki, Müller, Runte et al., 2015; Mußnug & Korotkaia, 2016). Ein treffendes Bild formuliert ein Teilnehmender der vorliegenden Studie:

*„Ich habe das Bild von Don Quijote vor Augen. Ich kämpfe, aber komme nicht weiter. Und die Windmühle dreht sich immer weiter.“ (Herr M.)*

Gleichzeitig wollen pflegende Angehörige in der Regel die häusliche Pflegesituation so lange wie möglich aufrecht erhalten. Sie sind eine tragende Säule pflegerischer Versorgungsstrukturen und ihre Bedeutung wird angesichts des demografischen Wandels zunehmen (Rothgang, Kalwitzki, Müller, Runte et al., 2015). Sie rücken damit in den Fokus der Förderung psychischer Gesundheit.

Die präventive und rehabilitative Versorgung pflegender Angehöriger in Deutschland wird insgesamt als defizitär bewertet (Hertle, Lüken, Trümner & Veit, 2015). Auch in der internationalen Literatur werden effektivere Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige gefordert (Lamura, Mnich, Wojszel, Nolan et al., 2008). Gesundheitsförderungsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der Regel nicht auf den Bedarf pflegender Angehöriger ausgerichtet. Die soziale Pflegeversicherung bietet zwar Leistungen, die speziell zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen sollen, z.B. Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (u.a. Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter oder Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen). Dennoch bleibt die Hauptlast der Pflege angesichts der Leistungsbegrenzungen des Pflegeversicherungsgesetzes bei den pflegenden Angehörigen, die auf einen konsequenten Ausbau von Entlastungsangeboten angewiesen sind. Neben besserer Finanzierung und Ausweitung der genannten Angebote werden auch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen bei pflegenden Angehörigen gefordert (Brügger, Jaquier & Sottas, 2016; SVR [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen], 2009). Pflegekurse erfüllen diese Forderung nur begrenzt, weil sie meist pflegeverrichtungsbezogen ausgerichtet sind (Dörpinghaus, 2006). Eine mehrtägige Entlastung bietet zwar die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Gartenbau und Forsten an, aber nur für ihren relativ engen Versichertenkreis (Hetzl, Opfermann-Kersten & Holzer, 2016). Andere Sozialversicherungen hatten wenn überhaupt nur projektierte Angebote (Dlugosch & Mücke, 2006). Insofern besteht Bedarf für Entlastung pflegender Angehöriger und eine Versorgungslücke für mehrtägige Angebote.

Allerdings nutzen pflegende Angehörige Unterstützungs- und Entlastungsangebote eher selten. Dies kann einerseits in Aspekten des Angebots (z.B. Preis, Konzept, räumliche und zeitliche Zugänglichkeit) begründet sein. Andererseits gibt es auch subjektive und objektive Barrieren auf Seiten der pflegenden Angehörigen, insbesondere in der Organisation und der Einstellung, z.B. Zeitmanagement, schlechtes Gewissen, wenig Sensibilität für frühzeitigen Hilfebedarf, Prioritäten (Kummer, Budnick, Blüher & Dräger, 2010; Zegelin, Segmüller, Daldrup, Schieron et al., 2013; Brügger, Jaquier & Sottas, 2016). Die Konzeption von Interventionen sowie Zugangs- und Durchgangsvoraussetzungen müssen dies berücksichtigen.

### 1.3 Subjektiver Bedarf von pflegenden Angehörigen

Eine partizipative Konzeptentwicklung stellt sicher, dass Zugangsbarrieren in Bezug auf das Angebotsformat minimiert werden. Daher wurde der subjektive Handlungsbedarf zur Verbesserung der Pflegesituation und des eigenen Wohlbefindens sowie das Teilnahmeinteresse an einem mehrtägigen Angebot aus Sicht von pflegenden Angehörigen ermittelt. Mittels einfacher Zufallsauswahl aus dem Versichertenbestand der BARMER GEK wurden 100 pflegende Angehörige telefonisch befragt. 79% der Befragten würden teilnehmen. Bei den bis 65-jährigen pflegenden Angehörigen ist das Interesse gegenüber den älteren erhöht. Mindestens jede zweite Person sieht viel Handlungsbedarf bei Entspannung, Erholung, Rückengesundheit, Wissen über regionale Unterstützungsangebote, Pflegehilfsmittel und Austausch mit Profis. Teils erhöhten Handlungsbedarf geben Personen an, die jünger sind, langjährig pflegen, eine Person mit geringerer Pflegestufe pflegen und bereits Unterstützungsangebote genutzt haben (im Einzelnen siehe Hetzel, Baumann & Diekmann, 2015, in Auszügen im Anhang).

### 1.4 Fragestellungen der Evaluation

Vor diesem Hintergrund soll die Evaluation nachfolgende Fragenkomplexe und Hypothesen beantworten.

#### Zugang

- *Welche pflegenden Angehörigen nutzen PAUSE?*  
PAUSE ist auf die Breite aller pflegenden Angehörigen ausgerichtet. Insofern sollte ein breiter Querschnitt von pflegenden Angehörigen an der Maßnahme teilnehmen. Dies soll anhand von Merkmalen der Soziodemografie und der Pflegesituation überprüft werden. Fraglich ist zudem, ob eher höher belastete Personen teilnehmen oder ob eher die „Gesunden“ teilnehmen. Letzteres ist teilweise bei verhaltensorientierten Präventionsmaßnahmen zu beobachten (Jordan & von der Lippe, 2012).
- *Welche Strategien sind effektiv, pflegende Angehörige zur Teilnahme am PAUSE-Kompaktseminar zu gewinnen?*  
Pflegende Angehörige nutzen Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention selten (Kummer, Budnick, Blüher & Dräger, 2010; Zegelin, Segmüller, Daldrup,

Schieron et al., 2013; Brügger, Jaquier & Sottas, 2016). Es soll exploriert werden, welche Strategien der Gewinnung effektiv sind.

- *Angebote der Nachsorge werden genutzt, wenn der Zugang niederschwellig und aufsuchend ist.*  
Förderfaktoren und Barrieren für die Nutzung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention sind bei pflegenden Angehörigen weitgehend bekannt (siehe Kap. 2.2.4). Daher werden zugehende und niederschwellige Angebote gefordert. In der Studie soll die Effektivität unterschiedlicher Zugangsschwellen für die Häusliche Schulung untersucht werden. Zudem soll hochbelasteten pflegenden Angehörigen aktiv und niederschwellig die Familiengesundheitspflege angeboten werden.

### **Akzeptanz**

- *PAUSE wird von den Teilnehmenden akzeptiert.*  
Eine Gütekriterium von Interventionen ist, dass sie von den Teilnehmenden akzeptiert werden und dass Teilnehmenden einen subjektiven Nutzen daraus ziehen. Zu prüfen ist zudem, ob der subjektive Nutzen angesichts der dynamischen Pflegeanforderungen nachhaltig ist.
- *PAUSE-Teilnehmende entwickeln Handlungsabsichten.*  
Die Akzeptanz einer Maßnahme zeigt sich auch darin, ob die Teilnehmenden aufgrund der Methoden und Inhalte der Maßnahme ihr Verhalten ändern möchten. Absichtsbildung ist eine wesentliche Voraussetzung für Verhaltensänderung (Prochaska & Velicer, 1997). Daher sollen Absichten der Verhaltensänderung bei Ende der Maßnahme analysiert werden.

### **Zielgrößen der Ergebnisevaluation**

- *Folgende Zielgrößen sind Gegenstand der Ergebnisevaluation (im Vorgriff auf Kap. 2.1)*  
Primäre Zielgrößen sind subjektive Gesundheit und klinisch relevante Depressivität. Deren Entwicklung ist abhängig von subjektiven Stressoren (subjektive Pflegebelastung, Bedürfnis- und Rollenkonflikte), Schutzfaktoren (Akzeptanz der Pflegesituation, soziale Anerkennung und institutionelle Unterstützung) und Verhaltensänderungen (Selbstsorge sowie Nutzung von Selbsthilfe, bürgerschaftlichem Engagement und Fremdhilfe). Die Entwicklung dieser sekundären Zielgrößen soll ebenfalls ermittelt werden.
- *PAUSE-Teilnehmende zeigen günstigere Verläufe bei den Zielgrößen als Nicht-Teilnehmende.*  
Die zentrale Frage der Ergebnisevaluation ist „Was wäre mit den PAUSE-Teilnehmenden passiert, wenn sie nicht an PAUSE teilgenommen hätten?“ Dies soll anhand der genannten Zielgrößen ermittelt werden. Was „günstigere“ Verläufe bedeutet, ist abhängig davon, wie sich die Pflegesituation im Zeitverlauf

entwickelt (Hetzel, Opfermann-Kersten & Holzer, 2016). Ist die objektive Pflegesituation stabil, sollten die Zielgrößen steigen (bzw. je nach Optimierungsrichtung sinken). Nehmen objektive Pflegebelastungen über die Zeit zu, so wäre ein Stabilisieren der Zielgrößen als „günstig“ zu werten.

- *Professionelle Nachsorge hilft, die Seminareffekte zu verstetigen.* Angesichts der Erfahrungen aus konzeptionell ähnlichen Kompaktseminaren sind kurzfristige Effekte zu erwarten (Hetzel, Opfermann-Kersten & Holzer, 2016; Dlugosch & Mücke, 2006). Mittels Nachsorgemaßnahmen soll versucht werden, diese kurzfristigen Effekte zu verstetigen. Diese Hypothese soll zumindest näherungsweise beantwortet werden. Denn aus ethischen Überlegungen soll den Teilnehmenden die Informationen zu und die Nutzung professioneller Nachsorge nicht verweigert werden – dies wäre evaluationsmethodisch aber die Voraussetzung für eine kausale Antwort.

## **Transfer**

- *Möglichkeiten und Grenzen des Transfers in die Regelversorgung sollen ermittelt werden.* Handlungsleitend bei der Konzeption der Interventionen soll sein, dass diese im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten finanzierbar sind und so eine Umsetzung auch über den Projektzeitraum hinaus realistisch ist. Dies allein ist aber nicht hinreichend. Solange es keine rechtliche Verpflichtung für die regelhafte Durchführung derartiger Maßnahmen gibt, hängt der Transfer in die Regelhaftigkeit von der Bereitschaft der Maßnahmeträger ab. Daher sollen Möglichkeiten und Grenzen des Transfers ermittelt werden.

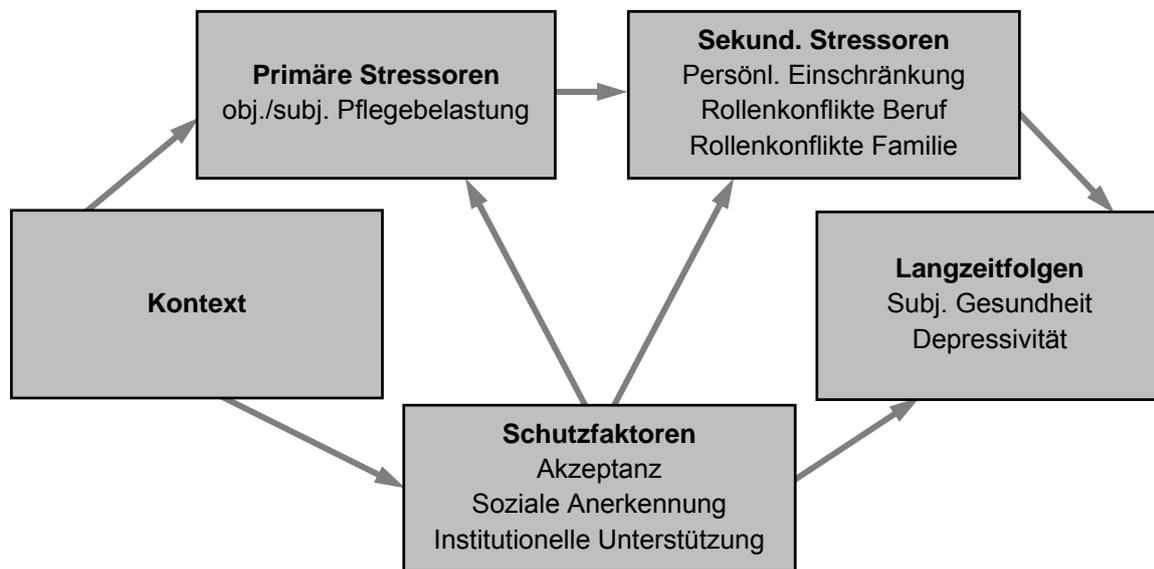
## 2 Konzept

### 2.1 Theoretischer Rahmen und empirische Befunde

Wie sind die Auswirkungen der Pflegeanforderungen auf die psychische Gesundheit der pflegenden Angehörigen zu erklären? Einen etablierten Erklärungsansatz bietet die Stresstheorie in Verbindung mit pflegebezogener Konzeptualisierung (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990; Sörensen, Duberstein & Gill, 2006; Zank, 2010). Im Überblick enthält das Modell folgende Komponenten:

- Kontextbedingungen: Dazu zählen insbesondere soziodemografische und -ökonomische Merkmale der Person, die Pflegevergangenheit sowie Unterstützungspotenziale in der Pflegesituation. Sie beeinflussen alle nachfolgenden Variablen.
- Primäre Stressoren: Diese resultieren direkt aus mit der Pflege verbundenen Aufgaben und Anforderungen. Für die Befindlichkeit der pflegenden Person ist besonders relevant, wie sie diese objektiven Stressoren subjektiv bewertet.
- Sekundäre Stressoren: Die primären Stressoren wirken sich auf andere Lebensbereiche insbesondere Beruf, Familie und Freizeit aus (sekundäre Stressoren). Dabei ist neben der Intensität der primären Stressoren wiederum die subjektive Dimension der sekundären Stressoren entscheidend, die sich aus der persönlichen Einschätzung der Situation sowie der individuellen und sozialen Ressourcen ergibt.
- Mediatoren (Schutzfaktoren): Dazu zählen insbesondere individuelle Bewältigungsstrategien und die verfügbare soziale und institutionelle Unterstützung (Brügger, Jaquier & Sottas, 2016). Pearlin (1990) beschreibt direkte und indirekte Einflüsse dieser Mediatoren auf primäre und sekundäre Stressoren sowie die Langzeitfolgen.
- Langzeitfolgen: Endpunkt dieser Wirkungskette ist die Gesundheit der pflegenden Angehörigen. In Studien, die auf Selbstangaben basieren, werden vielfach die subjektive Gesundheit und die Depressivität der pflegenden Person erhoben. Das Überschreiten kritischer Schwellen kann zum Zusammenbruch der häuslichen Pflegesituation führen. Der subjektive Gesundheitszustand ist aussagekräftig für die zukünftige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und das Auftreten chronischer Erkrankungen (Wetzstein, Rommel & Lange, 2015).

Abbildung 4: Wirkungsmodell der Evaluation.



Im Bereich der häuslichen Pflege von älteren insbesondere demenziell erkrankten Menschen gibt es einige Meta-Analysen und systematische Übersichten zu Interventionsstrategien (Pinquart & Sörensen, 2006; Selwood, Johnston, Katona, Lyketsos et al., 2007; Coon & Evans, 2009; Mantovan, Ausserhofer, Huber, Schulc et al., 2010; Kurz & Wilz, 2011). Im Kern werden die Qualitätskriterien in problemorientierte (P) und emotionsorientierte Strategien (E) zusammengefasst. Die Strategien lassen deutliche Bezüge zur dargestellten Stresstheorie erkennen:

- P1 Wissensvermittlung: Informationen über die vorliegende Erkrankung und normative Grundlagen, Austausch von Erfahrungen
- P2 Verbesserung der Problemlösefähigkeit: Erwerb von Problembewältigungsstrategien, Übertragung in den Alltag
- P3 Erweiterung des Hilfenetzes: Verstärkung des Rückhalts innerhalb der Familie, Verteilung von Aufgaben, Einbeziehung von externen Hilfen, Ersatzpflege
- E1 Bearbeitung von Beziehungswandel und Verlusten: Akzeptieren des Verlusts der vor der Erkrankung gelebten Gemeinsamkeit, Akzeptieren der einseitigen Abhängigkeitsbeziehung
- E2 Veränderung von Einstellungen und Bewertungen: Modifikation der Bewertung von Pflegesituation und Krankheitssymptomen, Stärkung von Selbstvertrauen und Zuversicht, Korrektur von dysfunktionalen Denkmustern und Kontrollüberzeugungen.
- E3 Anleitung zur Selbstfürsorge durch Stressabbau und Einfügen von angenehmen Aktivitäten in den Alltag. Dafür ist zentral, persönlich wertgeschätzte Ziele zu entwickeln und zu verfolgen, sich positiven Aspekten des Lebens zu öffnen, soziale Kontakte zu pflegen und positive Gefühle anderen gegenüber auszudrücken (Kaluza, 2004; Luhmann, Hofmann, Eid & Lucas, 2012).

Die Reviews legen nahe, dass das Potenzial emotionsorientierter Interventionsformen in den bisherigen Angeboten zu wenig ausgeschöpft wird. Individualisierte Programme insbesondere in der unmittelbaren Lebenswelt sind in der Regel mit einem größeren Nutzen verbunden als Interventionen im Gruppenformat (Selwood, Johnston, Katona, Lyketsos et al., 2007). Allerdings haben Gruppenformate generell das Potenzial, Informationen auf ökonomische Weise zu vermitteln, Erfahrungsaustausch unter Gleichgesinnten zu ermöglichen und (therapeutisch nutzbare) Gruppenprozesse zu stimulieren (Yalom, 2007). Günstige Wirkungen wurden besonders für Interventionen belegt, die die soziale Unterstützung innerhalb der Familie stärken, praktische Verhaltensübungen einbeziehen und die pflegerische Kompetenz erhöhen (Kurz & Wilz, 2011). Insgesamt wird komplexen, häufigen und langdauernden Interventionen die größte Wirksamkeit zugesprochen (Pinquart & Sörensen, 2006).

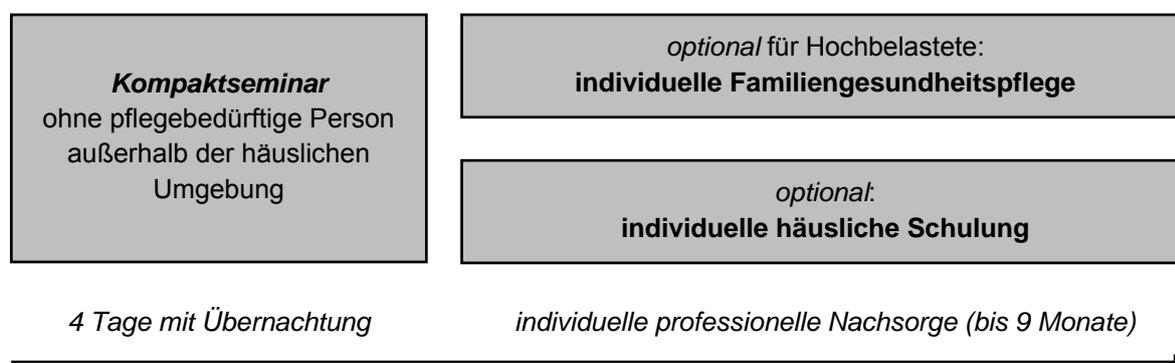
Interventionen im nicht-demenziellen Bereich sind seltener bzw. weniger belastbar untersucht. Sie scheinen aber ebenfalls zu sehr auf die pflegebedürftige Person und zu wenig auf die Gesundheit pflegender Angehöriger ausgerichtet zu sein (Dörpinghaus, 2006). Zudem werden sie wenig in Anspruch genommen (Dräger, Blüher, Kummer & Budnick, 2013) oder sind nur für Teilgruppen geöffnet (Hetzel, Opfermann-Kersten & Holzer, 2016) bzw. projiziert (Dlugosch & Mücke, 2006). Die Wirkung von freiwillig Helfenden und Angehörigengruppen auf die psychische Gesundheit ist nur vereinzelt untersucht und zudem regional heterogen verteilt (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011; ZQP - Zentrum für Qualität in der Pflege, 2013).

## 2.2 Intervention

Nachfolgende Beschreibung der Intervention ist in ähnlicher Fassung publiziert (Hetzel, Baumann, Diekmann & Froböse, 2016).

Die vorstehenden Überlegungen sowie die eingangs skizzierte Voruntersuchung zum subjektiven Bedarf von pflegenden Angehörigen (Hetzel, Baumann & Diekmann, 2015) waren die Basis für die Entwicklung des mehrdimensionalen Gesundheitsprogramms mit den in Abbildung 5 dargestellten Bausteinen.

Abbildung 5: Bausteine des Gesundheitsprogramms.



Der Teilnahme an einer mehrtägigen Gruppenintervention außerhalb der häuslichen Umgebung einschließlich der dafür notwendigen Organisation der Ersatzpflege stehen häufig substanzielle Barrieren auf Seiten der pflegenden Angehörigen gegenüber. Insofern ist der Zugang zur Maßnahme als weiterer Interventionsbaustein zu werten, insbesondere wenn Selektionseffekte minimiert werden sollen.

Alle Leistungen des Gesundheitsprogramms, d.h. das Kompaktseminar und die beiden Nachsorgeangebote, sind über die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) finanziert. Für das Kompaktseminar wurde zusätzlich eine Eigenbeteiligung für Übernachtung und Verpflegung in Höhe von 149,- EUR erhoben. Die Bausteine des Gesundheitsprogramms sind in Tabelle 1 im Überblick dargestellt und bezüglich der Qualitätskriterien strukturiert. Die nachfolgenden Ausführungen integrieren die Erfahrungen aus der Umsetzung sowie aus einem Workshop mit den durchführenden Referenten.

Tabelle 1: Bausteine des Gesundheitsprogramms nach Strategieschwerpunkten.

| Module                              | Strategien orientiert an |                               |                      |                             |                          |                           |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|
|                                     | Problemen                |                               |                      | Emotionen                   |                          |                           |
|                                     | P1<br>Wissen             | P2<br>Problem-<br>lösefähigk. | P3<br>Hilfe-<br>netz | E1<br>Beziehun-<br>gswandel | E2<br>Einstell-<br>ungen | E3<br>Selbst-<br>fürsorge |
| W: Demenz (180 min)                 | X                        | X                             | X                    | X                           | X                        | (X)                       |
| W: Kinaesthetics (180 min)          | X                        | X                             |                      |                             | (X)                      | (X)                       |
| W: Bobath (180 min)                 | X                        | X                             |                      |                             | (X)                      | (X)                       |
| W: Beruf, Familie, Pflege (180 min) | X                        | X                             | X                    | X                           | X                        | (X)                       |
| W: Basiswissen (180 min)            | X                        | X                             | (X)                  |                             | (X)                      |                           |
| V: Pflegeversicherung (90 min)      | X                        | X                             |                      |                             |                          |                           |
| V: Patientenverfügung (90 min)      | X                        | X                             |                      |                             |                          |                           |
| V: Regionale Angebote (90 min)      | X                        | X                             | X                    |                             |                          |                           |
| R: Stressverstärker (90 min)        | X                        | (X)                           |                      |                             | X                        | X                         |
| R: Genuss (90 min)                  |                          | (X)                           |                      |                             | (X)                      | X                         |
| R: Soziale Netzwerke (90 min)       |                          | (X)                           | (X)                  | (X)                         | (X)                      | X                         |
| I: Einzelgespräch mit PsychologIn   | X                        | X                             | X                    | X                           | X                        | X                         |
| A: Bewegungspausen                  |                          |                               |                      |                             |                          | X                         |
| A: Entspannungstechniken            |                          |                               |                      |                             |                          | X                         |
| A: Erholung                         |                          |                               |                      |                             |                          | X                         |
| N-I: Familiengesundheitspflege      | (X)                      | X                             | X                    | X                           | X                        | X                         |
| N-I: Häusliche Schulung             | (X)                      | X                             | (X)                  | (X)                         | (X)                      | (X)                       |

Anmerkungen: A = Aktivität, I = Individualintervention (Rest Gruppenintervention), N = Nachsorge in der häuslichen Lebenswelt, R = Regionalgruppe von Psychologen, V = Vortrag, W = Workshop von Pflegeexperten; P1, ..., E3 siehe Text; die Bausteine sind gemäß den Schwerpunkten zugeordnet und priorisiert.

## 2.2.1 Viertägige Gruppenintervention außerhalb der häuslichen Umgebung

Auftakt des Gesundheitsprogramms ist ein viertägiges Kompaktseminar, das ohne die pflegebedürftigen Personen außerhalb der häuslichen Umgebung stattfindet. Das Konzept ist auf bis zu 50 Teilnehmende ausgerichtet, um einige Module parallel und bedarfsgerecht anbieten zu können.

Das Kompaktseminar hat den Empfehlungen aus den oben vorgestellten Reviews folgend zwei thematische Schwerpunkte: (1) direkt auf die Pflege und den adäquaten Umgang mit dem Pflegebedürftigen bezogen (problemorientierte Strategien), (2) die eigene Lebensqualität betreffend (emotionsorientierte Strategien).

Zum ersten Schwerpunkt zählen 180-minütige Workshops für bis zu 15 Personen zu folgenden Themen:

- *„Basiswissen Pflege“*  
Pflegefachkräfte vermitteln Wissenswertes rund um die Betreuung und Versorgung zu Hause. Aufbauend auf bereits vorhandenem Wissen und bestehenden Fertigkeiten bekommen Pflegepersonen nützliche Tipps zur Körperpflege und Gesunderhaltung ihrer Angehörigen.
- *„Bobath“*  
Fachkräfte vermitteln die Grundlagen dieses Therapiekonzeptes insbesondere für Schlaganfälle oder andere Erkrankungen mit Hirnschädigung. Pflegenden lernen, wie sie ihre Angehörigen gezielt unterstützen und damit auch sich selber entlasten können
- *„Kinaesthetics“*  
Kinaesthetics-Fachkräfte vermitteln Techniken, um Personen mit möglichst geringem Kraftaufwand aus dem Bett zu helfen oder das Aufstehen vom Boden zu erleichtern. So wird gleichzeitig die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen möglichst lange erhalten und die körperliche Belastung der Pflegepersonen reduziert.
- *„Demenz verstehen“*  
Fachkräfte mit gerontopsychiatrischer Spezialisierung greifen die speziellen Fragen und Sorgen von Angehörigen Demenzkranker auf und geben alltagsnahe praktische Tipps, die den Umgang mit den durch die Demenz verursachten Veränderungen erleichtern. Durch die Vermittlung wissenswerter Hintergründe wird Verständnis für die Erlebniswelt und das Verhalten der Erkrankten eröffnet.
- *„Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“*  
Wie es Berufstätigen durch geschickte Organisation gelingen kann, hilfs- und pflegebedürftige Angehörige innerhalb der Familie zu betreuen und zu versorgen, wird gemeinsam mit Fachkräften betrachtet. Darüber hinaus werden die Möglichkeiten erörtert, in Kooperation mit dem Arbeitgeber die berufliche Situation den persönlichen Erfordernissen so anzupassen, dass die Übernahme einer Pflögetätigkeit ermöglicht und der Alltag leichter bewältigt werden kann.

Von den fünf Workshops, die auf jeweils bis zu 15 Teilnehmende dimensioniert sind, werden zwei ausgewählt. Dies ermöglicht, nach subjektiven und objektiven Bedarfen zu differenzieren.

Darüber hinaus werden 90-minütige Veranstaltungen im Plenum mit Impulsvorträgen zu „Pflegeversicherungsrecht“, „Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsrecht“ und „Regionale Unterstützungsangebote (Selbsthilfe, bürgerschaftliches Engagement, Online-Angebote)“ angeboten. Die Teilnahme an den Impulsvorträgen ist optional und reagiert damit auf das Informationsbedürfnis der Teilnehmenden einerseits und das Erholungsbedürfnis andererseits.

Inhaltlich thematisieren Pflegefachkräfte jeweils die oben genannten Unterkategorien (P1-3). Insbesondere in den Workshops „Demenz verstehen“ und „Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ werden zudem auch emotionsorientierte Strategien eingesetzt. Bezüglich der genannten Theorie zielen die Workshops insbesondere auf primäre Stressoren und individuelle Bewältigungsstrategien, der Workshop zur Vereinbarkeit zusätzlich auf sekundäre Stressoren. In den Vorträgen wird über Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote informiert und zur Nutzung motiviert, so dass bei optimierter Inanspruchnahme Stressoren minimiert werden.

Den zweiten Schwerpunkt „eigene Lebensqualität“ bilden im Kern drei 90-minütige Gruppenmodule sowie ein frei wählbares Angebot eines psychologischen Einzelgesprächs. Diese Module werden von Diplom-Psychologen moderiert und sind auf bis zu 10 Teilnehmende bzw. 5 parallele Gruppen begrenzt. Zuteilungskriterium ist die Regionalität. Konzeptioneller Hintergrund sind die in obiger Theorie skizzierten Mediatoren und sekundären Stressoren sowie kognitiv-behaviorale Elemente in Bezug auf Depression (Hautzinger, 2003). Im ersten Modul lernen die Teilnehmenden vor dem Hintergrund kognitiver Stressmodelle (Lazarus & Folkman, 1984) Stressoren, Stressverstärker und Stressreaktionen anhand von typischen Pflegesituationen zu unterscheiden. In Anlehnung an Ellis (2008) steht die Bedeutung von Stressverstärkern im Vordergrund. Im zweiten Modul erfolgen Anregungen und Übungen zum Aufbau angenehmer Aktivitäten, z.B. mittels Genussübung (Kaluzza, 2004), Liste angenehmer Aktivitäten (Hautzinger, 2003). Im dritten Modul werden individuelle Möglichkeiten zur Optimierung des sozialen Netzwerks behandelt (Kaluzza, 2004; Hautzinger, 2003) – weniger im Sinne eines Hilfenetzes für Pflegeaufgaben als vielmehr als psychosoziale Unterstützung. Quer zu diesen Modulen planen die Teilnehmenden zum einen ein persönliches Selbstpflegeprojekt für den nachhaltigen Aufbau angenehmer Aktivitäten und zum Umgang mit Barrieren Kaluzza, 2004. Zum anderen werden verschiedene Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen (z.B. progressive Muskelrelaxation) durchgeführt. In einem zusätzlichen und optionalen Termin werden Einzelgespräche mit den Diplom-Psychologen angeboten und es wird eine intensive Entspannungseinheit in der Gruppe durchgeführt. Bewegungspausen in und zwischen den Einheiten sowie die attraktiven Rahmenbedingungen (z.B. Schwimmbad, Kurpark, Hotelcharakter) fördern die aktive Erholung. Der zweite Schwerpunkt zielt damit vor allem auf sekundäre Stressoren, die Mediatoren und direkt auf das Wohlbefinden.

Insgesamt werden neben informationsorientierten Techniken insbesondere folgende weitere Techniken der Verhaltensänderung eingesetzt (Michie, Ashford, Sniehotta, Dombrowski et al., 2011): Handlungsplan, Bewältigungsplan, Umgang mit Barrieren, Planung sozialer Unterstützung, Modelllernen, Stressmanagement und Kontrolle emotionaler Regulation. Das Kompaktseminar ist manualisiert (eigenständige Projektveröffentlichung).

Die Prozessevaluation führte dazu, dass es im Projektverlauf kleinere Anpassungen gab. Diese werden in Kap. 6 beschrieben.

Einige Impressionen sind nachfolgend dargestellt. Zudem wurde ein Film erstellt, der die Sichtweise einzelner Teilnehmender veranschaulicht (Online auf den Seiten der BARMER GEK und der Projekthomepage).

*Abbildung 6: Impressionen aus dem Seminar.*



Zusammenfassend greifen die einzelnen Bausteine des Gesundheitsprogramms sowohl die aus Überblicksarbeiten abgeleiteten Qualitätskriterien als auch die stresstheoretischen Komponenten auf. Dies lässt vor allem Effekte auf die subjektive Gesundheit und Depressivität der pflegenden Angehörigen erwarten, die mit nachfolgenden Ansätzen verstetigt werden sollen.

## 2.2.2 Individuelle Familiengesundheitspflege für Hochbelastete

Im Sinne der Nachhaltigkeit ist es bedeutsam, den Transfer des im Rahmen der Gruppenintervention Gelernten in den Alltag zu fördern und das soziale Umfeld einzubinden (Selwood, Johnston, Katona, Lyketsos et al., 2007; Kurz & Wilz, 2011). Dies soll im vorliegenden Programm durch nachgelagerte Aktivitäten erreicht werden, zum einen mit der individuellen Familiengesundheitspflege sowie mit der individuellen häuslichen Schulung (nachfolgendes Kapitel).

Hoch belastete Seminarteilnehmende erhalten für die Zeit nach dem Seminar das Angebot einer Familiengesundheitspflege (Wagner & Schnepf, 2011). Sie ist ein salutogenetisch und systemisch orientiertes Beratungsangebot für Einzelpersonen und Familien insbesondere in komplexen Pflegesituationen und umfasst bis zu neun Besuche in der häuslichen Umgebung im Umfang von jeweils bis zu zwei Stunden. In dieser Zeit sollen die pflegenden Angehörigen auch dabei unterstützt werden, das von ihnen im Seminar entwickelte Selbstpflegeprojekt umzusetzen bzw. bei Bedarf neue attraktive Ziele zu finden. Wenn möglich sollen die im Seminar erlernten Entspannungsübungen angeleitet werden. Die Familiengesundheitspflege ist von hoher Strukturqualität gekennzeichnet.

Die Selektion der hochbelasteten pflegenden Angehörigen erfolgt anhand der gesundheitlichen Situation und der Komplexität der Pflegesituation auf Basis der Angaben im Fragebogen zu Interventionsbeginn. Das Selektionskriterium wurde wie folgt definiert:

(1) *Gesundheitsproblematik*

(eine klinisch relevante Depressivität oder extreme persönliche Einschränkungen oder extreme subjektive Belastungen durch Verhaltensstörungen oder extreme subjektive Belastungen durch Verhaltensstörungen)  
und

(2) *komplexe Pflegesituation*

(„deutliche Einschränkung, dass jemand einspringt, wenn ich verhindert bin“ oder weitere pflege-/ hilfsbedürftige Person oder finanzieller Engpass oder eigene schwere Krankheit oder schwere Krankheit / Tod in der Familie oder drohende / tatsächliche Scheidung).

Die Merkmale zum Punkt (1) werden mit bewährten Instrumenten erhoben (siehe Kap. 2.3.2). Bei der Depressivität wird der Schwellenwert verwendet, ab dem von einer klinisch relevanten Depressivität auszugehen ist und eine psychologische Abklärung empfohlen wird (Hautzinger, Bailer, Hofmeister & Keller, 2012). Die anderen drei Merkmale gelten als Frühindikatoren für Depressivität, die Schwellenwerte sind einer Studie entnommen (Zank, Schacke, 2007).

Aus Sicht der Teilnehmenden ist der Zugang niederschwellig und aufwandsarm. Wurde im Seminar Teilnahmebereitschaft signalisiert, nahm die Fachkraft für Familiengesundheitspflege Kontakt auf. Je nach Bedarf konnten dann bis zu neun Beratungstermine vereinbart und umgesetzt werden. Den Teilnehmenden entstanden keine finanziellen Kosten.

### 2.2.3 Individuelle häusliche Schulung

Im Nachgang zum Seminar erhalten die Teilnehmenden das Angebot einer individuellen häuslichen Schulung durch eine Pflegefachkraft und wählen dazu eines aus den oben benannten fünf Workshopthemen aus (Dauer: dreimal zwei Stunden): „Basiswissen Pflege“, „Bobath“, „Kinaesthetics“, „Demenz verstehen“ und „Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“. Es geht dabei entweder um Übertragung von erlernten Strategien aus dem Seminar auf die häusliche Situation oder um das Erlernen neuer Strategien. Den Teilnehmenden entstanden keine finanziellen Kosten.

Konzeptionell unterscheidet sich die Häusliche Schulung von der Familiengesundheitspflege deutlich. Die Häusliche Schulung ist kürzer und sie ist eher pflegefachlich ausgerichtet. Ein systemisch orientiertes Coaching wie bei der Familiengesundheitspflege ist aber kein Standard. Die Häusliche Schulung ist einem Pflegekurs konzeptionell ähnlich.

Um die Frage des Zugangs zur Häuslichen Schulung zu evaluieren, wurden zwei Seminartypen umgesetzt.

- Im ersten Typ „extensive Werbung“ erhielten die Teilnehmenden Standardinformationen. Die öffentlich zugängliche Datenbank mit regionalisierten Anbietern für Häusliche Schulung und Pflegekurse auf der website der BARMER GEK wurde vorgestellt, so dass die Teilnehmenden im Nachgang ein Angebot wählen konnten. Dies setzt jedoch voraus, dass die Teilnehmenden aktiv einen Pflegekurs aufsuchen bzw. den Kontakt zu einem Anbieter für Häusliche Schulung aufnehmen müssen.
- Im zweiten Typ „intensive Werbung“ erhielten die Teilnehmenden personalisierte Kontaktlisten mit möglichen Anbietern. Der Suchaufwand ist für die Teilnehmenden also deutlich geringer. Dennoch ist Eigeninitiative erforderlich, weil die Teilnehmenden selbst den Kontakt herstellen müssen.

### 2.2.4 Gewinnung der Teilnehmenden

Pflegende Angehörige nutzen nur selten Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention. Dies liegt zum einen an den eingangs beschriebenen Defiziten im Versorgungssystem. Zum anderen an Hemmnissen und Zugangsbarrieren auf Seiten der pflegenden Angehörigen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dazu zählen insbesondere Überforderung, Abwesenheit nicht erwünscht, gesundheitliche Beschwerden, Entfernung und bereits aktiv (Dräger, Blüher, Kummer & Budnick, 2013).

Im Einzelnen sind folgende Aspekte zu nennen (Zegelin, Segmüller, Daldrup, Schieron et al., 2013, S. 21):

- **Aspekt Angebote:** Informationsmangel – Angebote sind zu unbekannt; Es fehlen die Ansprechpartner, ein Kontakt bleibt aus („nicht zuständig“); Angebote sind nicht passgenau; Angebote sind zu teuer; Angebote finden zu ungünstigen Zeiten statt, passen nicht in den Tagesablauf; Der Aufwand, ein Angebot anzunehmen, scheint zu groß; Angebote sind schwer zu erreichen, nicht in der Nähe
- **Aspekt Organisation:** Zeitproblem: Pflegende Angehörige fühlen sich unabhkömmlich, Pflegende Angehörige finden keinen Ersatz (Ersatzpflegeperson); abschreckende Bürokratie; fehlender Fahrdienst.

- **Aspekt Einstellungen der pflegenden Angehörigen:** Sie sind ausgebrannt (nicht in der Lage Hilfe anzunehmen, alles ist allein zu machen); wollen ihre Privatsphäre nicht öffnen (Angst vor Fremden im Haus und davor, von diesen bewertet zu werden); meinen, sie müssen „es alleine schaffen“ (familiärer Druck), wollen niemandem zur Last fallen; erleben (familiäre) Hilfe als Belastung (Kaffee kochen, es muss aufgeräumt sein), keine Motivation durch die Familie; wollen, auch aus finanziellen Gründen, die Pflege nicht teilen; können nicht loslassen, wissen es besser („Sie haben ja keine Ahnung“); haben ein schlechtes Gewissen, wenn sie etwas für sich tun; fühlen sich anderen lästig (schlechte Erfahrungen); schämen sich, Hilfe anzunehmen, denn: Hilfebedarf ist gleich Versagen; empfinden eine psychische Belastung/Erkrankung als Defizit (anders als z. B. einen Beinbruch); akzeptieren das Veto (mangelnde Einsicht) des Pflegebedürftigen gegen die Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege, erkennen aber den eigenen Bedarf; sind unter Druck (z. B. Mutter – Tochter: „Ich habe dich gepflegt, jetzt musst du mich pflegen“); verlassen ungern das Haus, lassen den Pflegebedürftigen nicht gern allein; ergeben sich ihrem Schicksal; sind autoritätsgläubig, der Arzt sagt: „Sie schaffen das schon“; machen keinen zweiten Versuch (z. B. bei Kontaktaufnahme zum Angebot); haben mangelnde Kontaktfähigkeit durch ihre Sorgen und Isolation; haben Angst vor Ablehnung.

Um diesen Barrieren entgegenzutreten und eine möglichst breite Zielgruppe zu erreichen, wurden vielfältige Aktivitäten durchgeführt (im Detail siehe Anhang Kap. 13.4). Dazu zählten insbesondere Informationsmaterialien, Presseveranstaltungen, Anzeigen in der Presse, Internetauftritt, Vorträge und Mailings bezüglich Multiplikatoren, persönliche Ansprache durch die Beschäftigten der regionalen Geschäftsstellen der BARMER GEK sowie das Pflegeberatungstelefon der BARMER GEK. Seit Ende 2015 ist zudem ein Film aus der Perspektive der PAUSE-Teilnehmenden Online. Das Konzept wurde in einer Expertengruppe reflektiert, auch unter dem Blickwinkel begrenzter Ressourcen eines Kostenträgers (siehe Kap. 10.2).

### 2.2.5 Diskussion der Intervention

Es wurde das Konzept des mehrdimensionalen Gesundheitsprogramms beschrieben und auf Hintergrund sowie Zugangs- und Durchgangsvoraussetzungen eingegangen. Das Konzept wurde stresstheoretisch und in Qualitätskriterien eingeordnet, so dass Effekte vor allem auf die subjektive Gesundheit und Depressivität der pflegenden Angehörigen zu erwarten sind.

Das stresstheoretische Konzept wurde nur in den Hauptkategorien beschrieben. Für differenzierte Operationalisierungen sei auf die zitierte Literatur verwiesen, die jedoch weitgehend auf die Pflege von älteren insbesondere demenziell erkrankten Menschen beschränkt ist. Als Ordnungsrahmen sollte es auch für andere Indikationen generalisierbar sein Pearlín, Mullan, Semple & Skaff, 1990. Ähnliches gilt für die Bewertung der dargestellten Qualitätskriterien. Bei der Pflege von nicht-demenziell erkrankten Älteren, von Kindern und von Erwachsenen kommen weitere oder alternative Operationalisierungen hinzu (z.B. Sexualität, Umgang mit Geschwisterkindern), ohne aber den Ordnungsrahmen zu verlassen.

Die Überblicksarbeiten zu den Interventionen beruhen auf teils wesentlich intensiveren Interventionen und auf Interventionen mit therapeutischem Schwerpunkt. Dies kann das

dargestellte Programm nur im Ansatz leisten. Zwar hat das Seminarkonzept auch einen emotionsorientierten Schwerpunkt. Dieser ist aber auf Anleitung zur Selbstfürsorge fokussiert. Bearbeitung von Beziehungswandel und Verlusten sowie Einstellungsveränderungen würden intensive kognitiv-behaviorale Methoden und spezifische Einzelstrategien voraussetzen, auf die das Konzept nur bedingt ausgerichtet ist. Weder die nachgelagerte Familiengesundheitspflege noch die häusliche Schulung sind darauf ausgerichtet, wenn gleich sie eine Psychotherapie vor Ort initiieren können. Ferner ist die selektive Zuweisung zur Familiengesundheitspflege eher dem Angebotsengpass geschuldet, eine Ausweitung auf weniger belastete Personen könnte sinnvoll sein. In der Finanzierung von individuellen Angeboten wie der hier dargestellten Familiengesundheitspflege gibt es zudem Unterschiede in der sozialen Pflegeversicherung.

Ferner wird zwar im Rahmen des Gesundheitsprogramms das Potenzial von freiwillig Helfenden und von Angehörigengruppen verdeutlicht. Diese Strukturen stehen jedoch nicht flächendeckend zur Verfügung und werden durch das Gesundheitsprogramm auch nicht geschaffen, so dass regional bedingte Heterogenitäten zu erwarten sind.

Die Dauer der Gruppenintervention von vier Tagen war die Schlussfolgerung aus der Voruntersuchung und hat sich in der Praxis bewährt. Konzeptionell ähnliche Angebote dauern sieben Hetzel, Opfermann-Kersten & Holzer, 2016 bzw. 14 Tage Dlugosch & Mücke, 2006, was zu höherer Selektivität der Teilnehmenden führen dürfte.

Zu diskutieren ist, inwieweit bei der Gruppenintervention spezifische Bedarfslagen und Erwartungen der pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden. Wesentliche Strukturkriterien sind nach Hertle, Lüken, Trümner & Veit, 2015 das Alter der pflegebedürftigen Person, das Alter des pflegenden Angehörigen, die die Pflege begründende Erkrankung sowie der zeitliche Verlauf, innerhalb dessen die Pflegebedürftigkeit eintritt. Die gewählte Gruppengröße (bis zu 50 Personen) ermöglicht die oben beschriebene Binnendifferenzierung der pflegebezogenen Module (Auswahl von zwei aus fünf Workshops) und Freistellung der Teilnahme an den Vorträgen. Bei weniger Teilnehmenden besteht das Risiko, dass Gruppengrößen zu klein und einzelne Module nicht effizient angeboten werden können. Zudem ist in größeren Gruppen die Chance höher, auf Gleichgesinnte zu treffen, die sich im Nachgang zur Intervention gegenseitig stützen. Bei den auf die eigene Lebensqualität bezogenen Modulen erfolgt die Differenzierung nach regionalen Kriterien. Zum einen soll so der regionale Austausch befördert werden. Zum anderen wird ein äußeres Zeichen gesetzt, dass dem eingangs beschriebenen Modell folgend nicht primäre Stressoren sondern die übrigen und davon relativ unabhängigen Modellkomponenten fokussiert werden. Letzteres ist auch der Grund, dass diese „Regionalgruppen“ von Diplom-Psychologen und nicht von Pflegefachkräften geleitet werden. Ein Argument gegen die Regionalisierung ist, dass die regionale Nähe für die Teilnehmenden zu intim sein könnte und dann ein emotionales Öffnen verhindert würde. In einem solchen Falle (der aber nicht vorkam) wäre ein Gruppenwechsel die pragmatische Lösung.

Die beiden Angebote der Nachsorge weisen organisatorische Grenzen auf, die beim Transfer auf andere Kostenträger zu diskutieren sind (siehe Kap. 10.3). Inhaltlich ist die Häusliche Schulung begrenzt. Denn ein Bezug zum Kompaktseminar insbesondere auf die emotionsorientierten Aspekte (z.B. das Selbstpflegeprojekt) wäre wünschenswert gewesen. Aus organisatorischen Gründen – die große Anzahl der an die BARMER GEK vertraglich gebundenen Leistungserbringer – wäre dies nur mit erheblichem Aufwand möglich gewesen.

Insofern musste hier auf die Eigenverantwortung der pflegenden Angehörigen gesetzt werden.

Den genannten Limitationen stehen folgende Stärken gegenüber. Inhaltlich werden problem- und emotionsorientierte Strategien kombiniert. Es werden Gruppen- und Einzelinterventionen eingesetzt, so dass die jeweilig spezifischen Vorteile genutzt werden können. Die Gruppenintervention ist eine „Pause vom Pflegealltag“, so dass in stressfreier Atmosphäre Wissen vermittelt, Einstellungen verändert und Verhaltensweisen angebahnt werden. Zudem werden Anerkennung und Wertschätzung nicht nur durch die Fachkräfte sondern auch innerhalb der Gruppe entgegengebracht. In Einzelinterventionen in der häuslichen Umgebung wird dann der Transfer des Gelernten in den Alltag unterstützt, teils mit systemischem Charakter. Durchgehend ist eine hohe Strukturqualität gewährleistet, so dass bei Bedarf flexibel auf die Anforderungen der Teilnehmenden reagiert werden kann. Gleichzeitig ist das Konzept im bestehenden gesetzlichen Rahmen finanzierbar und damit transferfähig, so dass eine Lücke in der Versorgung pflegender Angehöriger geschlossen werden kann.

## **2.3 Evaluation**

### **2.3.1 Design**

Das Ziel der Ergebnisevaluation ist die Analyse von Maßnahmeeffekten. Es geht darum, den kausalen Effekt der Intervention auf die genannten Zielgrößen zu bestimmen. Die sogenannte kontrafaktische Frage der Evaluation ist: Was wäre mit den PAUSE-Teilnehmenden passiert, wenn sie nicht an PAUSE teilgenommen hätten?

Primäre Zielgrößen sind subjektive Gesundheit und klinisch relevante Depressivität. Sekundäre Zielgrößen sind die übrigen Merkmale des Wirkungsmodells aus Kap. 2.1, also Stressoren, Schutzfaktoren und Verhalten.

In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse der PAUSE-Teilnehmenden einer Vergleichsgruppe gegenübergestellt, die nicht an PAUSE teilgenommen hat und denen keine spezifischen Interventionen angeboten werden („treated as usual“). Die Vergleichsgruppe sind Personen, die zufällig aus dem Versichertenbestand der BARMER GEK ausgewählt wurden. Sofern Strukturunterschiede zwischen den beiden Gruppen bestehen (z.B. aufgrund von Alter, Geschlecht, Bildung, Pflegesituation, Ausgangsniveau der Zielgröße), werden diese statistisch kontrolliert. Dies ist nötig, damit die Wirkungen auf die Maßnahme zurückzuführen sind und möglichst wenig von derartigen Störvariablen überlagert sind. Dies erfolgt entweder durch statistische Adjustierung oder durch Homogenisierung der Vergleichsgruppe (Propensity Score Matching, siehe im Anhang Kap. 13.7). Die Vergleichsgruppe ermöglicht die Bestimmung von Nettoeffekten der Intervention, d.h. eine quantitative Antwort auf die eingangs formulierte Frage (zur Berechnung siehe im Anhang Kap. 13.6).

Die Daten werden mittels Fragebögen bei den pflegenden Angehörigen erhoben und mit einzelnen Interviews qualifiziert. Die Zielgrößen werden vor dem PAUSE-Seminar und zu mehreren Messzeitpunkten bis neun Monate danach erhoben. Aus ökonomischen Gründen werden bei der Vergleichsgruppe nur die Basiserhebung und die Schlusserhebung als Vollerhebung durchgeführt. Die Zwischenerhebungen nach drei und sechs Monaten erfolgen

jeweils für die Hälfte der Vergleichsgruppe. In der Interventionsgruppe werden zusätzliche Messzeitpunkte realisiert: zum einen bei Ende des Seminars zur Erfassung von Akzeptanz und Absichtsbildung, zum anderen nach 1,5 Monaten zur Erfassung kurzfristiger Effekte<sup>2</sup>.

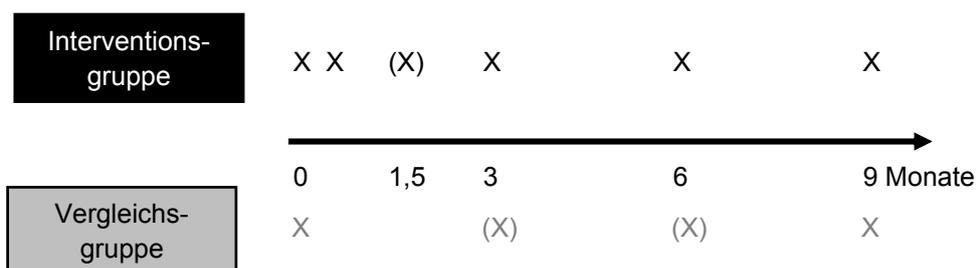
Die Frage des Zugangs zur Häuslichen Schulung wird mittels Clusterrandomisierung beantwortet. Die Intensität der Werbung für die Häusliche Schulung wird für zwei Cluster variiert: ein Seminartyp mit extensiver Werbung und ein Seminartyp mit intensiver Werbung (siehe Kap. 2.2.3). Sollten bei intensiver Werbung deutlich mehr pflegende Angehörige die Häusliche Schulung nutzen, könnte auf die Effektivität der Häuslichen Schulung geschlossen werden.

„Hochbelastete“ pflegende Angehörige erhalten während des Seminars das Angebot, als Nachsorge die Familiengesundheitspflege zu nutzen. Die Auswahl erfolgt über Angaben im Fragebogen der Basiserhebung (siehe Kap. 2.2.2) und nicht über Beobachtung, um Selektionseffekte zu minimieren.

Die Teilnahme an den Interventionen und der Studie ist freiwillig. Die Auswertungen werden so gestaltet, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Es werden keine Rohdaten an Dritte, also auch nicht an die Kranken-/Pflegekasse oder das MGEPA NRW, weitergegeben. Das Vorgehen wurde im Vorfeld von einer Ethikkommission geprüft und positiv beschieden.

Zusammenfassend ist die Studie ein quasi-experimenteller Versuchsplan mit Kontrollgruppe bei einem Vorher- und mehreren Nachher-Tests (siehe Abbildung 7). Für die Fragestellung des Zugangs zur Häuslichen Schulung wird die Interventionsgruppe nach Seminaren clusterrandomisiert. Die Teilgruppe der „hochbelasteten“ pflegenden Angehörigen wird anhand der Angaben aus den Fragebogen der Basiserhebung identifiziert und erhält das Angebot der Familiengesundheitspflege.

Abbildung 7: Quasi-experimenteller Versuchsplan mit Messzeitpunkten X (Teilerhebung in Klammern).



Zur Ergänzung der quantitativen Evaluation wurden teilstandardisierte Interviews mit pflegenden Angehörigen geführt, bei denen es im Schwerpunkt um den persönlichen Nutzen aus dem Seminar und um Veränderungsprozesse im Nachgang zum Seminar ging.

Das Design ist ein Kompromiss vor dem Hintergrund ethischer Überlegungen und praktischer Machbarkeit.

<sup>2</sup> Nur exemplarisch für die Seminare 7-9 (von 9).

Die höchste Güte würden Studien liefern, bei denen die Personen zufällig der Interventions- und Vergleichsgruppe zugeordnet werden (randomisiert kontrollierte Studien). Denn dann sind in der Regel beiden Gruppen homogen, auch bezüglich nicht beobachteter Merkmale. In der vorliegenden Studie sollten aber alle interessierten pflegenden Angehörigen an PAUSE teilnehmen können, so dass dieses Design nicht umgesetzt wurde.

Eine Alternative wären Zeitreihenpläne, bei denen zusätzlich mehrere Vorher-Tests durchgeführt werden, mit oder ohne Kontrollgruppe. Diese Designs mildern ebenfalls das Problem der unbeobachteten Heterogenität. Wegen teils langer Vorlaufzeiten zur Teilnahme an einer Intervention sind derartige Designs bei pflegenden Angehörigen schwierig umzusetzen, weil sich pflegende Angehörige häufig erst kurzfristig zur Teilnahme bzw. Absage entscheiden.

Daher wurde obiges quasiexperimentelles Design gewählt. Die Grenzen liegen in der Vergleichbarkeit der Kontrollgruppe. Denn statistisch können hier nur Unterschiede auf Basis beobachteter Merkmale kontrolliert werden. Das Problem unbeobachteter Heterogenität, also Unterschiede in nicht beobachteten Merkmalen, bleibt bestehen. Diese Grenze lässt sich mit geeigneten statistischen Modellen mildern, z.B. indem Zufallseffekte spezifiziert werden.

### **2.3.2 Messinstrument**

Die Dimensionen des Wirkungsmodells aus Kap. 2.1 werden erhoben mit dem BIZA-D-PV (Schacke & Zank, 2009):

1. Objektive praktische Pflegeaufgaben besteht aus Items zu basalen und erweiterten Pflgetätigkeiten (z.B. Hilfe beim Zubereiten von Mahlzeiten) sowie die Beaufsichtigung des Angehörigen, was insbesondere bei der Betreuung bei geistig beeinträchtigter Menschen von Bedeutung ist. Es wird danach gefragt, inwieweit die pflegebedürftigen Personen in diesen Bereichen Unterstützung benötigen und in welchem Ausmaß die pflegende Person für die entsprechende Unterstützung verantwortlich ist.
2. Subjektive Belastung durch kognitive Einbußen kennzeichnet die Wahrnehmung verschiedener Symptome kognitiven Abbaus des Pflegebedürftigen (z.B. Merkfähigkeitsstörungen) als psychisch belastend.
3. Subjektive Belastung durch Verhaltensstörungen kennzeichnet die Belastung durch aggressive und desorientierte Verhaltensweisen des Pflegebedürftigen (z.B. „Die/der Angehörige beschimpft mich“ oder „Die/der Angehörige zeigt Verhaltensweisen, die ihn selbst gefährden“).
4. Mangelnde soziale Anerkennung beinhaltet die Wahrnehmung der pflegenden Angehörigen, dass andere Leute zu wenig Verständnis für ihre Situation aufbringen (z.B. „Ich habe das Gefühl, dass andere das Krankheitsbild zu wenig verstehen.“).
5. Mangelnde institutionelle Unterstützung beinhaltet Schwierigkeiten und Hindernisse im Umgang mit Diensten und Behörden (z.B. „Ich habe das Gefühl, dass es mir schwer gemacht wird, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten in der Pflege zu bekommen.“).
6. Akzeptanz der Pflegesituation stellt keine Belastungsdimension im engeren Sinne dar, sondern beinhaltet Äußerungen dazu, inwieweit der Pflegende die Tatsachen der Erkrankung und Pflege akzeptieren kann (z.B. „Wenn Sie an die Pflegesituation denken, können Sie die Situation so wie sie jetzt ist, als Realität akzeptieren“).

7. Persönliche Einschränkungen ist durch die Wahrnehmung mangelnder Energie und Erschöpfung aufgrund der Pflege gekennzeichnet. Dabei werden sowohl körperliche als auch psychische Aspekte sowie Einschränkungen bei der Realisierung persönlicher und sozialer Bedürfnisse angesprochen (z.B. „Ich habe das Gefühl, dass ich zu wenig Zeit für Interessen und Hobbies habe.“).

Die Dimensionen 1 bis 3 sind den „primären Stressoren“ und die Dimensionen 4-6 den „Schutzfaktoren“ zuzuordnen. Um die sekundäre Stressoren nicht nur global über die Dimension 7 abzubilden, werden folgende beiden spezifischen Dimensionen der Langfassung BIZA-D ergänzt:

8. Berufliche Rollenkonflikte (z.B. „Mich belastet, dass ich mich im Beruf schlechter konzentrieren kann“). Diese Fragen werden nur von berufstätigen Personen beantwortet.
9. Familiäre Rollenkonflikte (z.B. „Ich habe das Gefühl, dass ich zu wenig Zeit für meine Partnerschaft habe“). Diese Fragen werden nur beantwortet, wenn die pflegende Person nicht ihren Partner bzw. ihre Partnerin pflegt.

Primäre Zielgrößen sind

10. die subjektive Gesundheit (eine Frage mit 11-stufiger Antwort) und
11. die Depressivität (allgemeine Depressionsskala ADS-K, Hautzinger, Bailer, Hofmeister & Keller, 2012); von Bedeutung ist insbesondere der Schwellenwert, ab dem von einer klinisch relevanten Depressivität auszugehen ist und weitere psychologische Abklärung empfohlen wird.

Antwortvorgaben, Auswertung und Codierung der Items entsprechen den Vorgaben des BIZA-D-PV bzw. BIZA-D und der ADS-K. Die psychometrische Qualität wurde eingehend geprüft (siehe im Anhang Kap. 13.3).

Darüber hinaus werden als potenzielle Störgrößen Strukturmerkmale der pflegenden und der pflegebedürftigen Person erfragt sowie eine Liste von objektiven Stressoren.

Mit der Liste von objektiven Stressoren soll die Komplexität und Dynamik einer Pflegesituation überblicksmäßig erfasst werden. Dazu wurde bei jedem Messzeitpunkt in Bezug auf die letzten drei Monate danach gefragt, ob folgende Rahmenbedingungen sich verschlechtert haben bzw. dazu gekommen sind (dichotome Antwortvorgabe): Möglichkeit, dass jemand einspringt, wenn ich verhindert bin; eine weitere pflege-/ hilfsbedürftige Person; finanzieller Engpass; eigene schwere Krankheit; schwere Krankheit / Tod in der Familie; (drohende) Scheidung. Für jeden Messzeitpunkt wird der Mittelwert über diese Antworten gebildet. Längsschnittlich werden für den Zeitraum aktiver Pflege diese Mittelwerte aufsummiert, um zwischen stabilen (geringer Wert) und steigenden objektiven Belastungen (hoher Wert) unterscheiden zu können. Das Vorgehen ist angelehnt an eigene Vorarbeiten (Hetzel, Opfermann-Kersten & Holzer, 2016).

Bei Seminarende werden zusätzlich Fragen zur Akzeptanz, zum subjektiven Nutzen des Seminars entlang der Merkmale des Wirkungsmodells, zu Handlungsabsichten sowie zum Bedarf an Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement gestellt. Diese Fragen sind aus Mangel an Standardinstrumenten Eigenkonstruktionen.

### 2.3.3 Vergleichsgruppe

Die Vergleichsgruppe sind pflegende Angehörige, die nicht an PAUSE teilgenommen haben und denen keine spezifischen Interventionen angeboten werden („treated as usual“).

Die Vergleichsgruppe wird generiert über eine anhand von Pflegestufe, Alter und Geschlecht geschichtete Zufallsauswahl pflegebedürftiger Personen der BARMER GEK wohnhaft in NRW (n=2000, siehe Tabelle 2). Die Anteile der Schichtungsmerkmale resultierten aus der Verteilung nach den ersten sieben Seminaren.

Tabelle 2: Zusammensetzung der Vergleichsgruppe (Zufallsauswahl brutto).

|               |        | Altersgruppen gepflegte Person |      |                 |      |                 |      |                 |      |                    |      | Gesamt |      |
|---------------|--------|--------------------------------|------|-----------------|------|-----------------|------|-----------------|------|--------------------|------|--------|------|
|               |        | bis 18 Jahre                   |      | 19 bis 35 Jahre |      | 36 bis 65 Jahre |      | 66 bis 80 Jahre |      | 81 Jahre und älter |      | n      | %    |
|               |        | n                              | %    | n               | %    | n               | %    | n               | %    | n                  | %    |        |      |
| Pflegestufe 0 | Frau   | 0                              | 0%   | 2               | 33%  | 17              | 65%  | 34              | 64%  | 52                 | 83%  | 105    | 71%  |
|               | Mann   | 0                              | 0%   | 4               | 67%  | 9               | 35%  | 19              | 36%  | 11                 | 17%  | 43     | 29%  |
|               | Gesamt | 0                              | 0%   | 6               | 100% | 26              | 100% | 53              | 100% | 63                 | 100% | 148    | 100% |
| 1             | Frau   | 5                              | 45%  | 4               | 21%  | 40              | 58%  | 126             | 56%  | 275                | 68%  | 450    | 62%  |
|               | Mann   | 6                              | 55%  | 15              | 79%  | 29              | 42%  | 98              | 44%  | 131                | 32%  | 279    | 38%  |
|               | Gesamt | 11                             | 100% | 19              | 100% | 69              | 100% | 224             | 100% | 406                | 100% | 729    | 100% |
| 2             | Frau   | 10                             | 48%  | 6               | 50%  | 68              | 53%  | 167             | 52%  | 171                | 59%  | 422    | 55%  |
|               | Mann   | 11                             | 52%  | 6               | 50%  | 60              | 47%  | 153             | 48%  | 118                | 41%  | 348    | 45%  |
|               | Gesamt | 21                             | 100% | 12              | 100% | 128             | 100% | 320             | 100% | 289                | 100% | 770    | 100% |
| 3             | Frau   | 29                             | 39%  | 9               | 53%  | 29              | 50%  | 58              | 54%  | 57                 | 59%  | 182    | 52%  |
|               | Mann   | 46                             | 61%  | 8               | 47%  | 29              | 50%  | 49              | 46%  | 39                 | 41%  | 171    | 48%  |
|               | Gesamt | 75                             | 100% | 17              | 100% | 58              | 100% | 107             | 100% | 96                 | 100% | 353    | 100% |
| Gesamt        | Frau   | 44                             | 41%  | 21              | 39%  | 154             | 55%  | 385             | 55%  | 555                | 65%  | 1159   | 58%  |
|               | Mann   | 63                             | 59%  | 33              | 61%  | 127             | 45%  | 319             | 45%  | 299                | 35%  | 841    | 42%  |
|               | Gesamt | 107                            | 100% | 54              | 100% | 281             | 100% | 704             | 100% | 854                | 100% | 2000   | 100% |

Die pflegebedürftigen Personen wurden von der BARMER GEK angeschrieben und über die Studie, die datenschutzrechtliche Belange insbesondere Anonymität und Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die Prüfung durch die Ethikkommission informiert. Das Schreiben sollte an die Hauptpflegeperson weitergeleitet werden. Zur Erhöhung der Rücklaufquote wurde neben einem motivierenden Anschreiben ein Erholungswochenende im Maritim-Hotel Bad Sassendorf, dem Seminarort, verlost. Bei Teilnahmebereitschaft sendete die Hauptpflegeperson eine Postkarte mit den Kontaktdaten portofrei an das iqpr (n=208 mit Angabe der Adresse). Danach wurden die Fragebögen an diese Personen entsprechend dem Erhebungsdesign versendet. Beim ersten Messzeitpunkt antworteten n=182 Personen. Die Entwicklung der Fallzahlen ist Gegenstand des nachfolgenden Kapitels.

Auffallend ist die mit etwa 10% geringe Beteiligung an der Studie. Dies mag zum einen daran liegen, dass die pflegenden Angehörigen mangels Datenlage nicht persönlich angeschrieben werden konnten. Zum anderen ist der Rücklauf für Personen, die nicht unmittelbar von der Studie profitieren, nicht unüblich.

Wegen der geringen Ausschöpfung einerseits und wegen des Hilfskonstrukts, die Auswahl über die pflegebedürftigen Personen vornehmen zu müssen, sind mögliche Selektionseffekte in den Auswertungen zu kontrollieren.

### 2.3.4 Datenbasis

In Tabelle 3 sind die Bruttofallzahlen nach den neun Seminaren bzw. dem Seminartyp aufgeführt: die Teilnehmenden an den Seminaren, die Teilnehmenden an der Evaluation und Anzahl der „hochbelasteten“ Personen – die beiden zuletzt genannten auch für die Vergleichsgruppe.

Tabelle 3: Überblick über die Datenbasis.

|                         | Teilnehmende Seminar | Teilnehmende Evaluation | Bewerbung Häusl. Schulung | FGP-Kandidaten im Seminar |            |
|-------------------------|----------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|
|                         | Anzahl               | Anzahl                  | Cluster                   | Anzahl                    | %          |
| Seminar 1 - Feb14       | 38                   | 38                      | Standard                  | 14                        | 37%        |
| Seminar 2 - Jul14       | 51                   | 48                      | Standard                  | 9                         | 19%        |
| Seminar 3 - Okt14       | 53                   | 50                      | intensiv                  | 20                        | 40%        |
| Seminar 4 - Dez14       | 36                   | 35                      | Standard                  | 12                        | 34%        |
| Seminar 5 - Feb15       | 27                   | 27                      | Standard                  | 11                        | 41%        |
| Seminar 6 - April15     | 16                   | 16                      | intensiv                  | 6                         | 38%        |
| Seminar 7 - Juni15      | 25                   | 24                      | intensiv                  | 9                         | 38%        |
| Seminar 8 - Okt15       | 46                   | 45                      | intensiv                  | 18                        | 40%        |
| Seminar 9 - Jan16       | 23                   | 23                      | Standard                  | 9                         | 39%        |
| <b>Summe</b>            | <b>315</b>           | <b>306</b>              |                           | <b>108</b>                | <b>35%</b> |
| <i>Vergleichsgruppe</i> |                      | 182                     |                           | 39                        | 21%        |

Typisch für Längsschnittstudien sind Datenausfälle. Dies werden in Tabelle 4 qualifiziert. In den späteren Auswertungen werden je nach Fragestellungen unterschiedliche Teilpopulationen aus Tabelle 4 verwendet.

Tabelle 4: Zusammensetzung der Fallzahlen.

| Z  |   | Basis      |            | 1,5Monate |          | 3Monate    |           | 6Monate    |           | 9Monate    |            |
|----|---|------------|------------|-----------|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|
|    |   | IG         | VG         | IG        | VG       | IG         | VG        | IG         | VG        | IG         | VG         |
| 1  | brutto I  | 315        | 208        | 306       | 182      | 306        | 182       | 306        | 182       | 306        | 182        |
| 2  | - kein Anschreiben wegen Design   | x          | x          | 214       | 182      | 0          | 100       | 28         | 82        | 0          | 0          |
| 3  | - kein Anschreiben wegen vorzeitigem Ende der Pflege (kum.)                                     | x          | x          | 0         | x        | 13         | 0         | 43         | 4         | 62         | 9          |
| 4  | - Abbruch der Evaluation  | 9          | 6          | 0         | x        | 0          | 0         | 0          | 0         | 0          | 0          |
| 5  | = brutto II   | 306        | 202        | 92        | x        | 293        | 82        | 235        | 96        | 244        | 173        |
| 6  | - Ende der Pflege   | x          | x          | 13        | x        | 30         | 4         | 19         | 5         | 14         | 14         |
| 7  | davon Tod pflegebed. Person   | x          | x          | 6         | x        | 10         | 3         | 8          | 3         | 6          | 6          |
| 8  | ... Heimeinzug  | x          | x          | 3         | x        | 15         | 0         | 7          | 2         | 7          | 7          |
| 9  | ... sonstiges   | x          | x          | 4         | x        | 4          | 1         | 2          | 0         | 1          | 1          |
| 10 | ... keine Angabe  | x          | x          | 0         | x        | 1          | 0         | 2          | 0         | 0          | 0          |
| 11 | - kein Rücklauf   | x          | 20         | 17        | x        | 41         | 10        | 36         | 10        | 57         | 20         |
| 12 | = netto I   | 306        | 182        | 62        | x        | 222        | 68        | 180        | 81        | 173        | 139        |
| 13 | - Personen, die nur zur Basis aktiv pflegen oder die bei Zielgrößen nur einen gültigen MZ haben | 58         | 25         | x         | x        | x          | x         | x          | x         | x          | x          |
| 14 | <b>netto II (mind. 2 MZ mit aktiver Pflege und gültigen Zielwerten)</b>                         | <b>248</b> | <b>157</b> | <b>62</b> | <b>x</b> | <b>222</b> | <b>68</b> | <b>180</b> | <b>81</b> | <b>173</b> | <b>139</b> |
| 15 | Ausschöpfung (Z14/Z5)   | 81%        | 78%        | 67%       | x        | 76%        | 83%       | 77%        | 84%       | 71%        | 80%        |

Abkürzungen: IG/ VG = Interventions-/ Vergleichsgruppe, x = nicht relevant, MZ = Messzeitpunkt;

Anmerkungen:

- Z2 1,5 Mon IG: es wurden nur die Seminare 7-9 angeschrieben, um exemplarisch kurzfristige Effekte aufzeigen zu können
- Z2 jeweils VG: aus erhebungsökonomischen Gründen wurde bei 3 bzw. 6 Monaten nur ein Teil der VG angeschrieben; Basis und 9 Monate waren jeweils eine Vollerhebung.
- Z2 6Monate IG: für die Teilnehmenden des letzten Seminars entfiel dieser MZ wegen Projektzeitraum (stattdessen finale Erhebung nach 7 Monaten).
- Z3: hier steht die Anzahl aus Zeile 6 des vorherigen Messzeitpunkts
- Z4 IG: folgende Gründe wurden genannt („zu alt“, „selbst krank“), 3 Personen wurden objektiv ausgeschlossen („ehrenamtliche Pflege“, „Heimeinzug unmittelbar vor Seminarbeginn“, „Todesfall während des Seminars“)
- Z9: z.B. „andere Person übernimmt Hauptpflege“, „kein Pflegebedarf mehr“
- Datenqualität nach Zeile 5: nachfassen soweit möglich, logisches Ersetzen (siehe Anhang Kap. 13.5)
- Datenqualität nach Zeile 12: EM-Ersetzung bei den zentralen Zielgrößen subjektive Gesundheit und Depressivität (Vorgehen siehe Anhang Kap. 13.5: es wurden nicht alle Werte ersetzt, so dass je nach Zielgröße die Fallzahlen leicht ( $n \leq 9$ ) variieren können)
- Z13: Personen, die nur zur Basis aktiv pflegen oder die bei den zentralen Zielgrößen (subjektive Gesundheit und Depressivität) nur einen gültigen MZ haben.

Nachfolgend sind einige Daten aus Tabelle 4 herausgehoben.

In der Interventionsgruppe hat bei 25% der Personen (76 von 306 Personen) die Pflege vorzeitig, also vor Ende des 9-monatigen Untersuchungszeitraums, geendet. Bei jeweils knapp der Hälfte davon war die Ursache der Tod der pflegebedürftigen Person ( $n=30$ ) bzw. der Heimeinzug ( $n=32$ ). Die Höhe der Ausfälle entspricht ähnlich konzipierten Studien (z.B.

Hetzel, 2010; Hetzel, 2010). In der Vergleichsgruppe hat die Pflege seltener vorzeitig geendet (13% bzw. 23 von 182 Personen).

Bei den einzelnen Messzeitpunkten lag der Anteil fehlender Rückläufer zwischen 10% und 23% (Zeile 11 von Zeile 5).

Es gibt in beiden Gruppen einen deutlichen Anteil von Personen, die nur zur Basis aktiv pflegen oder bei den Zielgrößen nur einen gültigen Messzeitpunkt haben. In der Interventions- bzw. Vergleichsgruppe sind dies – bezogen auf die Basiserhebung – 19% bzw. 14% (Zeile 13 von Zeile 12).

Unter Berücksichtigung dieser Ausfälle beträgt die Ausschöpfung, d.h. die Auswertungsstichprobe für längsschnittliche Auswertungen, je Messzeitpunkt in beiden Gruppen jeweils rund 75% (Zeile 15). Die Ausfallsystematik wird im folgenden Kapitel untersucht.

### **2.3.5 Analyse der Ausfälle**

Als Ausfälle werden Personen bezeichnet, von denen keine Daten zur Verfügung stehen. Die Ausfälle sind in Tabelle 4 qualifiziert. Im Folgenden soll untersucht werden, ob eine Ausfallsystematik bezüglich der beobachteten Merkmale vorliegt. Ziel ist es einzuschätzen, inwieweit die Ergebnisse generalisierbar sind.

Folgende Ausfälle sind Gegenstand der nachfolgenden Berechnungen<sup>3</sup>:

1. Personen, die nur zur Basis aktiv pflegen oder die bei den Zielgrößen nur einen gültigen Messzeitpunkt haben, bezogen auf die Basisstichprobe Netto I aus Tabelle 4 der Basiserhebung
2. Ausfälle der einzelnen Messzeitpunkte bezogen auf die Basisstichprobe Netto II aus Tabelle 4

#### **2.3.5.1 Personen mit nur einem gültigen Messzeitpunkt**

Es gibt Personen, die nur zur Basis aktiv pflegen oder die bei den Zielgrößen nur einen gültigen Messzeitpunkt haben (Tabelle 4 Zeile 13). Sind diese Ausfälle bezogen auf alle Teilnehmenden an der Intervention bzw. der Vergleichsgruppe systematisch (Tabelle 4 Zeile 12)? Es ist also zu prüfen, ob und wenn ja welche Merkmale der Person oder der Pflegesituation gehäuft bei diesen Ausfällen zu beobachten sind (siehe Tabelle 5).

---

<sup>3</sup> Die Ausfälle in Tabelle 1 von Zeile 1 nach Zeile 12 der Basiserhebung sind nicht analysierbar, weil keine Daten dazu vorliegen. Sie sind aber quantitativ gering, so dass hier kein bedeutsames Muster vorliegen dürfte.

Tabelle 5: Ausfälle durch Personen mit nur einem gültigen Messzeitpunkt.

| Merkmal Basiserhebung              | IG           | VG     | Bemerkung wenn $p < 0,05$  |
|------------------------------------|--------------|--------|--|
|                                    | p-Wert       | p-Wert |  |
| Alter pA                           | 0,628        | 0,897  |  |
| Alter gP                           | 0,090        | 0,561  |  |
| Pflegebeginn                       | <b>0,012</b> | 0,489  | Ausfälle pflegen kürzer (Effekt klein, $d=0,35$ )  |
| Anzahl Betreuungsaufgaben          | 0,246        | 0,941  |  |
| Anzahl kognitive Einbußen          | 0,175        | 0,107  |  |
| Anzahl Verhaltensstörungen         | 0,125        | 0,764  |  |
| Prakt. Betreuungsaufgaben          | <b>0,000</b> | 0,264  | Bei Ausfällen leisten eher andere die Betreuungsaufgaben (Effekt mittel, $d=0,69$ ).       |
| Belastung durch kognitive Einbußen | <b>0,030</b> | 0,176  | Bei Ausfällen ist diese Belastung höher (Effekt klein, $d=0,33$ ).                         |
| Belastung d. Verhaltensstörungen   | 0,428        | 0,677  |  |
| Akzeptanz der Pflegesituation      | 0,895        | 0,491  |  |
| Persönliche Einschränkungen        | 0,974        | 0,661  |  |
| Mangelnde soziale Anerkennung      | <b>0,015</b> | 0,534  | Ausfälle haben mehr soziale Anerkennung (Effekt klein, $d=0,35$ ).                         |
| Mangelnde institut. Unterstützung  | 0,343        | 0,136  |  |
| Persönliche Weiterentwicklung      | 0,525        | 0,668  |  |
| Konflikte zw. Beruf und Pflege     | 0,703        | 0,977  |  |
| Konflikte zw. Familie und Pflege   | 0,594        | 0,915  |  |
| objektive Belastungen              | 0,338        | 0,311  |  |
| Subjektive Gesundheit              | 0,535        | 0,965  |  |
| Depressivität                      | 0,716        | 0,792  |  |
| Klinisch relevante Depressivität   | 1,000        | 1,000  |  |
| Geschlecht pA                      | 0,084        | 0,811  |  |
| Berufstätigkeit                    | 0,662        | 0,803  |  |
| Ländlicher vs. städtischer Raum    | 0,185        | 0,512  |  |
| Haushalte gemeinsam vs. getrennt   | <b>0,010</b> | 0,266  | Ausfälle und ihre pflegebedürftige Person leben eher in getrennten Haushalten ( $w=0,15$ ) |
| Schulbildung                       | 0,313        | 0,064  |  |
| Pflegestufe                        | 0,253        | 0,607  |  |
| Demenz                             | <b>0,013</b> | 0,352  | Ausfälle kümmern sich eher um demenziell erkrankte Angehörige ( $w=0,15$ )                 |
| FGP-Kandidat                       | 0,880        | 0,794  |  |
| verwandschaftl. Verhältnis         | 0,103        | 0,526  |  |

Anmerkungen: dargestellt sind Irrtumswahrscheinlichkeiten (p) für T-Tests bzw.  $X^2$ ;  $p < 0,05$  ist markiert (zuzüglich Effektstärke); Interventionsgruppe IG mit 306 Personen (58 vs. 248) und Vergleichsgruppe VG mit 182 Personen (25 vs. 157).

In der Vergleichsgruppe sind die Ausfälle in Bezug auf die beobachteten Merkmale durchwegs nicht signifikant. In der Interventionsgruppe gilt dies zwar ebenfalls für die Mehrzahl der Merkmale, aber einzelne Unterschiede bestehen. Methodisch könnte diese Unterschiede auf die höhere Fallzahl in der Interventionsgruppe zurückzuführen sein. Die fallzahlunabhängigen Effektstärken sind klein bis mittel. Einerseits fallen solche Personen häufiger aus, die sich um eine demenziell erkrankte Person kümmern und möglicherweise

daher auch Belastung durch kognitive Einbußen als höher empfinden. Ausfälle leben eher in getrennten Haushalten. Dies könnte der Grund sein, warum bei Ausfällen vergleichsweise häufiger andere Personen die Betreuungsaufgaben übernehmen. Ausfälle erleben eine höhere soziale Anerkennung. Andererseits gibt es keine Unterschiede bezüglich der Zielgrößen subjektive Gesundheit und Depressivität, bis auf die beschriebenen Ausnahmen auch nicht bei den Stressoren und Schutzfaktoren.

Die Schlussfolgerung ist, dass die Pflege von demenziell erkrankten Menschen in der Analysestichprobe der Interventionsgruppe im Vergleich zu allen Interventionsteilnehmenden unterrepräsentiert ist. Damit sind auch andere Merkmalsunterschiede assoziiert – es sind aber nur wenige und die Effekte sind als gering bis mittel zu werten. Darüber hinaus liegt keine bedeutsame Ausfallsystematik vor. Die längsschnittlichen Ergebnisse sind also für alle Teilnehmenden an der Intervention generalisierbar mit folgender Ausnahme: interpretativ ist der etwas geringere Anteil demenzieller Pflege zu berücksichtigen.

### 2.3.5.2 Ausfälle bei den einzelnen Messzeitpunkten

Es ist zu prüfen, ob die Ausfälle bei den einzelnen Messzeitpunkten in Bezug auf die Basisstichprobe systematisch sind (siehe Tabelle 6). Dazu werden in Tabelle 4 die Ausfälle innerhalb der Zeile 12 analysiert.

Tabelle 6: Ausfälle der einzelnen Messzeitpunkte bezogen auf die Basiserhebung.

| Merkmal Basiserhebung                   | IG           | VG    | IG           | VG           | IG           | VG           |
|---|--------------|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|   | 3Mon         | 3Mon  | 6Mon         | 6Mon         | 9Mon         | 9Mon         |
|   | p            | p     | p            | p            | p            | p            |
| Alter pA                                | 0,720        | 0,828 | 0,604        | 0,949        | 0,402        | 0,692        |
| Alter gP                                | 0,831        | 0,829 | 0,241        | 0,998        | 0,286        | 0,197        |
| Pflegebeginn                            | 0,486        | 0,973 | 0,855        | 0,566        | 0,897        | 0,162        |
| Anzahl Betreuungsaufgaben               | <b>0,036</b> | 0,331 | 0,902        | 0,352        | 0,839        | 0,967        |
| Anzahl kognitive Einbußen               | 0,118        | 0,480 | 0,644        | 0,071        | 0,345        | 0,516        |
| Anzahl Verhaltensstörungen              | 0,085        | 0,292 | 0,083        | 0,100        | 0,945        | 0,704        |
| Prakt. Betreuungsaufgaben               | 0,331        | 0,661 | 0,361        | 0,427        | 0,445        | <b>0,047</b> |
| Belastung durch kognitive Einbußen      | 0,269        | 0,620 | 0,188        | 0,315        | 0,266        | 0,535        |
| Belastung durch Verhaltensstörungen     | 0,495        | 0,529 | <b>0,024</b> | 0,198        | 0,878        | 0,876        |
| Akzeptanz der Pflegesituation           | 0,410        | 0,274 | 0,131        | 0,160        | 0,732        | 0,093        |
| Persönliche Einschränkungen             | <b>0,014</b> | 0,550 | 0,384        | 0,561        | 0,894        | 0,153        |
| Mangelnde soziale Anerkennung           | 0,123        | 0,800 | 0,775        | 0,779        | 0,823        | 0,350        |
| Mangelnde institutionelle Unterstützung | 0,494        | 0,685 | 0,890        | 0,780        | 0,671        | 0,599        |
| Persönliche Weiterentwicklung           | 0,763        | 0,363 | 0,465        | 0,508        | 0,542        | 0,913        |
| Konflikte zwischen Beruf und Pflege     | 0,361        | 0,977 | 0,876        | 0,822        | <b>0,039</b> | 0,790        |
| Konflikte zwischen Familie und Pflege   | <b>0,021</b> | 0,215 | 0,670        | 0,216        | 0,419        | 0,564        |
| objektive Belastungen                   | 0,367        | 0,899 | 0,111        | 0,922        | 0,871        | 0,881        |
| Subjektive Gesundheit                   | <b>0,023</b> | 0,691 | 0,434        | 0,806        | 0,499        | 0,173        |
| Depressivität                           | 0,615        | 0,391 | 0,769        | 0,270        | 0,310        | 0,280        |
| Klinisch relevante Depressivität        | 0,832        | 0,584 | 0,561        | 0,284        | 0,886        | 0,575        |
| Geschlecht pA                           | <b>0,042</b> | 0,370 | 0,696        | 0,377        | 1,000        | 0,586        |
| Berufstätigkeit pA                      | 0,305        | 0,853 | 0,393        | 0,356        | 0,210        | 0,382        |
| Ländlicher vs. städtischer Raum         | 0,837        | 0,748 | 0,318        | 0,524        | 1,000        | 0,622        |
| Haushalte gemeinsam vs. getrennt        | 0,829        | 0,833 | 0,181        | 0,526        | 0,082        | 0,089        |
| Schulbildung                            | 1,000        | 0,476 | 0,741        | 0,218        | 0,871        | 1,000        |
| Pflegestufe                             | 0,362        | 0,633 | 0,578        | 0,527        | 0,772        | 0,817        |
| Demenz                                  | 0,094        | 0,221 | 0,085        | 0,082        | 0,401        | <b>0,025</b> |
| FGP-Kandidat                            | 0,671        | 0,237 | 0,766        | 0,170        | 0,192        | 0,367        |
| verwandschaftl. Verhältnis              | 0,625        | 0,369 | 0,608        | <b>0,034</b> | 0,095        | 0,241        |

Anmerkungen: dargestellt sind Irrtumswahrscheinlichkeiten (p) für T-Tests bzw.  $\chi^2$ ;  $p < 0,05$  ist markiert; Interventionsgruppe IG mit 248 Personen und Vergleichsgruppe VG mit 157 Personen (Anzahl nach Messzeitpunkten siehe Tabelle 5).

Es gibt zwar bei einzelnen Messzeitpunkten systematische Ausfälle. Aber die Merkmale sind bei den anderen Messzeitpunkten jeweils nicht signifikant. Das bedeutet, dass in der isolierten Betrachtung eines Messzeitpunktes in Bezug auf die Basis für einige Merkmale

eine Ausfallsystematik besteht, aber dass im gesamten Untersuchungszeitraum dies nicht der Fall ist.

Exemplarisch soll für die Interventionsgruppe der Messzeitpunkt 3 Monate im Vergleich zur Basis betrachtet werden, weil hier vergleichsweise die meisten Merkmale signifikant sind:

- Männer fallen häufiger aus.
- Alle anderen signifikanten Merkmale (Anzahl Betreuungsaufgaben, Persönliche Einschränkungen, Konflikte zwischen Familie und Pflege, Subjektive Gesundheit) sind bei den Ausfällen geringer ausgeprägt. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass Männer bezüglich der genannten Merkmale teils signifikant geringere Werte aufweisen (hier nicht dargestellt).
- Bei den anderen Messzeitpunkten gibt es keine geschlechtsspezifischen Ausfälle und auch die genannten Merkmale sind nicht signifikant.

Die Schlussfolgerung ist, dass weder in der Interventions- noch in der Vergleichsgruppe ein durchgängiges Ausfallmuster im Längsschnitt zu erkennen ist. Längsschnittanalysen über den gesamten Untersuchungszeitraum sind also nicht durch Ausfälle verzerrt. Sofern einzelne Messzeitpunkte isoliert betrachtet werden, sollten bei der Interpretation die messzeitpunktspezifischen Muster berücksichtigt werden.

### **2.3.6 Interessenskonflikte**

Ein Standard der Evaluation ist die „Unparteiische Durchführung und Berichterstattung“ (DeGEval - Gesellschaft für Evaluation e.V., 2008). Demnach soll der gesamte Evaluationsprozess die unparteiische Position des Evaluationsteams erkennen lassen. Das setzt voraus, dass das Evaluationsteam eine möglichst unabhängige Rolle einnimmt.

Daher sei betont, dass das Evaluationsteam in einem Auftragnehmeverhältnis steht, d.h. von BARMER GEK und MGEPA NRW finanziert wird. Allerdings hat keiner der beiden Partner auf Methoden und Ergebnisse der Evaluation beschränkenden Einfluss genommen.

Ein zweiter Interessenkonflikt könnte aus der Grundanlage des Projekts resultieren, dass das Evaluationsteam an der Konzeptentwicklung und teils bei der Umsetzung beteiligt war.

### 3 Struktur der Interventions- und Vergleichsgruppe

Kernbotschaft:

- PAUSE erreicht einen breiten Querschnitt von pflegenden Angehörigen.
- Gegenüber repräsentativen Daten sind die Teilnehmenden durch eine schlechtere Gesundheit gekennzeichnet: 38% haben eine klinisch relevante Depressivität und nur 25% beurteilen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als (sehr) gut.
- Gegenüber repräsentativen Daten sind die „Teilnehmenden“ häufiger weiblich und häufiger erwerbstätig. Sie pflegen häufiger die Partnerin oder den Partner, häufiger in höheren Pflegestufen und häufiger demenziell erkrankte Menschen.
- Die Abweichungen lassen höhere Belastungen und geringere Schutzfaktoren der Interventionsgruppe erwarten (was auch in Kap. 4.3 gezeigt wird).
- Die Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe sind teils deutlich, vor allem bei Geschlecht und Alter der pflegenden Personen sowie in Bezug auf den demenziellen Status der pflegebedürftigen Person. Außerdem ist die Interventionsgruppe belasteter und weniger gesund. Nach dem Propensity Score Matching sind die Gruppen vergleichbar.

#### 3.1 Soziodemografische Merkmale und Pflegesituation

In Tabelle 7 sind Merkmale der pflegenden Person, der pflegebedürftigen Person und der Pflegesituation dargestellt. Dabei wird zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe einerseits und den Teilgruppen mit mindestens zwei gültigen Messzeitpunkte (Netto) unterschieden. Die Nettogruppen sind die Basis für die längsschnittlichen Auswertungen.

Die Interventionsgruppe zeigt einen breiten Querschnitt häuslicher Pflege. Es fallen aber teils deutliche Strukturunterschiede zwischen der Vergleichs- und der Interventionsgruppe auf. Dies hat vor allem methodische Konsequenzen. Bei vergleichenden Betrachtungen müssen wesentliche Unterschiede kontrolliert werden, um nicht „Äpfel mit Birnen“ zu vergleichen. Diese Unterschiede betreffen vor allem Geschlecht und Alter der pflegenden Personen sowie den demenziellen Status der pflegebedürftigen Person – und werden in Kap. 4.3 näher analysiert. Nach dem Propensity Score Matching sind die Unterschiede wesentlich geringer.

Die Unterschiede zwischen den Brutto- und Nettogruppen sind marginal, was bereits in Kap. 2.3.5.1 beschrieben wurde.

Für die Frage der Zielgruppenerreichung ist der Vergleich der Interventionsgruppe mit repräsentativen Daten von Bedeutung. Allerdings unterscheiden sich diese repräsentativen Untersuchungen insbesondere in Fallzahl und in der Definition der Pflegebedürftigkeit (Mindestpflegeaufwand für die pflegenden Angehörigen, Vorhandensein einer Pflegestufe), so dass die Befunde variieren können. Folgende Befunde basieren auf repräsentativen Daten für Deutschland:

- 65% der pflegenden Angehörigen sind Frauen (Wetzstein, Rommel & Lange, 2015, S. 3).
- Männliche Pflegepersonen sind meist die Partner einer Pflegebedürftigen. 14% der pflegenden Frauen und 35% der pflegenden Männer pflegen ihren Partner bzw. ihre Partnerin (Wetzstein, Rommel & Lange, 2015, S. 4).

- Die Befunde zum Verwandtschaftsgrad variieren. Ein Drittel der pflegebedürftigen Personen wird vom Partner bzw. der Partnerin gepflegt, ein weiteres Drittel von der Tochter bzw. Schwiegertochter (Schneekloth & Wahl, 2005). Aus Sicht der Pflegepersonen pflegen 50% der Befragten die eigenen Eltern und 18% die Lebenspartner (Wetzstein, Rommel & Lange, 2015).
- Im gleichen Haushalt wie die Pflegebedürftigen leben 23% (Geyer & Schulz, 2014) bis 41% der Pflegepersonen (Bestmann, Wüstholtz & Verheyen, 2014).
- Die Mehrheit der Pflegepersonen ist im erwerbsfähigen Alter. Etwa ein Drittel ist 65 Jahre und älter (Schneekloth & Wahl, 2005, S. 76; Geyer & Schulz, 2014, S. 294).
- Der Altersgang unterscheidet sich nach Geschlecht: 65 Jahre und älter sind 35% der pflegenden Frauen und 46% der pflegenden Männer (Pflege täglich mindestens zwei Stunden). Im Alter von 45 bis 64 Jahren ist der Anteil bei Männern und Frauen gleich (36%) (Wetzstein, Rommel & Lange, 2015, S. 5).
- Erwerbstätig ist etwa ein Drittel der Pflegenden (Wetzstein, Rommel & Lange, 2015, S. 4).
- Von den zu Hause versorgten Personen<sup>4</sup> haben 60% die Pflegestufe 1, 26% die Pflegestufe 2, 7% die Pflegestufe 3 und 7% erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aber keine Pflegestufe; 61% sind Frauen (Statistisches Bundesamt, 2015, S. 9).
- Eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen haben 31% der anerkannt Pflegebedürftigen. Zählt man die betroffenen Personen ohne Pflegestufe dazu erhöht sich der Anteil auf 36% (Statistisches Bundesamt, 2015, S. 9.).

Gegenüber pflegenden Angehörigen in Deutschland nehmen am PAUSE-Kompaktseminar teil:

- mehr Frauen
- mehr Personen, die ihre Partner pflegen (in Kombination mit den erhöhten Frauenanteil erklärt dies auch den vergleichsweise höheren Anteil an pflegebedürftigen Männern und den höheren Anteil mit gemeinsamem Haushalt)
- häufiger erwerbstätige pflegende Angehörige
- pflegende Angehörige in einer Pflegesituation mit höheren Pflegestufen
- pflegende Angehörige, die sich um demenziell erkrankte Menschen kümmern

Die genannten Abweichungen sind aber jeweils nicht übermäßig. Der erhöhte Frauenanteil könnte damit zusammenhängend, dass Frauen offener für verhaltensorientierte Prävention sind (Jordan & von der Lippe, 2013). Der erhöhte Anteil an Demenz könnte der Akquisestrategie zusammenhängen, weil im demenziellen Bereich die vergleichsweise besser organisierten Netzwerke (z.B. Landesinitiative Demenz-Service NRW, Alzheimer-

---

<sup>4</sup> Anerkannt pflegebedürftige Personen sowie die Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (nachrichtlich geführt)

Gesellschaft) über Multiplikatoren effektiver erreicht werden können. Der Befund, dass höhere Pflegestufen, mehr demenzielle Pflegesituationen und mehr Personen mit potenzielle beruflichen Rollenkonflikten teilnehmen, erklären zumindest in Teilen die vergleichsweise höheren Belastungen erwarten (Gegenstand des folgenden Kapitels).

Repräsentativ ist:

- Anteil der über 65-jährigen pflegenden Angehörigen
- Pflegende Männer sind älter als pflegende Frauen ( $X^2(1;306)=12,39$ ,  $p=0,001$ ,  $w=0,20$ ).
- Partnerpflege wird häufiger von Männern geleistet ( $X^2(1;306)=8,27$ ,  $p=0,005$ ,  $w=0,16$ ).

Das Alter und die beschriebenen Zusammenhänge zeigen, dass die erreichte Zielgruppe einen typischen Querschnitt der häuslichen Pflege abbildet.

Die übrigen Merkmale können aufgrund unterschiedlicher Operationalisierung in der Vergleichsstudien nicht eingeordnet werden. Erwähnenswert sind die breiten Verteilungen der Pflegedauern, Bildungsabschlüsse und Wohnorte (siehe auch Kap. 4.1), die das Erreichen eines breiten Querschnitts unterstreichen – ohne dass mangels Vergleichsdaten die Repräsentativität zu beurteilen ist. Unterrepräsentiert teilgenommen haben mindestens noch folgende Gruppen: Migranten mit geringen Deutschkenntnissen, Pflegende von behinderten Säuglingen, Pflegende mit sehr geringen Einkommen. Hier müssten möglicherweise spezifische Angebotsformate entwickelt werden

Tabelle 7: Struktur der Interventions- und Vergleichsgruppe.

| jeweils in %  |                          | alle Befragten |             | ... mind. 2 gültige MZ |             |               |
|---|--------------------------|----------------|-------------|------------------------|-------------|---------------|
|   |                          | IG<br>n=306    | VG<br>n=182 | IG<br>n=248            | VG<br>n=157 | VG.PS<br>N=92 |
| <i>Pflegende Person</i>                             |                          |                |             |                        |             |               |
| Geschlecht  | weiblich                 | 82             | 73          | 84                     | 72          | 82            |
|   | männlich                 | 18             | 27          | 16                     | 28          | 18            |
| Alter   | bis 65 Jahre             | 70             | 62          | 70                     | 62          | 74            |
|   | 66 Jahre und älter       | 30             | 58          | 30                     | 58          | 26            |
| Bildungsabschluss                                   | kein Schulabschluss      | 1              | 0           | 1                      | 0           | 0             |
|   | Haupt-/Volksschule       | 24             | 31          | 23                     | 29          | 22            |
|   | Mittlere Reife/ Lehre    | 48             | 40          | 49                     | 42          | 44            |
|   | Abitur/ Meister/ Studium | 27             | 29          | 27                     | 29          | 34            |
| berufstätig   | nein                     | 49             | 75          | 48                     | 76          | 48            |
|   | ja                       | 51             | 25          | 52                     | 24          | 52            |
| Wo wohnen Sie?                                      | eher im städtischen Raum | 54             | 50          | 53                     | 49          | 38            |
|   | eher im ländlichen Raum  | 46             | 50          | 47                     | 51          | 62            |
| Ich bin ...<br>(verwandtschaftliches<br>Verhältnis) | Ehepartnerin/Ehepartner  | 37             | 61          | 38                     | 62          | 32            |
|   | Tochter/Sohn             | 38             | 18          | 36                     | 18          | 36            |
|   | Mutter/Vater             | 9              | 10          | 10                     | 10          | 17            |
|   | Schwiegertochter/ -sohn  | 10             | 3           | 10                     | 3           | 8             |
|   | sonstiges                | 7              | 8           | 5                      | 7           | 7             |
| gemeinsamer Haushalt                                | nein                     | 39             | 19          | 35                     | 17          | 30            |
|   | ja                       | 61             | 81          | 65                     | 83          | 70            |
| <i>Gepflegte Person</i>                             |                          |                |             |                        |             |               |
| Geschlecht  | weiblich                 | 52             | 51          | 54                     | 51          | 64            |
|   | männlich                 | 48             | 49          | 46                     | 49          | 36            |
| Altersgruppe  | bis 18 Jahre             | 5              | 7           | 5                      | 7           | 16            |
|   | 19 bis 35 Jahre          | 3              | 1           | 4                      | 1           | 0             |
|   | 36 bis 65 Jahre          | 11             | 9           | 12                     | 10          | 6             |
|   | 66 bis 80 Jahre          | 32             | 46          | 33                     | 48          | 45            |
|   | 81 Jahre und älter       | 49             | 37          | 46                     | 35          | 32            |
| Pflegebeginn  | bis 1 Jahr               | 13             | 7           | 11                     | 7           | 9             |
|   | über 1 bis 3 Jahre       | 28             | 29          | 27                     | 29          | 24            |
|   | über 3 bis 8 Jahre       | 36             | 36          | 39                     | 36          | 43            |
|   | über 8 bis 12 Jahre      | 9              | 11          | 9                      | 11          | 11            |
|   | mehr als 12 Jahre        | 14             | 16          | 14                     | 17          | 13            |
| ärztliche Demenzdiagnose                            | nein                     | 53             | 71          | 56                     | 70          | 65            |
|   | ja                       | 47             | 29          | 44                     | 30          | 35            |
| Pflegestufe   | keine oder Stufe 0       | 7              | 2           | 8                      | 1           | 1             |
|   | Stufe 1                  | 35             | 35          | 32                     | 36          | 32            |
|   | Stufe 2                  | 39             | 37          | 41                     | 36          | 35            |
|   | Stufe 3                  | 18             | 27          | 19                     | 27          | 32            |

Anmerkung: IG bzw. VG = Interventions- bzw. Vergleichsgruppe; PS = Propensity Score Matching.

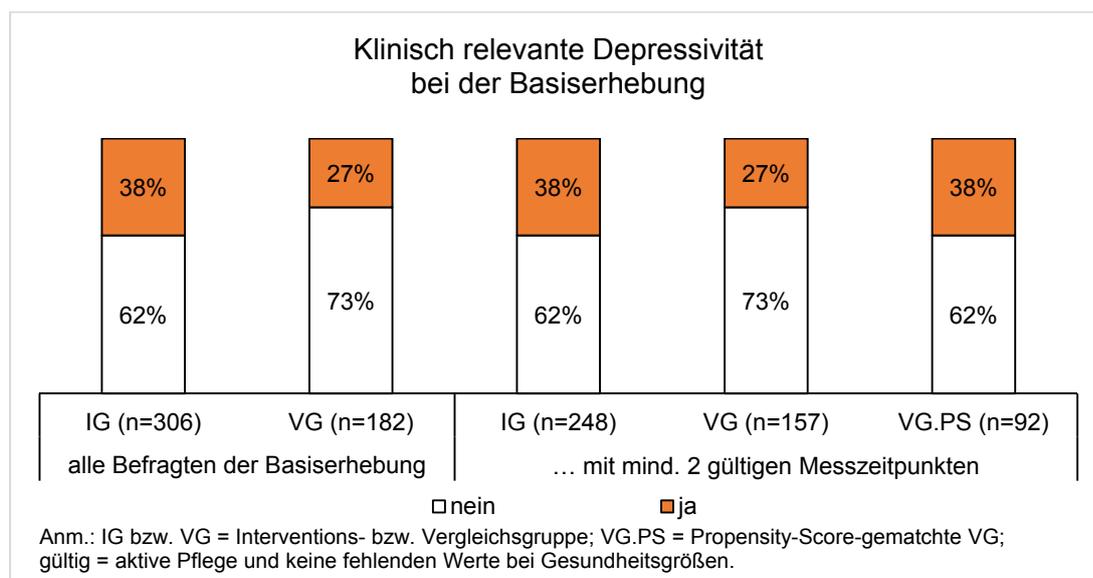
### 3.2 Zielgrößen: Gesundheit, Stressoren und Schutzfaktoren

Im Folgenden werden die Interventions- und Vergleichsgruppe bezüglich der Gesundheit, Stressoren und Schutzfaktoren beschrieben – theoretische Basis ist das Wirkungsmodell aus Kap. 2.1. Methodisch werden folgende Populationen dargestellt:

- alle Befragten der Basiserhebung;
- die Teilgruppe, die mindestens zwei gültige Messzeitpunkte aufweist (= Analysetichprobe für die längsschnittlichen Auswertungen) – zusätzlich noch für die Propensity Score gematchte Vergleichsgruppe.

Der Anteil der Pflegepersonen, die klinisch relevante Symptome für Depressivität aufweisen, liegt in der Interventionsgruppe bei 38% – unabhängig davon ob alle Befragten oder nur diejenigen mit mindestens zwei gültigen Messzeitpunkten berücksichtigt werden. In der Vergleichsgruppe ist der Anteil geringer (29%), nach dem Propensity Score Matching aber gleich hoch wie in der Interventionsgruppe.

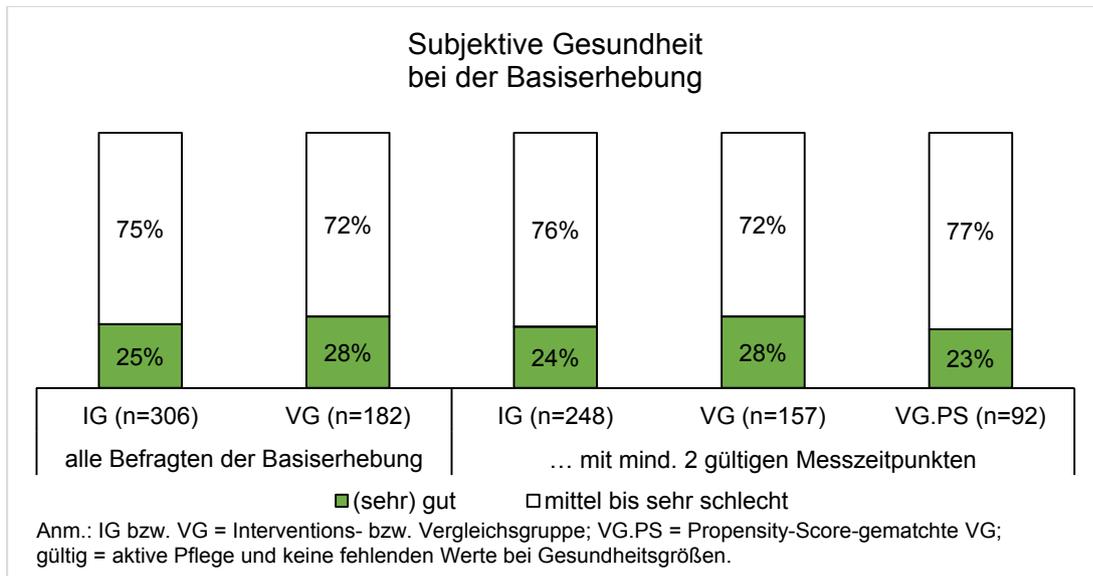
Abbildung 8. Klinisch relevante Depressivität bei der Basiserhebung.



Von klinisch relevanter Depressivität häufiger betroffen sind Personen, die sich um demenziell veränderte Personen kümmern. So sind dies in der Interventionsgruppe (alle Befragten) 43% gegenüber 34% im nicht-demenziellen Bereich.

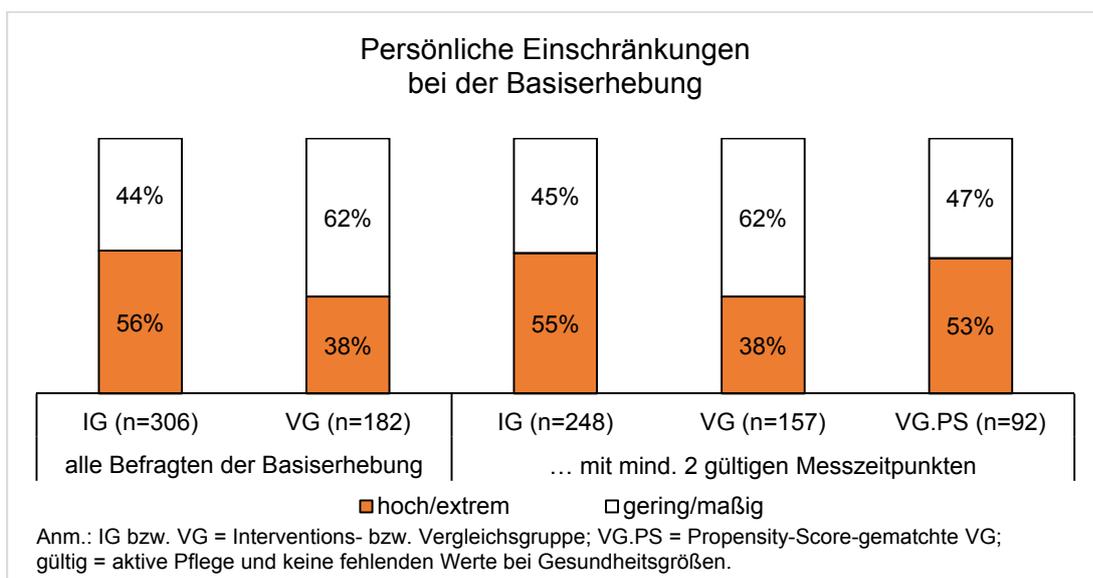
Ähnlich sind die Befunde für die subjektive Gesundheit. In der Interventionsgruppe sind gegenüber der Vergleichsgruppe weniger Personen, die sich subjektiv gesund fühlen. Nach dem Propensity Score Matching ist der Anteil ist der Anteil jeweils nahezu gleich.

Abbildung 9. Subjektive Gesundheit bei der Basiserhebung.



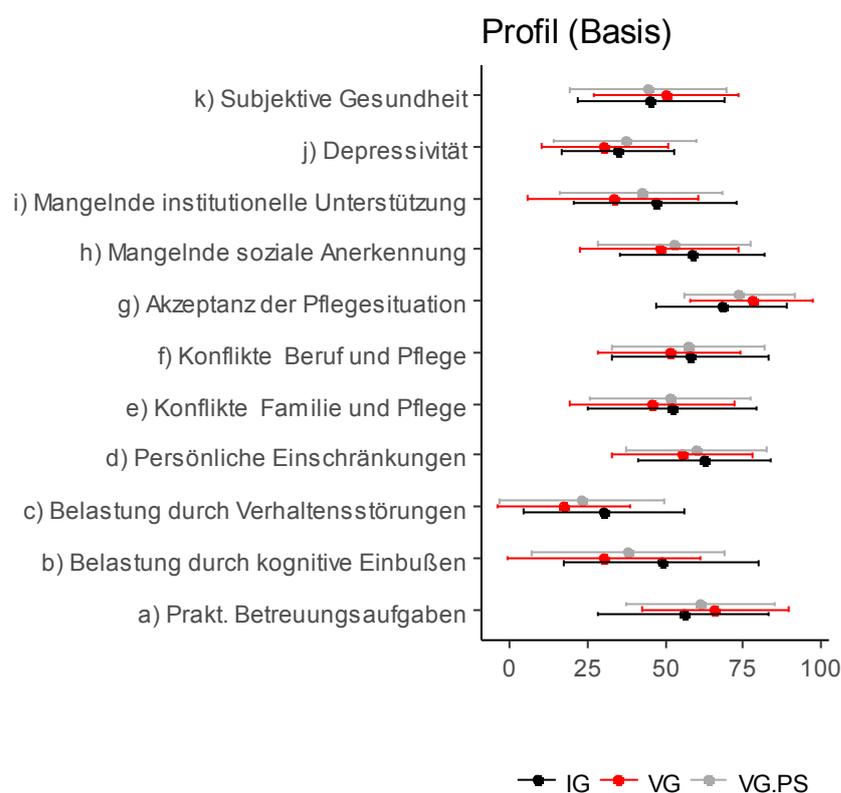
Die Befunde zu den Gesundheitsgrößen deuten darauf hin, dass PAUSE eher von belasteten Personen angenommen wird. Dies zeigt sich auch bei den persönlichen Einschränkungen. Auf Basis der Trennwerte einer Studie im demenziellen Bereich (Zank, Schacke, 2007) zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der PAUSE-Teilnehmenden (56% bzw. 55%) hohe oder extreme Einschränkungen angeben, während in der Vergleichsgruppe dies nur bei 38% der Fall ist. Nach dem Propensity Score Matching ist der Anteil nahezu gleich (53%).

Abbildung 10. Persönliche Einschränkungen bei der Basiserhebung.



In Abbildung 11 sind weitere Merkmale dargestellt, jeweils als Skalenmittelwert einschließlich Streuung – der Vergleichbarkeit wegen jeweils normiert auf den Wertebereich 0-100. Höhere empirische Werte entsprechen auch höheren Ausprägungen. Sowohl bei den primären Stressoren (a-c) als auch bei den sekundären Stressoren (d-f) als auch bei den moderierenden Merkmalen (g-i) als auch bei den Zielgrößen (j, k) hat die Interventionsgruppe ungünstigere Werte als die Vergleichsgruppe. Allerdings überschneiden sich die Streubreiten sehr deutlich, so dass von nur geringen Unterschieden auszugehen ist. Nach dem Propensity Score-Matching sind die Unterschiede noch geringer.

Abbildung 11. Belastungs- und Gesundheitsprofil der Interventions- und Vergleichsgruppe.



Anm: Mittelwert und Standardabweichung für IG = Interventionsgruppe (netto, n=248), VG = Vergleichsgruppe (netto, n=157), VG.PS = Vergleichsgruppe nach Propensity Score Matching, n=92).

Festzuhalten bleibt bis hierhin, dass erstens die Interventionsgruppe belasteter ist als die Vergleichsgruppe und dass zweitens das Propensity Score Matching zu einer Homogenisierung der Vergleichsgruppe und damit als gelungen zu werten ist.

Wie unterscheidet sich die Interventionsgruppe von repräsentativen Daten?

61% der Gesamtbevölkerung bewerten ihre eigene Gesundheit mit „gut“ oder „sehr gut“, unter Pflegenden geben dies nur 45% an (zitiert in Bestmann, Wüstholtz & Verheyen, 2014, S. 15). In der Interventionsgruppe liegt der Anteil nur bei 25%. Dies ist nicht nur gegenüber

der Gesamtbevölkerung deutlich geringer, sondern auch gegenüber den Pflegenden. Zwar könnte dies auch methodische Gründe haben, weil in der vorliegenden Studie die Antwortvorgaben elffach und nicht fünffach gestuft waren. Allerdings ist der Unterschied so deutlich, dass dies nicht allein auf methodische Gründe zurückzuführen sein dürfte.

28% (Schneekloth & Wahl, 2005) bis 35% (Zank, Schacke, 2007) der Pflegepersonen von demenziell erkrankten Menschen leiden unter einer klinisch bedeutsamen depressiven Symptomatik. Der Anteil ist bei Pflegepersonen von Menschen mit anderen Grunderkrankungen etwas geringer (COMPASS, 2015). In der Interventionsgruppe erreichen 38% aller pflegenden Angehörigen diesen Schwellenwert, in der Teilgruppe „Demenz“ liegt der Anteil bei 43%.

Festzuhalten ist, dass die Interventionsgruppe depressiver und subjektiv weniger gesund ist als pflegende Angehörige in Deutschland.

### **3.3 Zusammenhänge bei der Basiserhebung**

Nachfolgend sind die bivariaten Zusammenhänge der erhobenen Merkmale des Wirkungsmodells sowie die Zusammenhänge zu Alter, Geschlecht, Demenzpflege und Pflegestufe dargestellt. Dazu werden Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnet. Korrelationen  $r \geq 0,1$  bzw.  $r \geq 0,2$  bzw.  $r \geq 0,3$  gelten als klein bzw. mittel bzw. groß (Gignac & Szodorai, 2016).

Die primären Zielgrößen Depressivität und subjektive Gesundheit sind erwartungsgemäß hochkorreliert ( $r = -0,55$ ). Sehr deutliche Zusammenhänge ( $0,31 \leq r \leq 0,53$ ) zu Depressivität zeigen Belastungen durch Verhaltensstörungen, Akzeptanz der Pflegesituation, persönliche Einschränkungen, mangelnde soziale Anerkennung, berufliche Rollenkonflikte sowie familiäre Rollenkonflikte.

Auffallend sind auch die sehr deutlichen Zusammenhänge zwischen den Bedürfnis- und Rollenkonflikten ( $0,50 \leq r \leq 0,65$ ) sowie zwischen den Verhaltensstörungen und kognitiven Einbußen ( $r = 0,63$ ).

Die Richtung der Zusammenhänge entspricht jeweils den Annahmen des Wirkungsmodells. Zudem sind die Befunde in der Größenordnung vergleichbar zu Untersuchungen im demenziellen Bereich (Zank, Schacke & Leipold, 2006). Als wesentliche Faktoren für den Gesundheitszustand von pflegenden Angehörigen gelten kognitive und verhaltensbezogene Probleme der hilfebedürftigen Person, das Lebensalter und soziale Unterstützung (Pinquart, 2007) sowie innerfamiliäre Konflikte (Butterworth, Pymont, Rodgers, Windsor et al., 2010). Frauen geben höher Werte bei Depressivität an (Buyck, Bonnaud, Boumendil, Andrieu et al., 2011) und weisen ein höheres Risiko auf psychisch zu erkranken (Tuithof, ten Have, van Dorsselaer & de Graaf, 2015). Das Belastungsniveau bei der Pflege demenziell erkrankter Menschen gilt als höher als bei der Pflege von Menschen mit anderen Grunderkrankungen (Bestmann, Wüstholtz & Verheyen, 2014; Zank, Schacke, 2007). Diese Aufzählung ist zwar nur exemplarisch, ist aber als weiterer Beleg für die Validität der erhobenen Daten zu werten.

Tabelle 8: Zusammenhänge der Merkmale bei der Basiserhebung.

|                                | A    | B          | C          | D    | E          | F          | G          | H          | I          | J    | K    | L    | M   | N   |
|--------------------------------|------|------------|------------|------|------------|------------|------------|------------|------------|------|------|------|-----|-----|
| A Prakt. Betreuungsaufg.       | 1    |            |            |      |            |            |            |            |            |      |      |      |     |     |
| B Belast. kogn. Einbußen       | ,04  | 1          |            |      |            |            |            |            |            |      |      |      |     |     |
| C Belast. Verh.störungen       | ,09  | <b>,63</b> | 1          |      |            |            |            |            |            |      |      |      |     |     |
| D Akzeptanz Pflegesituation    | ,17  | -,26       | -,34       | 1    |            |            |            |            |            |      |      |      |     |     |
| E Persönl. Einschränkungen     | ,21  | ,29        | ,27        | -,28 | 1          |            |            |            |            |      |      |      |     |     |
| F Mang. soz. Anerkennung       | ,12  | ,17        | ,23        | -,23 | <b>,41</b> | 1          |            |            |            |      |      |      |     |     |
| G Mang. instit. Unterstützung  | ,03  | ,16        | ,22        | -,17 | <b>,39</b> | <b>,40</b> | 1          |            |            |      |      |      |     |     |
| H Berufl. Rollenkonflikte      | ,15  | <b>,37</b> | <b>,33</b> | -,35 | <b>,50</b> | <b>,37</b> | <b>,33</b> | 1          |            |      |      |      |     |     |
| I Familiäre Rollenkonflikte    | ,25  | ,30        | <b>,36</b> | -,24 | <b>,65</b> | <b>,32</b> | <b>,40</b> | <b>,45</b> | 1          |      |      |      |     |     |
| J Depressivität                | ,04  | ,25        | <b>,31</b> | -,46 | <b>,49</b> | <b>,32</b> | <b>,27</b> | <b>,53</b> | <b>,45</b> | 1    |      |      |     |     |
| K subj. Gesundheit             | -,07 | -,14       | -,19       | ,29  | -,41       | -,25       | -,24       | -,45       | -,31       | -,55 | 1    |      |     |     |
| L Alter (1=65plus)             | ,24  | -,08       | -,08       | ,14  | -,07       | -,03       | -,24       | -,01       | -,20       | -,03 | -,04 | 1    |     |     |
| M Geschlecht (1=Mann)          | ,02  | -,01       | -,06       | ,15  | -,11       | ,06        | -,01       | ,00        | ,00        | -,11 | ,05  | ,31  | 1   |     |
| N Demenz (1=Demenz)            | -,03 | <b>,55</b> | <b>,49</b> | -,15 | ,16        | ,11        | ,01        | ,12        | ,13        | ,09  | -,04 | ,02  | ,02 | 1   |
| O Pflegestufe (1= Stufe 2 / 3) | ,27  | ,01        | ,02        | ,03  | ,19        | ,08        | ,07        | ,10        | ,20        | ,04  | -,13 | -,01 | ,09 | ,00 |

Anm: paarweiser Fallausschluss, n≤488, fett markiert r>|0,3|.

## 4 Gewinnung der Teilnehmenden für das Kompaktseminar

### 4.1 Welches Einzugsgebiet wird mit dem Seminarstandort erreicht?

Kernbotschaften:

- Am Kompaktseminar nehmen Personen aus nahezu dem gesamten Landesgebiet von NRW teil.
- Die Entfernung zwischen Wohn- und Seminarort scheint nachrangig.
- Mit 1-2 attraktiven Seminarstandorten kann ein Einzugsgebiet wie etwa Nordrhein-Westfalen abgedeckt werden.

Bei der Projektplanung stellte sich die Frage, wie viele Seminarstandorte nötig sind, um pflegende Angehörige aus allen Regionen von NRW zu erreichen. Die Entscheidung fiel auf einen einzigen Seminarstandort (MARITIM-Hotel in Bad Sassendorf<sup>5</sup>). Die wesentlichen Gründe dafür waren die zentrale Lage in NRW, die gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, das attraktive Ambiente einschließlich Preis und nicht zuletzt die Angaben von 100 pflegenden Angehörigen (initiale Telefonbefragung) zu zumutbaren Entfernungen.

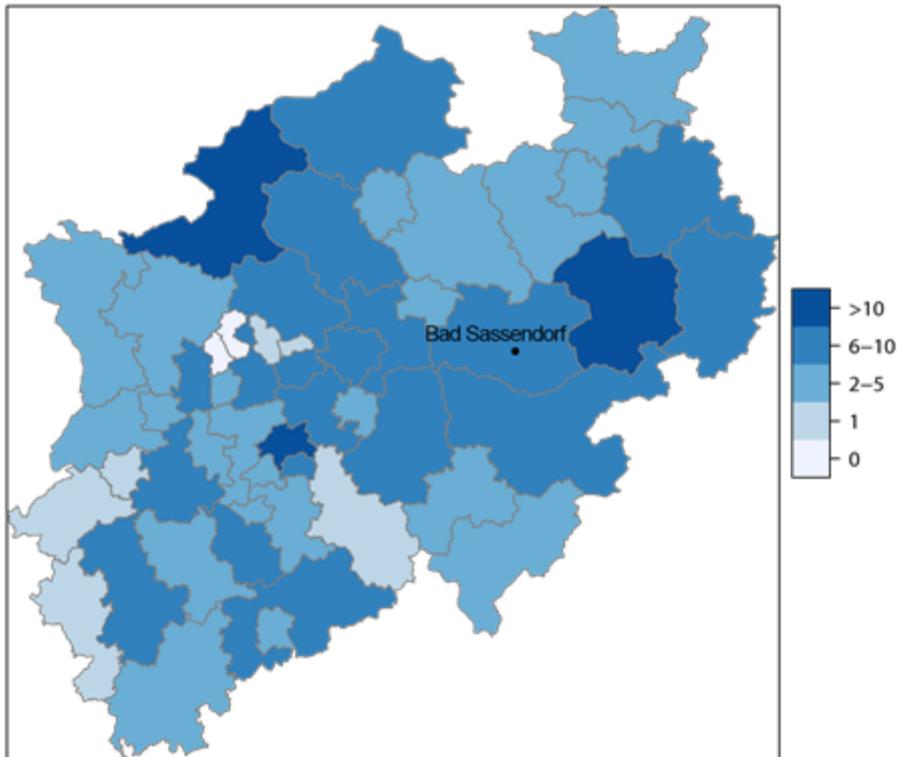
Die räumliche Verteilung der Herkunftsorte (siehe Abbildung 12) zeigt,

- dass Personen aus nahezu dem gesamten Landesgebiet von NRW teilnehmen,
- dass insbesondere die Regionen im äußersten Westen nur gering vertreten sind,
- dass die am stärksten vertretenen Kreise nicht zwingend an den Seminarstandort angrenzen.

---

<sup>5</sup> [https://www.maritim.de/de/hotels/deutschland/hotel-schnitterhof-bad-sassendorf/uebersicht#hotel\\_content](https://www.maritim.de/de/hotels/deutschland/hotel-schnitterhof-bad-sassendorf/uebersicht#hotel_content)

Abbildung 12: Teilnehmende am PAUSE-Seminar nach Wohnort (N=315).



Diese Verteilung legt folgende Interpretationen nahe. So ist möglicherweise die Anreise aus dem äußersten Westen von NRW nach Bad Sassendorf zu weit. Andererseits ist es nicht so, dass die unmittelbare Nähe des Seminarstandorts am stärksten vertreten ist. Für die pflegenden Angehörigen scheint die Entfernung zwischen Wohnort und Seminarort nachrangig zu sein. Rückmeldungen der Teilnehmenden legen nahe, dass Argumente insbesondere zur Organisation der mehrtägigen Ersatzpflege, zu Seminarinhalten und zur Attraktivität des Seminarstandorts wichtiger sind. Außerdem ist die Bewerbung der Seminare insbesondere über persönliche Ansprache regional unterschiedlich, weil die Regionalgeschäftsstellen der BARMER GEK, Multiplikatoren und relevante Netzwerke heterogen über NRW verteilt sind.

Die Schlussfolgerung ist, dass mit 1-2 attraktiven Seminarstandorten ein Einzugsgebiet wie etwa NRW abgedeckt werden kann.

## 4.2 Welche Informationskanäle sind für eine Anmeldung entscheidend?

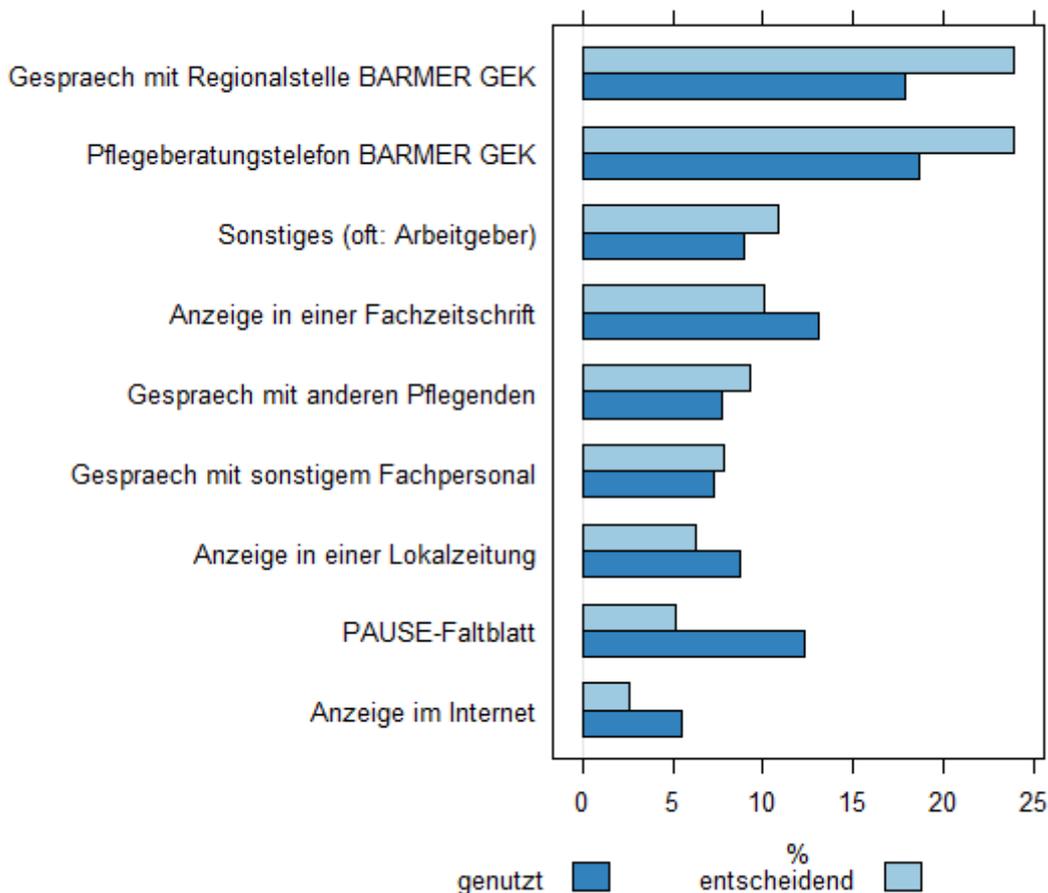
Kernbotschaften:

- Die persönliche Ansprache ist entscheidend.
- Schriftliche Informationen sind ein Türöffner.
- Altersunterschiede bei der Nutzung der Informationskanäle legen nahe, dass eine Informationsstrategie unterschiedliche Medien und Gesprächsangebote berücksichtigen sollte.

Die PAUSE-Teilnehmenden wurden danach gefragt, welche Quellen sie genutzt haben, um sich zu PAUSE zu informieren. Aus einer Auswahlliste sollten zuerst alle diejenigen markiert werden, die genutzt wurden („genutzt“), im zweiten Schritt sollte die für die Anmeldung entscheidende Informationsquelle ausgewählt werden („entscheidend“).

Abbildung 13: Informationsquellen für das PAUSE-Seminar.

### Informationsquellen für das PAUSE-Seminar



Anmerkungen: n=268 Personen, >genutzt< ist Mehrfachantwort (n=505 Nennungen)

Abbildung 13 zeigt, dass die persönlichen Gespräche mit der BARMER GEK am häufigsten genannt wurden und diese für jede zweite Person auch entscheidend für die Anmeldung waren. Die häufigste Freitextangabe hinter der Sonstiges-Kategorie war „Empfehlung des Arbeitgebers“. Insgesamt sind die gesprächsorientierten Quellen mit Abstand am häufigsten entscheidend (incl. der sonstiges-Kategorie gesamt 76%). Die schriftlichen Informationen wurden zwar relativ häufig genutzt, aber für die Anmeldung waren sie weniger entscheidend.

Der hohe Anteil derjenigen, für die das persönliche Gespräch entscheidend war, ist erwartungsgemäß hoch (Dräger, Blüher, Kummer & Budnick, 2013, Zegelin, Segmüller, Daldrup, Schieron et al., 2013). Das bedeutet aber nicht, dass schriftliche Informationen weniger wichtig sind. Vielfach dürften sie der Türöffner sein und in der Folge werden persönliche Gespräche gesucht. Darauf deutet der Befund hin, dass schriftliche Informationen zwar genutzt werden, aber für die Entscheidung weniger entscheidend sind.

Die herausragende Bedeutung der persönlichen Ansprache bestätigt eine Expertengruppe (siehe Kap. 10.2) sowie die Erfahrungen einer Regionalstelle der BARMER GEK mit der Gewinnung von Teilnehmenden.

*„Im Vergleich der einzelnen Aktivitäten ist die persönliche Ansprache am effektivsten.“  
(Bericht Regionalstelle).*

Um bei der Gewinnung der Teilnehmenden Streuverluste zu vermeiden, sollte eine Informationsstrategie zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein. Dafür ist wichtig, gruppenspezifische Unterschiede zu kennen.

### **Gibt es Auffälligkeiten für Teilgruppen?**

Bezüglich der „entscheidenden Informationsquelle“ gibt es keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht<sup>6</sup>, auch nicht bei den überhaupt genutzten Quellen (siehe Anhang). Insofern scheint die Nutzung und Bedeutung der Informationsquellen nicht geschlechtsspezifisch zu sein. Limitierend ist, dass die relativ geringe Anzahl der Männer die Auswertungsmöglichkeiten begrenzt.

Bezüglich der „entscheidenden Informationsquelle“ gibt es beim Alter allenfalls einzelne Tendenzen<sup>7</sup>. Demnach ist das Internet bei den Jüngeren (<51 Jahre) erwartungsgemäß häufiger entscheidend als bei den Älteren (>66 Jahre). Bei den überhaupt genutzten Quellen zeigt sich dies ebenfalls. Dazu kommt, dass Ältere häufiger die Fachzeitschrift und dass Jüngere häufiger das Faltblatt nutzen (siehe Anhang). Das bedeutet, dass eine Informationsstrategie auch altersspezifisch ausgerichtet sein sollte. Dies ist umso bedeutender, als dass subjektive Barrieren bei der Nutzung von Angeboten sich im Altersgang deutlich unterscheiden (Dräger, Blüher, Kummer & Budnick, 2013). Im vorliegenden Projekt wurde dies insofern berücksichtigt, als dass unterschiedliche Medien

---

<sup>6</sup>  $\chi^2(268,8)=5.9$ ,  $p=0.657$

<sup>7</sup>  $\chi^2(268,16)=23.4$ ,  $p=0.103$

angeboten wurden und das persönliche Gespräch insbesondere über das Pflegeberatungstelefon zentral ist.

Betrachtet man bei den überhaupt genutzten Quellen Unterschiede im Zeitverlauf, so zeigen sich statistisch nur zwei Auffälligkeiten. Bei zwei Seminaren (Juli 2014, Februar 2015) waren Anzeigen in Lokalzeitungen relevanter<sup>8</sup>. Dies dürfte auf die geschalteten Anzeigewellen zurückzuführen sein. Ebenfalls bei zwei Seminaren (Dezember 2014, Januar 2016) waren Gespräche mit anderen Pflegenden für die Anmeldung relevanter<sup>9</sup>. Allerdings wäre ein zunehmender Trend erwartungsgemäß gewesen, da mit zunehmender Dauer die Empfehlungen der ehemals Teilnehmenden stärker zum Tragen hätten kommen sollen. Dies zeigt sich in den Daten jedoch nicht.

Unterschiedsanalysen zu der dichotomisierten Variante (persönliches Gespräch – schriftliche Information) in Bezug auf Alter, Geschlecht, Bildung, verwandtschaftliches Verhältnis, Pflegebeginn, Pflegevorwissen, Pflegestufe, Demenz, Stadt/Land und Seminar sind unauffällig. Lediglich die Haushaltssituation ist signifikant<sup>10</sup>. So sind bei gemeinsamen Haushalt schriftliche Informationen bedeutender als das persönliche Gespräch mit Außenstehenden. Möglicherweise bedingt die räumliche Nähe weniger Gesprächsbedarf von außen oder die schriftliche Information hat einen legitimierenden Charakter für die Teilnahme an PAUSE.

Alles in allem sind die differentiellen Befunde wenig auffällig.

---

<sup>8</sup>  $X^2(302,8)=16.8$ ,  $p=0.032$ , Auffälligkeiten bei Residuen  $>2$ .

<sup>9</sup>  $X^2(302,7)=12.1$ ,  $p=0.096$ , Auffälligkeiten bei Residuen  $>2$ ; beim ersten Seminar wurde die Frage nicht gestellt.

<sup>10</sup>  $X^2(265,1)=5.8$ ,  $p=0.016$

### 4.3 Was kennzeichnet Personen mit Teilnahme-Interesse?

Kernbotschaft:

- Es gibt zwischen den Gruppen „Teilnehmende“, „Interessierte“ und „Nicht-Interessierte“ teils deutliche Strukturunterschiede, die auf Geschlecht und Alter der pflegenden Personen sowie den demenziellen Status der pflegebedürftigen Person zurückzuführen sind.
- Diese Strukturunterschiede müssen bei der Ergebnisevaluation berücksichtigt werden.
- PAUSE erreicht pflegende Angehörige, die durch höhere subjektive Belastungen und geringere Schutzfaktoren gekennzeichnet sind. Das bedeutet, dass auch ohne Zielgruppenauswahl eher Risikopersonen erreicht werden.

In Kap. 3 wurden einige Selektionseffekte aufgezeigt. Dies soll im Folgenden erweitert werden, indem die Teilgruppe pflegender Angehöriger beschrieben wird, die ein Teilnahme-Interesse an der Maßnahme äußert<sup>11</sup>. Zwei Drittel der Personen der Vergleichsgruppe äußern ein Teilnahme-Interesse. Diese Teilgruppe sollte ein der Interventionsgruppe ähnlicheres Belastungs- und Gesundheitsprofil aufweisen als die Nicht-Interessierten. Dennoch sollten Unterschiede verbleiben, weil der Entscheidungsprozess vom Interesse zur tatsächlichen Teilnahme einen weiteren Selektionsfilter darstellen dürfte.

Die Gruppen unterscheiden sich insbesondere in folgenden Merkmalen signifikant:

- Während das Interesse am Seminar unabhängig vom Geschlecht ist, sind Frauen bei der tatsächlichen Teilnahme überrepräsentiert ( $\Delta$  9%-Punkte). Dies ist jedoch wenig überraschend, da verhaltensorientierte Präventionsangebote mehrheitlich von Frauen genutzt werden (Jordan & von der Lippe, 2013).
- Noch deutlicher ist der Unterschied beim Alter. Das Interesse am Seminar ist bei den bis 65-Jährigen deutlich häufiger vorhanden als bei den Älteren (66 Jahre und älter). Dieses hatte sich bereits bei der Bedarfserhebung so angedeutet (Hetzl, Baumann & Diekmann, 2015). Bei der tatsächlichen Teilnahme sind gegenüber der Vergleichsgruppe weniger Ältere ( $\Delta$  28%-Punkte) - ähnlich auch gegenüber den Interessierten innerhalb der Vergleichsgruppe. Insofern scheinen bei den Älteren deutlichere Barrieren und geringerer subjektiver Bedarf für eine Teilnahme zu bestehen.

Auf den ersten Blick scheint das Interesse für die Teilnahme sowie die Teilnahme selbst mit der Bildung assoziiert zu sein. Dies wäre auch konform mit der vielfach belegten Erkenntnis, dass verhaltensorientierte Präventionsmaßnahmen eher von höher gebildeten Personen genutzt werden (Jordan & von der Lippe, 2013). Allerdings verschwindet der Unterschied, wenn das Alter kontrolliert wird (Periodeneffekt).

---

<sup>11</sup> Die Frage lautete „Können Sie sich eine Teilnahme an PAUSE vorstellen?“. Als „interessiert“ gelten Personen die mit ja oder vielleicht antworteten.

Aufgrund der genannten Altersunterschiede unterscheidet sich auch der Verwandtschaftsgrad zwischen den pflegenden und den pflegebedürftigen Personen. Bei der Interventionsgruppe sind insbesondere gegenüber den Nicht-Interessierten der Vergleichsgruppe deutlich mehr pflegende (Schwieger-)Kinder und weniger Lebenspartner. Dies erklärt auch die Haushaltssituation und die Altersverteilung der gepflegten Personen.

Die Altersunterschiede erklären aber nicht die Unterschiede bezüglich der Demenz. Auch bei Kontrolle des Alters der pflegenden Person nehmen deutlich mehr Personen teil, die eine demenziell erkrankte Person pflegen. Demnach könnte im demenziellen Bereich ein höherer subjektiver Bedarf vorliegen. Dagegen spricht jedoch, dass sich innerhalb der Vergleichsgruppe die Interessierten und die Nicht-Interessierten kaum unterscheiden (ähnlich in der Voruntersuchung Hetzel, Baumann & Diekmann, 2015). Eine Erklärung könnte sein, dass bei der Bewerbung der Seminare die im demenziellen Bereich gut organisierten Netzwerke (z.B. Landesinitiative Demenz-Service NRW, Alzheimer-Gesellschaft) effektiver waren als im nichtdemenziellen Bereich.

Bei den übrigen Strukturmerkmalen liegen keine bedeutsamen Unterschiede vor.

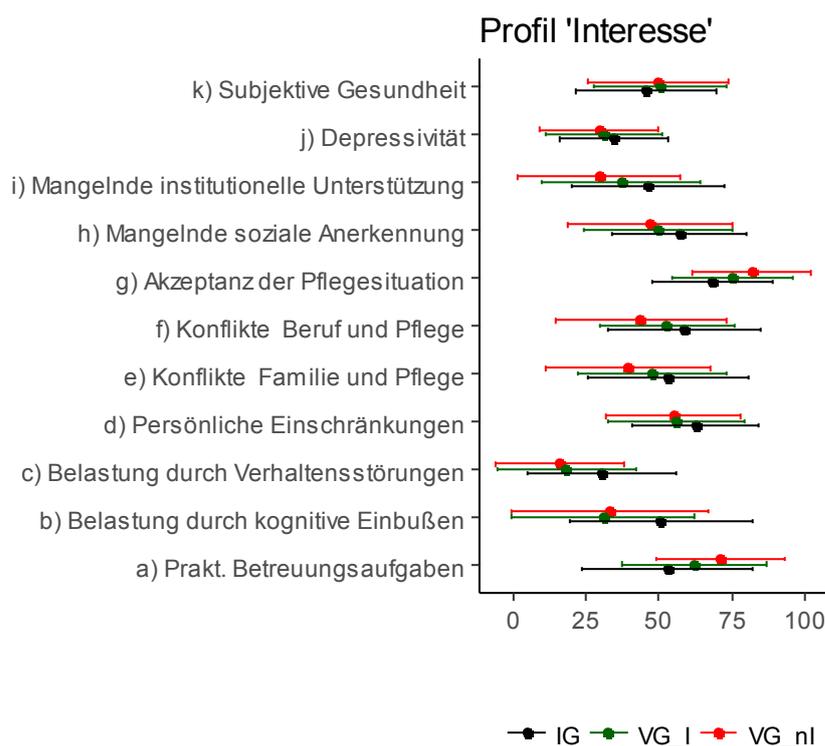
Tabelle 9: Struktur der Interventions- und Vergleichsgruppe.

| jeweils in %  |                          | IG<br>n=306 | VG davon |               |               |
|---|--------------------------|-------------|----------|---------------|---------------|
|   |                          |             | n=182    | VG_I<br>n=121 | VG_nI<br>n=61 |
| <i>Pflegende Person</i>                             |                          |             |          |               |               |
| Geschlecht  | weiblich                 | 82          | 73       | 73            | 72            |
|   | männlich                 | 18          | 27       | 27            | 28            |
| Altersgruppe  | bis 65 Jahre             | 70          | 62       | 50            | 28            |
|   | 66 Jahre und älter       | 30          | 58       | 50            | 72            |
| Bildungsabschluss                                   | kein Schulabschluss      | 1           | 0        | 0             | 0             |
|   | Haupt-/Volksschule       | 24          | 31       | 26            | 41            |
|   | Mittlere Reife/ Lehre    | 48          | 40       | 44            | 31            |
|   | Abitur/ Meister/ Studium | 27          | 29       | 30            | 28            |
| berufstätig   | nein                     | 49          | 75       | 69            | 89            |
|   | ja                       | 51          | 25       | 31            | 11            |
| Wo wohnen Sie?                                      | eher im städtischen Raum | 54          | 50       | 48            | 53            |
|   | eher im ländlichen Raum  | 46          | 50       | 52            | 47            |
| Ich bin ...<br>(verwandtschaftliches<br>Verhältnis) | Ehepartnerin/Ehepartner  | 37          | 61       | 54            | 75            |
|   | Tochter/Sohn             | 38          | 18       | 23            | 8             |
|   | Mutter/Vater             | 9           | 10       | 11            | 8             |
|   | Schwiegertochter/ -sohn  | 10          | 3        | 3             | 2             |
|   | sonstiges                | 7           | 8        | 9             | 7             |
| gemeinsamer Haushalt                                | nein                     | 39          | 19       | 21            | 13            |
|   | ja                       | 61          | 81       | 79            | 87            |
| <i>Gepflegte Person</i>                             |                          |             |          |               |               |
| Geschlecht  | weiblich                 | 52          | 51       | 55            | 44            |
|   | männlich                 | 48          | 49       | 45            | 56            |
| Altersgruppe  | bis 18 Jahre             | 5           | 7        | 9             | 3             |
|   | 19 bis 35 Jahre          | 3           | 1        | 1             | 0             |
|   | 36 bis 65 Jahre          | 11          | 9        | 10            | 7             |
|   | 66 bis 80 Jahre          | 32          | 46       | 45            | 48            |
|   | 81 Jahre und älter       | 49          | 37       | 35            | 43            |
| Pflegebeginn  | bis 1 Jahr               | 13          | 7        | 9             | 3             |
|   | über 1 bis 3 Jahre       | 28          | 29       | 27            | 33            |
|   | über 3 bis 8 Jahre       | 36          | 36       | 38            | 32            |
|   | über 8 bis 12 Jahre      | 9           | 11       | 8             | 17            |
|   | mehr als 12 Jahre        | 14          | 16       | 17            | 15            |
| ärztliche Demenzdiagnose                            | nein                     | 53          | 71       | 72            | 70            |
|   | ja                       | 47          | 29       | 28            | 30            |
| Pflegestufe   | keine oder Stufe 0       | 7           | 2        | 2             | 0             |
|   | Stufe 1                  | 35          | 35       | 34            | 36            |
|   | Stufe 2                  | 39          | 37       | 38            | 34            |
|   | Stufe 3                  | 18          | 27       | 26            | 30            |

Anmerkung: IG bzw. VG = Interventions- bzw. Vergleichsgruppe, VG\_I = Interessierte in der VG, VG\_nI = Nicht-Interessierte in der VG.

Die Belastungs- und Gesundheitsprofile der drei Gruppen unterscheiden sich. Nahezu durchgängig liegt das Profil der Interessierten zwischen den Nicht-Interessierten und den Teilnehmenden. Das bedeutet, dass an einer Teilnahme interessierte Personen deutlichere Stressoren (a-f) und ungünstigere Schutzfaktoren (g-i) aufweisen als nicht-interessierte Personen. Der Personenkreis, der tatsächlich an der Maßnahme teilnimmt, ist durch ein noch deutlicheres Risikoprofil gekennzeichnet. Die gesundheitlichen Zielgrößen unterscheiden sich in den drei Gruppen kaum (auch inferenzstatistisch nicht).

Abbildung 14. Belastungs- und Gesundheitsprofil nach Teilnahme-Interesse..



Anm: Mittelwert und Standardabweichung für IG = Interventionsgruppe (netto, n=248), VG\_I = Interessierte in der VG (n=121), VG\_nI = Nicht-Interessierte in der VG (n=61).

Die Befunde führen die Hinweise aus Kap. 3 weiter:

- PAUSE erreicht pflegende Angehörige, die durch höhere subjektive Belastungen und geringere Schutzfaktoren gekennzeichnet sind.
- PAUSE erreicht vor allem jüngere Personen – jünger bedeutet hier „unter 65 Jahre“ – und Frauen. Hier sollte bei der Gewinnung der Teilnehmenden entgegen gewirkt werden.

## 4.4 Organisation der Ersatzpflege während des Seminars

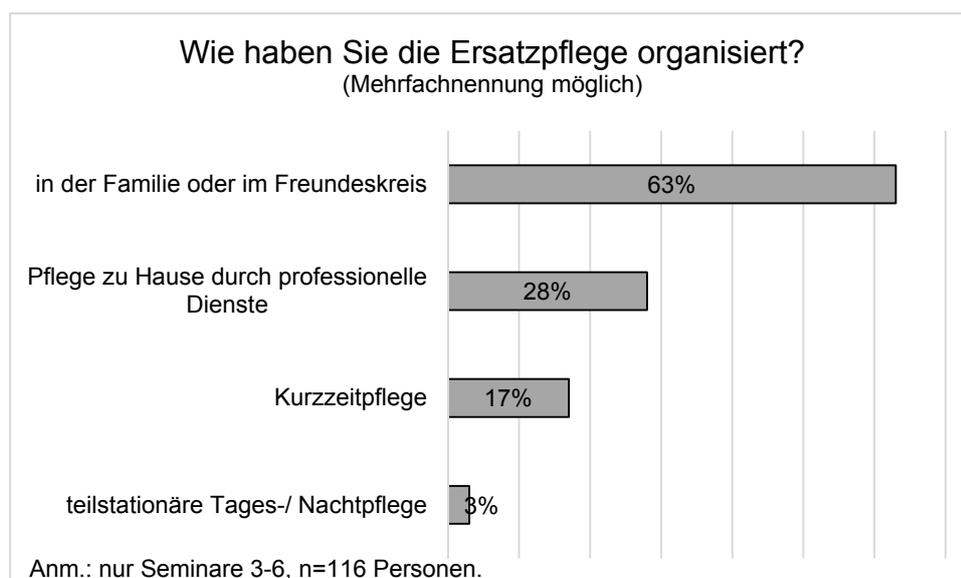
Kernbotschaft:

- Die Organisation der Ersatzpflege während des Seminars erfolgt mehrheitlich in der Familie oder im Freundeskreis.
- Mit Blick auf den Transfer ist hier Beratung nötig, um Selektionseffekte in die Maßnahme zu minimieren.

Das PAUSE-Seminar ist so konzipiert, dass die pflegenden Personen frei von Pflegeverantwortung teilnehmen. Für die pflegebedürftige Person muss also für die vier Tage Seminardauer eine Ersatzpflege organisiert werden.

Mehrheitlich (63%) organisieren die Teilnehmenden die Ersatzpflege in der Familie oder im Freundeskreis. 28% bzw. 17% nutzen professionelle Dienste zu Hause bzw. in der Kurzzeitpflege. Teilstationäre Tages-/Nachtpflege ist nur vereinzelt eine Alternative.

Abbildung 15: Ersatzpflege während des Seminars.



Die Organisation der Ersatzpflege ist für einige Teilnehmende mit hohem organisatorischem und emotionalem Aufwand verbunden. Hier hatten die Personen des Pflegeberatungstelefonats der BARMER GEK im Rahmen der Teilnehmergebung einen Beratungsschwerpunkt. Sollte dies mit Blick auf den Transfer entfallen, sind Selektionseffekte in die Maßnahme zu erwarten.

## 4.6 Der Entscheidungsprozess zur Nicht-Teilnahme

Kernbotschaften:

- Die Entscheidung, an PAUSE teilzunehmen bzw. sich trotz Interesse letztlich doch dagegen zu entscheiden, ist in der Regel ein längerer und dynamischer Prozess (hier bis zu 10 Beratungskontakte innerhalb von bis zu 2 Jahren).
- Wesentliche Gründe, die zur Nicht-Teilnahme führen aber auf die Beratung reagieren kann, betreffen die Ersatzpflege und den subjektiven Bedarf.
- Gibt es keine persönliche Beratung oder bleibt dies in der Beratung unberücksichtigt, dürfte dies zu weniger Teilnehmenden und zu Verzerrungen in der Teilnehmendenstruktur führen.

Nachfolgend soll beschrieben werden, warum trotz anfänglichem Interesse bei einigen Interessierten letztlich doch keine Teilnahme erfolgt. Datenquelle sind die Aufzeichnungen der Verantwortlichen für das Pflegeberatungstelefon.

Das Pflegeberatungstelefon ist eine pflegfachlich und sozial kompetent besetzte Zentrale bei der BARMER GEK. Ziel ist es, insbesondere Informationen rund um PAUSE zu bieten, zur Teilnahme zu motivieren und bei Bedarf die Organisation der Ersatzpflege zu unterstützen. Die Telefonnummer wird in den Medien und im Rahmen der Kundengespräche in den Regionalgeschäftsstellen beworben. Jede Person, die an PAUSE interessiert ist, kann dort anrufen. Jede Person, die an PAUSE teilnehmen möchte, muss dort anrufen. Die Personen des Pflegeberatungstelefon rufen auch aktiv Personen an, wenn Ihnen Telefonnummern von den Regionalgeschäftsstellen der BARMER GEK geliefert werden.

In der Projektlaufzeit haben die Personen des Pflegeberatungstelefon mit n=206 pflegenden Angehörigen gesprochen, die zunächst an einer Teilnahme an PAUSE interessiert waren („Interessierte“) aber sich dann letztlich doch gegen eine Teilnahme entschieden haben. Für diese Personengruppe soll nachfolgend aufgezeigt werden, (1) die Kontaktintensität und (2) welche Gründe der Nicht-Teilnahme vorlagen.

Die Entscheidung, trotz Interesse an PAUSE letztlich doch nicht teilzunehmen, ist in der Regel ein längerer und dynamischer Prozess. So haben die Personen des Pflegeberatungstelefon in 25% der Fälle dreimal Kontakt aufgenommen<sup>12</sup>, in 50% der Fälle viermal und in 75% der Fälle sechsmal. Das Maximum lag bei zehn Kontakten. Die Dauer der Kontakte schwankt von etwa einem Monat (25% der Personen) bis etwa 6,5 Monate (75% der Personen) und liegt im Maximum bei knapp zwei Jahren.

---

<sup>12</sup> Erfolgreiche Kontaktversuche (Nicht-Erreichen) sind nicht mitgezählt.

Tabelle 10: Kontaktintensität bei „Interessierten“, die letztlich doch nicht an PAUSE teilgenommen haben.

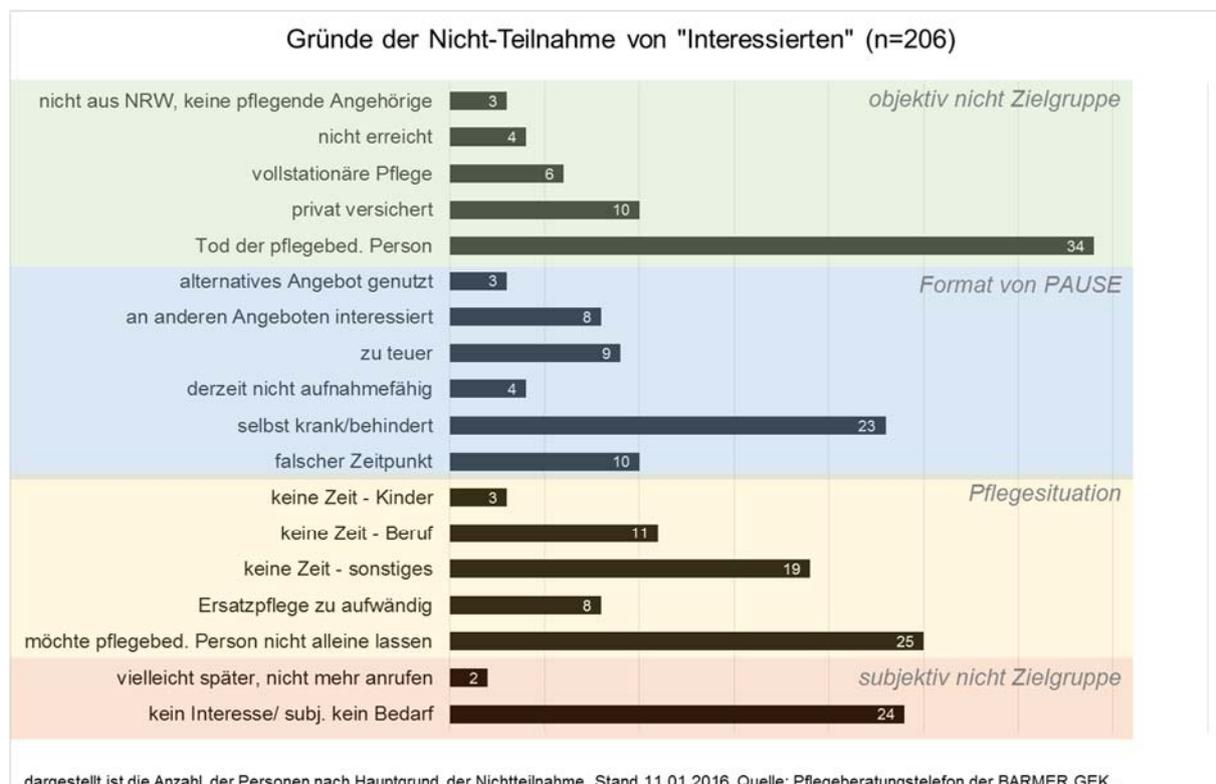
|                         | Kontaktdauer |        |        | Kontakthäufigkeit<br>Anzahl |
|-------------------------|--------------|--------|--------|-----------------------------|
|                         | Tage         | Wochen | Monate |                             |
| Minimum                 | 0            | 0      | 0      | 1                           |
| 25% der Personen bis zu | 34           | 4,8    | 1,2    | 3                           |
| 50% der Personen bis zu | 88           | 12,6   | 3,1    | 4                           |
| 75% der Personen bis zu | 183          | 26,1   | 6,5    | 6                           |
| Maximum                 | 636          | 9,9    | 22,7   | 10                          |

Anmerkungen: die Kontaktdauer ist bei 135 von 206 Personen dokumentiert (die Ausfälle sind als unsystematisch zu werten), die Kontakthäufigkeit wurde vollständig erst ab April 2015 dokumentiert (n=51 Personen).

In Abbildung 16 sind die Hauptgründe dieser Personengruppe (n=206) aufgeführt, die zur Nicht-Teilnahme geführt haben. Die Hauptgründe sind in vier Dimensionen kategorisiert:

- Objektiv nicht Zielgruppe: bei den meisten Personen ist innerhalb der Kontaktdauer die pflegebedürftige Person verstorben oder vollstationär im Pflegeheim.
- Format von PAUSE: etwa gleich verteilt sind die Gründe auf falscher Zeitpunkt, zu teuer und an anderen Angeboten interessiert bzw. schon genutzt (meist Erholungsangebote ohne Pflegeinhalte); sehr häufig werden eigene Gesundheitsprobleme genannt, die möglicherweise einer Rehabilitation bedürfen.
- Pflegesituation: diese Gründe betreffen „keine Zeit“ und die Organisation der Ersatzpflege sowie die Bereitschaft dafür.
- Subjektiv nicht Zielgruppe: hier liegt trotz Pflegeberatung subjektiv kein Bedarf und kein Interesse an PAUSE vor.

Abbildung 16: Gründe der Nicht-Teilnahme von „Interessierten“ (Quelle: Pflegeberatungstelefon).



Die ersten beiden Kategorien (objektiv nicht Zielgruppe, Format von PAUSE) sind eher nicht zu beeinflussen. Die beiden letzten Kategorien sind durch motivierende Pflegeberatung beeinflussbar. Nach Auskunft der Personen des Pflegeberatungstelefon ist dies in zahlreichen Fällen auch erfolgt. Eine Quantifizierung dieser Fälle war aber nicht Gegenstand der Evaluation. Insbesondere die Bereitschaft zur Ersatzpflege sowie deren Organisation war ein Schwerpunkt der Pflegeberatung. Allerdings zeigten sich wiederholt die Grenzen der Ersatzpflege, beispielhaft in folgendem Beratungsprozess (7 Monate, 6 Kontakte):

*„Interessentenschriften versendet per E-mail; (...) erneut Interessentenschriften postalisch versendet; Interesse für 2015, (...) verschieben, weil dem pflegebedürftigen Ehemann geht es derzeit überhaupt nicht gut; hat inzwischen 6 Kurzzeitpflegeeinrichtungen angerufen und es gab keine Möglichkeit zum Zeitpunkt des Seminars einen Platz zu bekommen.“ (Nr. 162, 7 Monate, 6 Kontakte)*

Die fehlenden Möglichkeiten in Kurzzeiteinrichtungen zeigten sich vor allem, wenn die pflegebedürftigen Angehörigen Kinder oder junge Erwachsene waren. Kommen dann weitere Barrieren hinzu, ist die Absage vielfach die zwangsläufige Folge.

*„Erstkontakt: wir melden uns im neuen Jahr, (...) sucht noch Kurzzeitpflege, (...) gerade Hüftoperation hinter sich, (...) Absage: 1. Braucht nach ihrer OP "richtigen" Urlaub, 2. Kommt mit den Leistungsansprüchen aus Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege nicht aus, 3. Findet für ihre Tochter keine adäquate Kurzzeitpflege.“ (Nr. 169, 12 Monate, 6 Kontakte)*

Die Daten zu Kontaktintensität und zu den Gründen der Nicht-Teilnahme machen deutlich, dass die Gewinnung von Teilnehmenden in vielen Fällen eine intensive und persönliche Ansprache voraussetzt. Fehlt diese, dürfte dies zu weniger Teilnehmenden und zu Verzerrungen in der Teilnehmendenstruktur führen.

## 5 Nachsorge

Die Nutzung von Nachsorge ist Teil des Interventionskonzeptes. Ziel der Nachsorge ist es, den Transfer des im Seminar Gelernten in den Alltag zu unterstützen oder die Seminarangebote zu vertiefen. Unter Nachsorge wird im Folgenden die Häusliche Schulung, der Pflegekurs (weil er zur Häuslichen Schulung konzeptionell ähnlich ist) und die Familiengesundheitspflege verstanden.

Die Möglichkeiten der Nachsorge werden im Seminar vorgestellt, die Nutzung ist aber freiwillig. Die Angebote stünden auch der Vergleichsgruppe zur Verfügung. Dies führt zu folgenden Fragen:

- Können Seminar-Teilnehmende zur Nutzung von Nachsorge motiviert werden?
- Wie intensiv muss für die häusliche Schulung geworben werden?
- Wer nutzt Nachsorge insbesondere Familiengesundheitspflege?
- Welcher Bedarf besteht in Bezug auf Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement?

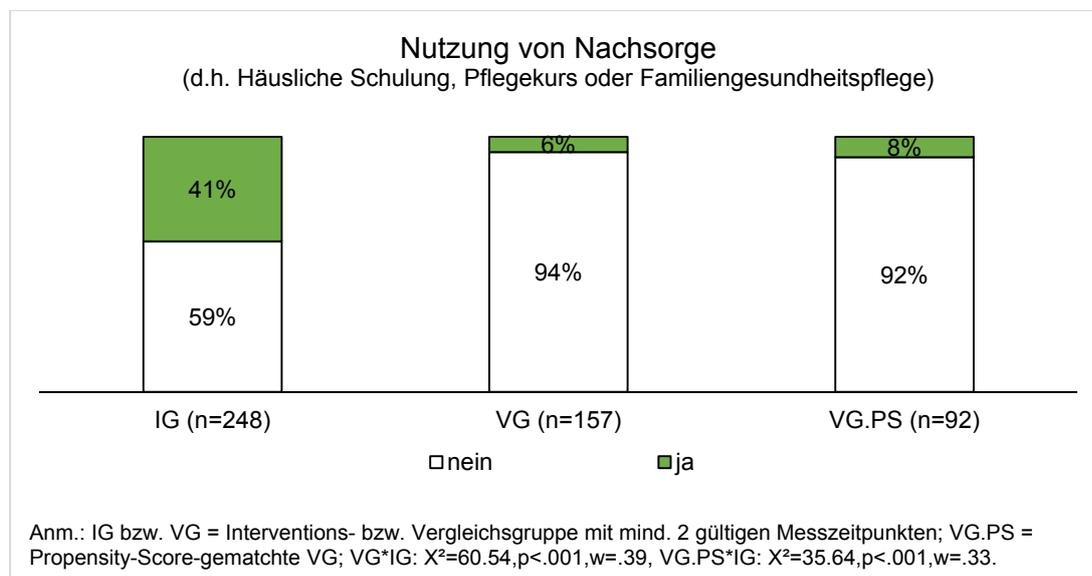
### 5.1 Können Seminar-Teilnehmende zur Nutzung von Nachsorge motiviert werden?

Kernbotschaft::

- Knapp die Hälfte (41%) der Teilnehmenden nutzen Nachsorge, während in der Vergleichsgruppe nahezu niemand diese Angebote nutzt.

Abbildung 17 zeigt: 41% der Seminar-Teilnehmenden nutzen Nachsorge. In der Vergleichsgruppe – auch nach dem Propensity Score Matching – werden die Angebote der Nachsorge nahezu gar nicht genutzt (6% bzw. 8%).

Abbildung 17: Nutzung der Nachsorge.



Von den die Nachsorge nutzenden Personen der Interventionsgruppe (n=102 bzw. 41% aus Abbildung 17) haben - unter Berücksichtigung der Nutzung mehrere Angebote –

- 42 Personen (41%) den Pflegekurs,
- 43 Personen (42%) mindestens einer Häusliche Schulung und
- 43 Personen (42%) die Familiengesundheitspflege genutzt<sup>13</sup>.

Da die Nachsorge Teil des Interventionskonzeptes ist, ist die Überlegenheit in der Interventionsgruppe wenig überraschend. Allerdings nutzen nicht alle Seminar-Teilnehmenden die Nachsorge, obwohl die Angebote der Nachsorge in den Seminaren thematisiert wurden. Aus folgenden Gründen ist davon auszugehen, dass der wahre Anteil höher liegen dürfte. Denn (1) wurden die Angaben der Personen der Interventionsgruppe, von denen keine Angaben zur Nachsorge vorlagen (14%), der Gruppe „keine Nachsorge“ zugeordnet. Es könnte durchaus sein, dass ein Teil dieser Personen tatsächlich Nachsorge genutzt hat und nur keine Informationen darüber vorliegen. (2) wurde im ersten Seminar die Familiengesundheitspflege nicht systematisch angeboten. (3) wurde die häusliche Schulung in einzelnen Seminaren weniger intensiv beworben (siehe nachfolgendes Kapitel), so dass bei entsprechender Bewerbungsintensität höhere Quoten erzielt worden wären. (4) ist die regionale und zeitliche Versorgung mit den Angeboten der Nachsorge unterschiedlich, so dass nicht alle Interessierten die Angebote tatsächlich nutzen konnten.

Der Befund in der Vergleichsgruppe bestätigt die bereits bekannte Erkenntnis, dass Angebote der Nachsorge aktiv beworben und wenn möglich zugehend sein müssen (Dräger, Blüher, Kummer & Budnick, 2013; Zegelin, Segmüller, Daldrup, Schieron et al., 2013).

<sup>13</sup> Die Daten beziehen sich auf die Nettostichprobe, d.h. auf Personen mit mindestens zwei gültigen Messzeitpunkten. Brutto gibt es mehr Nutzer ohne aber die Relationen zu verändern (Häusliche Schulung n=46, Pflegekurs n=46, Familiengesundheitspflege n=49).

## 5.2 Wie intensiv muss für die häusliche Schulung geworben werden?

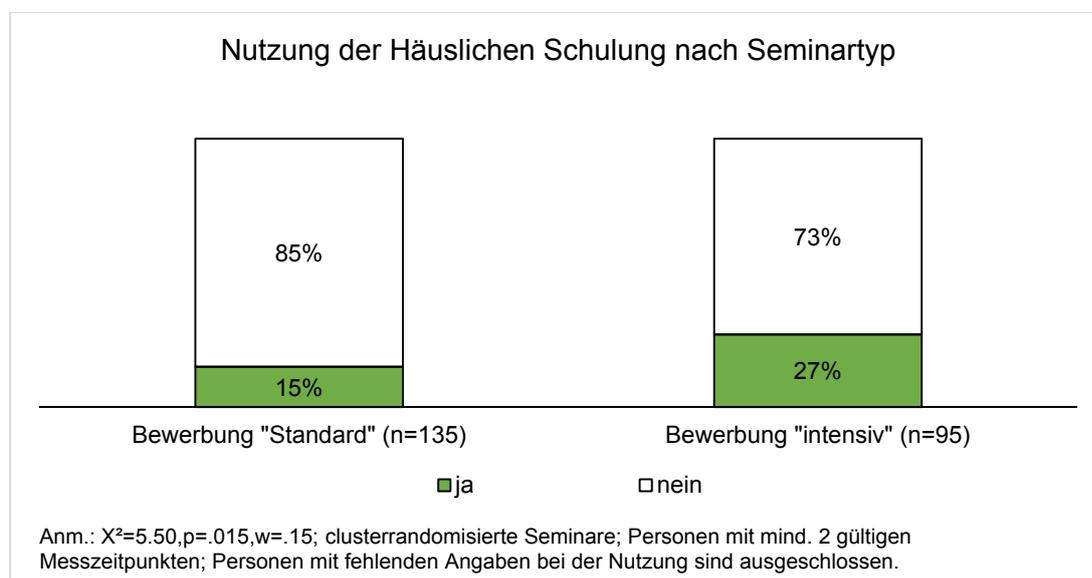
Kernbotschaft:

- Häusliche Schulung muss beworben werden, damit sie überhaupt genutzt wird.
- Je niederschwelliger der Zugang zur Häuslichen Schulung ist, umso häufiger wird sie genutzt.

Um zu überprüfen, wie intensiv und zugehend die Werbung für die Häusliche Schulung sein muss, damit pflegende Angehörige diese nutzen, wurden zwei Seminartypen eingesetzt: (1) Bewerbung „Standard“ und (2) Bewerbung „intensiv“ (siehe Kap. 2.2.3). Wegen der Clusterrandomisierung sind die Teilnehmenden der beiden Seminartypen jeweils als strukturell vergleichbar anzunehmen.

Insgesamt haben 20% der Seminar-Teilnehmenden die Häusliche Schulung genutzt<sup>14</sup>. In den Seminaren mit intensiver Werbung haben deutlich mehr Personen (27%) die Häusliche Schulung genutzt als in den Seminaren, in denen das Angebot standardmäßig (15%) beworben wurde.

Abbildung 18: Nutzung der Häuslichen Schulung nach Seminartyp.



Zu diskutieren ist die insgesamt relativ geringe Nutzung der Häuslichen Schulung, auch in den Seminaren mit intensiver Werbung. Dies könnte mehrere Gründe haben. (1) Das Versorgungsproblem wurde bereits im vorherigen Kapitel genannt. (2) haben einige Teilnehmende den Pflegekurs vorgezogen, der zwar ähnliche Inhalte vermittelt, aber als Gruppenangebot und nicht in der häuslichen Umgebung konzipiert ist. (3) könnte trotz der

<sup>14</sup> Personen mit fehlende Werten sind hier ausgeschlossen.

intensiven Werbung – es wurden regionalisierte Telefonlisten zur Verfügung gestellt – noch immer der Zugangsbarrieren bestehen, weil die Teilnehmenden selbst einen geeigneten Anbieter finden und kontaktieren müssen. Gerade bei Personen mit depressiven Symptomen und geringen persönlichen Freiräumen könnte dann die fehlende Eigeninitiative limitierend sein.

### 5.3 Wer nutzt Familiengesundheitspflege?

Kernbotschaft:

- Etwa die Hälfte der hochbelasteten Teilnehmenden nutzten die Familiengesundheitspflege.
- Grund für Ablehnungen war mehrheitlich, dass bereits eine gute Versorgung (z.B. Psychotherapie) gewährleistet ist.
- Erfolgsvoraussetzung war die persönliche Ansprache und der niederschwellige Zugang (Türöffnerfunktion des Seminars).

Seminar-Teilnehmende, die aufgrund der Angaben im Fragebogen zu Seminarbeginn (1) eine deutliche Gesundheitsproblematik aufwiesen und (2) einer komplexen Pflegesituation ausgesetzt sind (im Einzelnen siehe Kap. 2.2.2), wurden im Seminar kontaktiert und ihnen wurde die Familiengesundheitspflege angeboten.

Von den Personen, die aufgrund des Kriteriums für Familiengesundheitspflege angesprochen wurden, haben etwa die Hälfte tatsächlich die Familiengesundheitspflege genutzt (49 von 94 Personen, 52%).

Ein Teil der Nichtnutzer hat bereits im Seminar Gründe für die Ablehnung artikuliert:

*„Ich bin bereits in psychotherapeutischer Behandlung.“*

*„Das ist mir zu viel. Ich bin gut versorgt.“*

*„Mir reicht pflegfachliche Schulung.“*

*„Die verschaffen mir auch keine sozialen Kontakte.“*

Implizit, d.h. nicht ausgesprochen, dürften Gründe dazu kommen, die mit dem Eintreten von Fachpersonal in die eigene Häuslichkeit zu tun haben, z.B. Angst vor Kontrolle, Scham (Zegelin, Segmüller, Daldrup, Schieron et al., 2013; Dräger, Blüher, Kummer & Budnick, 2013). Die Gründe im Einzelnen wurden in der Studie nicht vertieft. Die Mehrzahl der Gründe bezogen sich aber auf eine bereits gute Versorgung.

In der Vergleichsgruppe hat niemand die Familiengesundheitspflege genutzt. Dies mag zum einen daran liegen, dass das Angebot zwar auf den Internetseiten der BARMER GEK sowie deren Pflegeberatung kommuniziert wird, aber bei den pflegenden Angehörigen nahezu unbekannt ist. Zum anderen und wesentlicher dürfte sein, dass die Hemmschwelle, ein intensives Beratungsangebot wie die Familiengesundheitspflege zu nutzen, sehr hoch sein. Ein Großteil der Personen hat das Angebot nur angenommen, weil es im Seminar eingehend und im persönlichen Gespräch beschrieben wurde, weil es unverbindlich und zugehend war, weil im Seminar ein persönlicher und vertrauensvoller Kontakt mit Verantwortlichen der BARMER GEK entstanden ist. Dies beruht auf der Erfahrung des Autors, der in den Seminaren die Gespräche mit den potenziellen Nutzenden geführt hat.

Eine Fachkraft für Familiengesundheitspflege bestätigt, dass

*„einige Personen (...) ohne das Seminar wohl kaum eine individuelle Beratung durch Familiengesundheitspflege annehmen (...) Angst vor „Kontrolle“ durch die individuelle Beratung ist genommen.“ (FGP 1)*

Das bedeutet, dass das Seminar ein Türöffner für weiterführende und intensive Maßnahmen wie beispielsweise die Familiengesundheitspflege ist.

Ein weiterer Seminareffekt ist,

*„(...) die Klienten kommen informierter in die FGP, z.B. hohes Wissen an Unterstützungsmöglichkeiten (...) Hemmschwellen und Hürden, sich zu öffnen, sind geringer. (...) Die Fallarbeit war nicht anders als ohne PAUSE. Der Einstieg war aber einfacher und auf einem höheren Niveau.“ (FGP 1).*

*„Bei den meisten waren Ängste und Hemmfaktoren geringer. Das betrifft z.B. die Schweigepflicht oder die Angst, dass ähnlich wie beim MDK eine Kontrollfunktion ausgeübt wird. Die meisten waren sofort offen für die Beratung.“ (FGP 2)*

Von den 49 Nutzenden nahmen die Familiengesundheitspflege in Anspruch: 32% 1-2-mal, 42% 3-6-mal und 26% 7-9-mal (9 Termine waren das Maximum).

*„Die Fälle waren typisch für andere Fälle, die ich betreue. In der Regel wird zunächst die Pflegeversorgung geregelt. Danach geht es um Aktivitäten, die auf das eigene Wohlbefinden abzielen. (...) Die individuelle Betreuung zu Hause ist in meinen Augen sehr wichtig. Denn dort treten die Probleme auf. Dann kommt die Frage wie regele ich das? Das ist in einem Seminar nur eingeschränkt möglich. Insgesamt konnte ich sehr gut helfen. (...) Bei einer Person haben wir die Beratung in beiderseitigem Einvernehmen aber abgebrochen. Die Person wollte nichts verändern.“ (FGP 2)*

Der Bezug zum Seminar wurde vielfach hergestellt.

*„Entspannungsübungen haben etwa die Hälfte angenommen“ (FGP 1)*

*„Dabei hat sich u.a. die „Liste angenehmer Aktivitäten“ aus dem Seminar bewährt. Die wurde dann entweder eigenständig oder als Hausaufgabe ausgefüllt. Teilweise habe ich dann telefonisch oder per Mail oder beim Folgetermin nachgefragt, ob sie ihre Pläne umgesetzt haben. Die meisten brauchen einen Coach, sonst geht das im Alltag unter.“ (FGP 2)*

## 5.4 Wer nutzt Nachsorge?

Kernbotschaft:

- Es gibt nur leichte Verzerrungen bei der Inanspruchnahme der Nachsorge. Häufiger nutzen Personen mit mittlerer Bildung, pflegende Partner und im städtischen Raum wohnend.

In Tabelle 11 sind die Merkmale der Person und der Pflegesituation dargestellt in Abhängigkeit davon, ob Nachsorge genutzt wurde oder nicht.

Tabelle 11: Merkmale der Person und der Pflegesituation nach Nachsorgenutzung.

| jeweils in %  |                          | Nachsorge genutzt |      | Δ          |
|---|--------------------------|-------------------|------|------------|
|   |                          | ja                | nein |            |
| <i>Pflegende Person</i>                             |                          |                   |      |            |
| Geschlecht  | weiblich                 | 85                | 84   | 1          |
|   | männlich                 | 15                | 16   | -1         |
| Altersgruppe  | bis 65 Jahre             | 69                | 71   | -2         |
|   | 66 Jahre und älter       | 31                | 29   | 2          |
| Bildungsabschluss                                   | kein Schulabschluss      | 1                 | 1    | 0          |
|   | Haupt-/Volksschule       | 20                | 25   | -5         |
|   | Mittlere Reife/ Lehre    | 55                | 45   | <b>10</b>  |
|   | Abitur/ Meister/ Studium | 25                | 29   | -4         |
| berufstätig   | nein                     | 51                | 45   | 6          |
|   | ja                       | 49                | 55   | -6         |
| Wo wohnen Sie?                                      | eher im städtischen Raum | 58                | 49   | 9          |
|   | eher im ländlichen Raum  | 42                | 51   | -9         |
| Ich bin ...<br>(verwandtschaftliches<br>Verhältnis) | Ehepartnerin/Ehepartner  | 45                | 32   | <b>13</b>  |
|   | Tochter/Sohn             | 31                | 40   | -9         |
|   | Mutter/Vater             | 11                | 10   | 1          |
|   | Schwiegertochter/ -sohn  | 8                 | 12   | -4         |
|   | sonstiges                | 5                 | 5    | 0          |
| gemeinsamer Haushalt                                | nein                     | 31                | 38   | -7         |
|   | ja                       | 69                | 62   | 7          |
| <i>Gepflegte Person</i>                             |                          |                   |      |            |
| Geschlecht  | weiblich                 | 47                | 58   | <b>-11</b> |
|   | männlich                 | 53                | 42   | <b>11</b>  |
| Altersgruppe  | bis 18 Jahre             | 7                 | 3    | 4          |
|   | 19 bis 35 Jahre          | 3                 | 5    | -2         |
|   | 36 bis 65 Jahre          | 13                | 11   | 2          |
|   | 66 bis 80 Jahre          | 32                | 34   | -2         |
|   | 81 Jahre und älter       | 45                | 47   | -2         |
| Pflegebeginn  | bis 1 Jahr               | 14                | 10   | 4          |
|   | über 1 bis 3 Jahre       | 27                | 26   | 1          |
|   | über 3 bis 8 Jahre       | 39                | 38   | 1          |
|   | über 8 bis 12 Jahre      | 8                 | 10   | -2         |
|   | mehr als 12 Jahre        | 12                | 16   | -4         |
| ärztliche Demenzdiagnose                            | nein                     | 56                | 57   | -1         |
|   | ja                       | 44                | 43   | 1          |
| Pflegestufe   | keine oder Stufe 0       | 9                 | 8    | 1          |
|   | Stufe 1                  | 28                | 35   | -7         |
|   | Stufe 2                  | 41                | 40   | 1          |
|   | Stufe 3                  | 22                | 17   | 5          |

Anmerkung: Interventionsgruppe mit mind. 2 gültigem Messzeitpunkten und mit Nachsorge ja (n=102) bzw. nein (n=146); Δ=Unterschied.

Deutliche (mind. 10%-Punkte) Unterschiede gibt es bei der Bildung, beim verwandtschaftlichen Verhältnis, beim Geschlecht der pflegebedürftigen Person und „fast“ beim Wohnort (9%-Punkte).

Nachsorge-Nutzende haben häufiger mittlere Reife. Ein derartiger Bildungsbias ist auch bei der Nutzung von Präventionsangeboten bekannt (Jordan & von der Lippe, 2013). Möglicherweise könnte diesbezüglich in weiteren Seminaren gezielt entgegengewirkt werden.

Nachsorge-Nutzende sind häufiger pflegende Partner und seltener (Schwieger-)Kinder. Da die Nutzung unabhängig vom Alter ist, könnte die emotionale Bindung zur pflegebedürftigen Person ein Grund sein.

Nachsorge-Nutzende sind seltener im ländlichen Raum. Zum einen könnte dies in Angebotsengpässen begründet sein. Eine Sichtung der Anbieter von Häuslichen Schulungen und der hohen regionalen Mobilität der Fachkräfte der Familiengesundheitspflege legen aber nahe, dass dies nicht der Hauptgrund sein dürfte. Wahrscheinlicher ist die höhere Anonymität im städtischen Umfeld bzw. die höhere soziale Kontrolle im ländlichen Raum. Auch diesbezüglich könnte in weiteren Seminaren gezielt entgegengewirkt werden.

Nachsorge-Nutzende kümmern sich häufiger um Männer. Gründe hierfür sind spekulativ. Wahrscheinlicher ist ein Artefakt, weil der Unterschied deutlich geringer ist, wenn als Grundgesamtheit die Bruttostichprobe zugrunde gelegt wird.

## 5.5 Welcher Bedarf besteht in Bezug auf Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement?

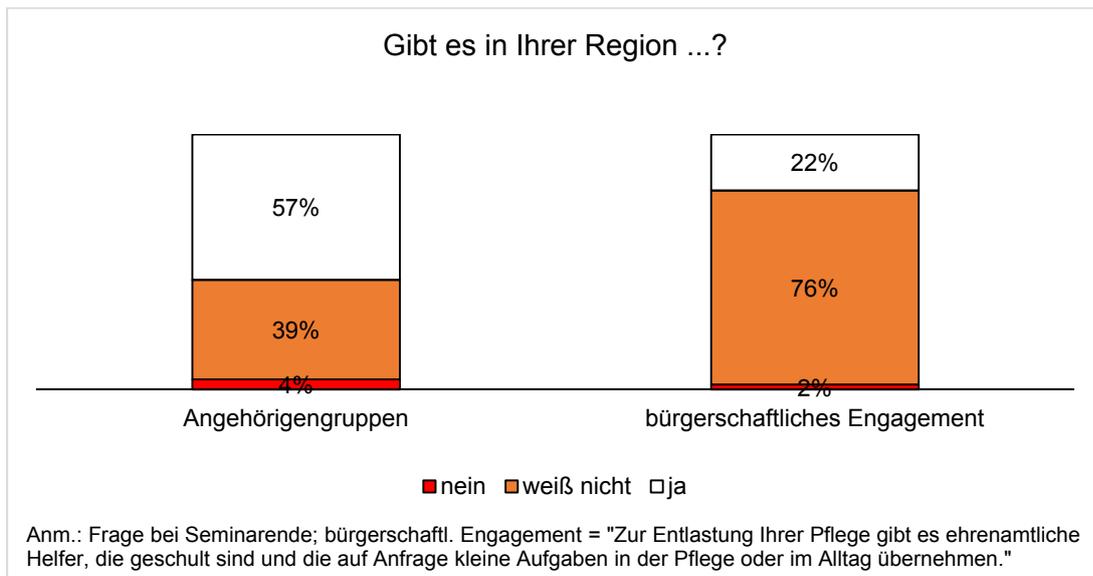
Kernbotschaft:

- Subjektiv besteht ein deutlicher Bedarf an Angehörigengruppen und bürgerschaftlichem Engagement, der angebotsseitig oft nicht gedeckt scheint.

Neben den bisher genannten Unterstützungsangeboten wurden in den Seminaren Möglichkeiten und gute Praxis von Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement thematisiert.

Es ist bekannt, dass derartige Angebote regional in unterschiedlicher Quantität und Qualität vorhanden sind (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011). Sowohl in Bezug auf Selbsthilfe als auch in Bezug auf bürgerschaftliches Engagement ist von einem hohen Wissensdefizit auszugehen (siehe Abbildung 19). Dies wiegt angesichts des hohen subjektiven Bedarfs umso stärker: 52% würden eine Angehörigengruppe nutzen, 83% würden auf bürgerschaftliches Engagement zurückgreifen.

Abbildung 19: Versorgungssituation bezüglich Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement.



Subjektiv besteht demnach ein deutlicher Bedarf an Angehörigengruppen und bürgerschaftlichem Engagement, der angebotsseitig oft nicht gedeckt scheint.

*„Ich bin selber emotional ausgebrannt, außerdem körperlich nicht mehr fit. Nach 7 Jahre Pflege fällt es mir schwer, dass ich mich in der Berufswelt zurecht finde. Da ist jetzt diese rationale Welt. Und die letzten Jahre ging alles nur nach Gefühl. Ich bräuchte einen Ex-Angehörigen-Treff zum Austausch.“ (Frau G.)*

*„Bislang hat mir meine Nachbarin geholfen. Die ist aber seit Kurzem krank und fällt wohl aus. Bei PAUSE habe ich von der AWO erfahren, dass da was möglich ist und dass ich so wieder Zeit für mich finde, wenn ich mal weg muss z.B. zu einer Beerdigung oder zum Frisör. Ich hoffe das klappt.“ (Frau O.)*

## 6 Akzeptanz

Ein wichtiges Gütekriterium von Interventionen ist die Akzeptanz bei der Zielgruppe. Daher werden in den folgenden Kapiteln Bewertungen zum Seminar bzw. zur Nachsorge beschrieben. Zudem wird der subjektive Nutzen für die PAUSE-Teilnehmenden bei Seminarende und im Abstand von neun Monaten beschrieben.

### 6.1 Bewertungen zum Seminar

Kernbotschaft:

- Das Seminar wird inhaltlich und organisatorisch sehr positiv bewertet.
- Die Weiterempfehlungsquote liegt bei über 90%.
- Der Seminarort ist eine wesentliche Erfolgsvoraussetzung.

Bei Seminarende konnten die PAUSE-Teilnehmenden das Seminar anhand von geschlossenen Fragen bewerten (siehe Abbildung 20). Die Bewertungen sind insgesamt sehr positiv. So lag das Empfehlungsmarketing bei über 90%. Die organisatorischen Rahmenbedingungen wurden ebenfalls sehr positiv bewertet.

Dies untermauern die zahlreichen Freitextantworten und Rückmeldungen, die nahezu durchgängig von Dankbarkeit und Zufriedenheit geprägt waren, stellvertretend:

*„Ganz herzlich möchte ich mich (...) bedanken für das schöne verlängerte Wochenende, die anregenden Gespräche, die guten Ratschläge, das hervorragende Essen und überhaupt. Ich glaube, dass ich viele Tipps im Alltag umsetzen kann (...). Das Pflegebett habe ich schon bestellt und ihn in einer Seniorenresidenz (...) zur Kurzzeitpflege angemeldet, damit ich mal eine Woche allein verreisen kann. Sie sehen, ich habe u.a. gelernt, auch einmal Pause zu machen.“ (Email einer Teilnehmenden)*

In Gesprächen mit Teilnehmenden wurde zudem deutlich, dass das Hotelambiente und die attraktiven Rahmenbedingungen in der Umgebung (z.B. Kurpark, Solebad, Einkaufsmöglichkeiten) ein tragendes Moment nicht nur für die Anmeldung zum Seminar, sondern auch für das Einlassen auf die Seminarinhalte waren.

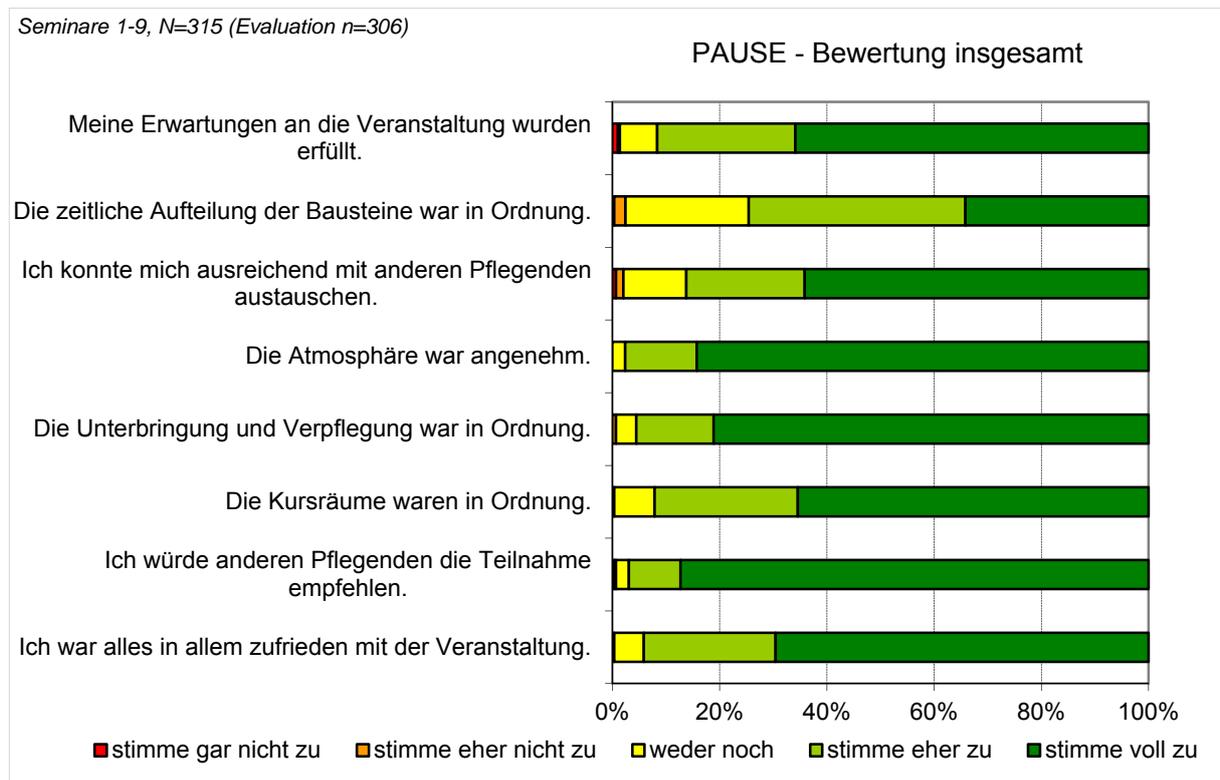
*„Wichtig war, die Tage mal raus zu kommen aus dem Pflegealltag. Das Ganze mit Abstand wahrnehmen ist viel effektiver, weil sonst geht man da belastet hin“ (Frau F.)*

*„PAUSE war erholsam. Es war Luxus pur, dass ich mich nur um mich kümmern musste. Ich konnte mich an den gedeckten Tisch setzen.“ (Frau O.)*

Ein weiteres tragendes Moment ist die Kompaktheit des Angebotes.

*„Bei PAUSE waren verschiedene Kompetenzen an einem Ort gebündelt. Die ganzen Informationen und praktischen Hilfen z.B. zur Lagerung meiner Mutter. Das hätte ich mir sonst mühsam und mit Aufwand zusammensuchen müssen.“ (Frau P.)*

Abbildung 20: Bewertungen zum Seminar bei Seminarende.



Auffallend sind die vergleichsweise „schlechten“ Bewertungen bei der zeitlichen Aufteilung und beim Austausch mit anderen Pflegenden. Diese Bewertungen waren vor allem den ersten Seminaren geschuldet und wurden bei Zwischenauswertungen deutlich. Die Diskussion im Teilnehmenden, mit den Referenten und im Projektteam führte zu einigen aber marginalen Änderungen des initialen Konzepts. Eine Auflistung der wesentlichen Kritikpunkte aus Sicht der Teilnehmenden ist im Anhang (N.N.) hinterlegt.

Erstens kamen in den ersten beiden Seminaren die Teilnehmenden teils mit falschen Erwartungen in das Seminar. Insbesondere durch den Titel „PAUSE“ wurde nach Aussagen der Teilnehmenden Wellness-Charakter und Freizeit suggeriert. Einige Teilnehmenden waren vom Seminarcharakter überrascht – allerdings wurde dieser mehrheitlich auch begrüßt. In der Folge wurde bei der Anmeldung zum Seminar offensiver das Seminarprogramm besprochen und damit der Seminarcharakter verdeutlicht. Dies hatte zur Folge, den einen oder anderen Teilnehmenden zu verlieren, aber die Erwartungen waren danach realistischer.

Zweitens wurde deutlich, dass das Seminarprogramm in den ersten beiden Seminaren zu dicht war bzw. zu wenig Freiräume ließ. In der Folge wurde die Teilnahme an den Vorträgen

(jeweils vor der Mittagspause) freigestellt. Zudem wurde die Teilnahme an der psychologisch geführten Gesprächsgruppe am Samstag freigestellt. In der so frei werdenden Zeit konnten optional Einzelgespräche mit den Psychologinnen geführt werden oder an Entspannungsübungen teilgenommen werden. Diese Entzerrung des Programms hat sich in den folgenden Seminaren als angemessen bewährt.

*„Außerdem war der Erfahrungsaustausch gut. Ernst genommen zu werden, das hat gut getan.“ (Frau P.)*

Drittens wurden Gruppengrößen reduziert. Nach den Seminaren 2 und 3 mit jeweils über 50 Teilnehmenden wurde die maximale Anzahl auf 50 gedeckelt. Die Gruppengrößen in den Regionalgruppen wurden reduziert, indem jetzt parallel bis zu fünf Gruppen angeboten werden. Das führte beispielhaft zu folgenden Aussagen

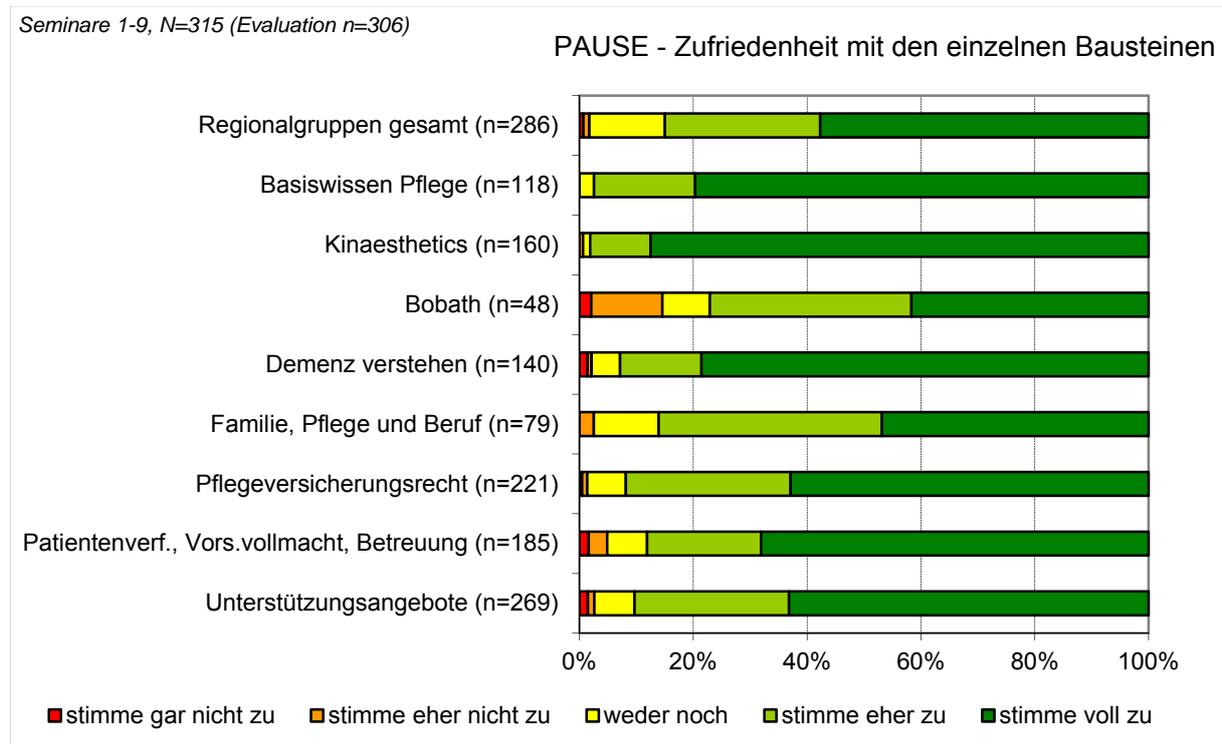
*„Die Atmosphäre war wohltuend und trotz der Informationsfülle entspannt.“ (N.N.)*

Die PAUSE-Teilnehmenden konnten zudem die einzelnen Seminarbausteine bei Seminarende bewerten. Auch hier waren die Bewertungen weit überwiegend positiv. Zudem wurden Verbesserungsvorschläge als Freitext gesammelt. Nach jedem Seminar wurden die Ergebnisse an die Referenten gespiegelt und im Projektteam besprochen. Auf diese Weise wurden vor allem in den ersten beiden Seminaren einzelne Inhalte und Methoden feinjustiert. Dabei waren aber keine substanziellen Änderungen nötig.

*„Der Workshop „Demenz“ war hervorragend insbesondere weil Frau N.N. viel aus der Praxis berichtet hat. Ich habe die Demenz nachher mit anderen Augen gesehen. Es wäre so wichtig, Angehörige bereits im Frühstadium zu erreichen, weil man die Aggressionen und Ausreden nicht richtig deutet. Man muss sich frühzeitig Hilfe holen sonst ist man irgendwann ein seelisches Wrack. Daher ist meine Empfehlung an alle pflegenden Angehörigen, daran teilzunehmen.“ (Frau F.)*

*„Vor allem der Vortrag über Betreuung war damals relevant und auch jetzt für mich, weil ich keine Verwandten habe. Ich habe jetzt auch eine Notfallkarte im Geldbeutel.“ (Frau W.)*

Abbildung 21: Bewertungen der einzelnen Seminarbausteine bei Seminarende.



Die hohe Akzeptanz gegenüber dem Seminar und den einzelnen Bausteinen bestätigen auch die beiden interviewten Fachkräfte der Familiengesundheitspflege aus den Rückmeldungen ihrer Klienten.

*„Die Pflegenden stehen im Mittelpunkt und haben sich verstanden gefühlt. Ein solches Verständnis für pflegende Angehörige fehlt im Alltag. Ich darf mich mal um mich kümmern.“ (FGP 2)*

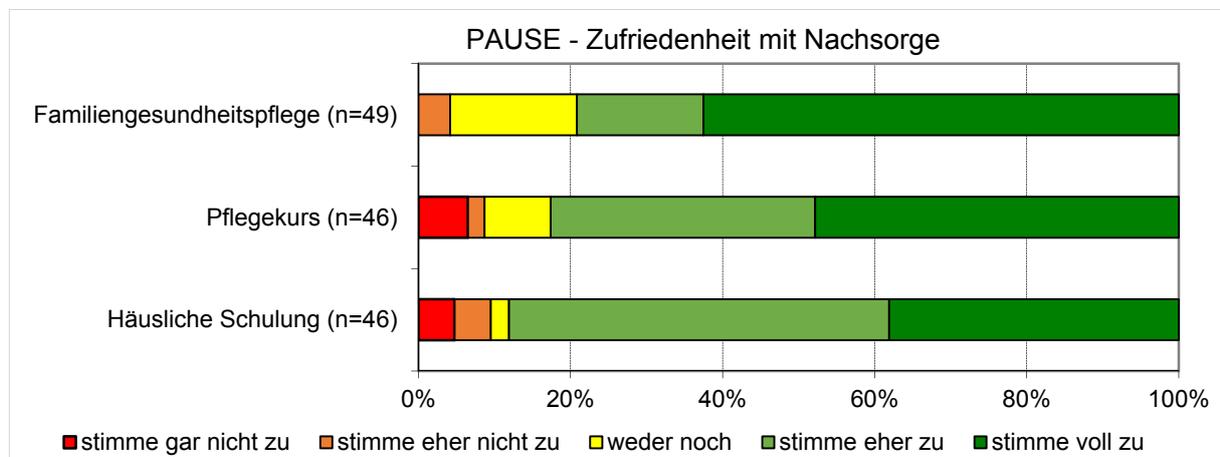
## 6.2 Bewertung zur Nachsorge

Kernbotschaft:

- Die Nutzer der Nachsorge werten die Angebote positiv.

Die einzelnen Angebote der Nachsorge wurden überwiegend positiv bewertet. Die Gründe für negative Bewertungen wurden nicht erhoben. Da dies aber nur einzelne Personen betrifft dürfte dem keine Systematik zugrunde liegen.

Abbildung 22: Bewertungen der einzelnen Seminarbausteine bei Seminarende.



Die Familiengesundheitspflege verfolgt einen individuellen Ansatz. Exemplarisch soll hier die Sichtweise eines Teilnehmenden die Arbeit der Familiengesundheitspflege illustrieren.

*„Die 9 Termine habe ich voll ausgenutzt. Frau N.N. war sehr kompetent und hat zugehört. Sie war gut als Stütze und als zweite Meinung. Es ist schwer jemand Kompetentes zu finden. Es hat gut gepasst. Noch mehr Termine wären wünschenswert gewesen, weil Prozesse erst losgetreten werden (...). Außerdem muss man ja auch erst mal warm werden. Schließlich lässt man die Hosen runter. Die wesentlichen Erfolge? Ich sehe vieles nicht mehr so verbissen. Ich kann mir inzwischen auch eingestehen, es geht nicht mehr. Antizipieren von „Was wäre wenn“. Zum Beispiel „Was mache ich wenn meine Frau verstirbt?“ „Wenn die Kinder aus dem Haus sind?“ Eine wirkliche Lösung zu meiner Perspektive habe ich noch nicht. Aber ich beschäftige mich damit, wie ich aus dem Loch komme. Bezüglich Bewerbung habe ich Anregungen bekommen wie ich mit der Lücke im Lebenslauf umgehe. Einzelförderung für meine Kinder. Ich habe die Hemmschwelle übertreten, weil man zum Jugendamt gehen muss. Wir sind gemeinsam die Bürokratie angegangen.“ (Herr M.)*

### 6.3 Erlebter Nutzen

Kernbotschaft:

- Die Teilnehmenden geben einen sehr hohen subjektiven Nutzen bezüglich Belastungen, Schutzfaktoren und Gesundheit an.
- Im Zeitverlauf sinkt der subjektive Nutzen etwas – möglicherweise aufgrund von zunehmenden Pflegebelastungen oder Transferschwierigkeiten im Pflegealltag. Der Nutzen wird aber auch nach neun Monaten noch als hoch bewertet.

In den vorherigen Kapiteln wurde deutlich, dass von einer hohen Akzeptanz der PAUSE-Teilnehmenden gegenüber den Maßnahmen auszugehen ist. Offen dabei ist, wie ausgeprägt der persönliche Nutzen dieser Maßnahmen im Einzelnen ist. Dies ist Gegenstand der folgenden Ausführungen.

In den Interviews wurde der persönliche Nutzen eindrucksvoll beschrieben, hier exemplarisch einige Aussagen (zahlreiche weitere Aussagen im Anhang unter N.N.):

*„Für mich und meine Persönlichkeit hat mich PAUSE weitergebracht. Wie kommt man runter und dass man auch an sich selber denken muss, z.B. mit Entspannungsübungen und Achtsamkeit. Außerdem war mein familiäres Gefüge angespannt. PAUSE war da ein Input von vielen und hat uns weiter gebracht. Ich habe auch gelernt, die Vielzahl der Aufgaben zu strukturieren.“ (Herr A.)*

*„Hätte ich den Kurs früher gemacht, hätte ich mehr profitiert“ (Frau F.)*

*„Mir ist viel bewusster, dass es genau so wichtig ist, selber auf sich zu achten. Das heißt sich selber rausnehmen, kein schlechtes Gewissen zu haben, Entspannungsübungen zu machen. Das habe ich im Kopf nachhaltig verankert. Ich kann Hilfe von anderen besser annehmen. Auch wenn das meine Mutter nicht akzeptiert. Dann sage ich, wenn ich nicht mehr kann, dann geht gar nichts mehr. Das war mir nach PAUSE bewusster. Kraft und Energie kann nur zum Teil aus dem Umfeld kommen, die Hauptsache ist man selber.“ (Frau P.)*

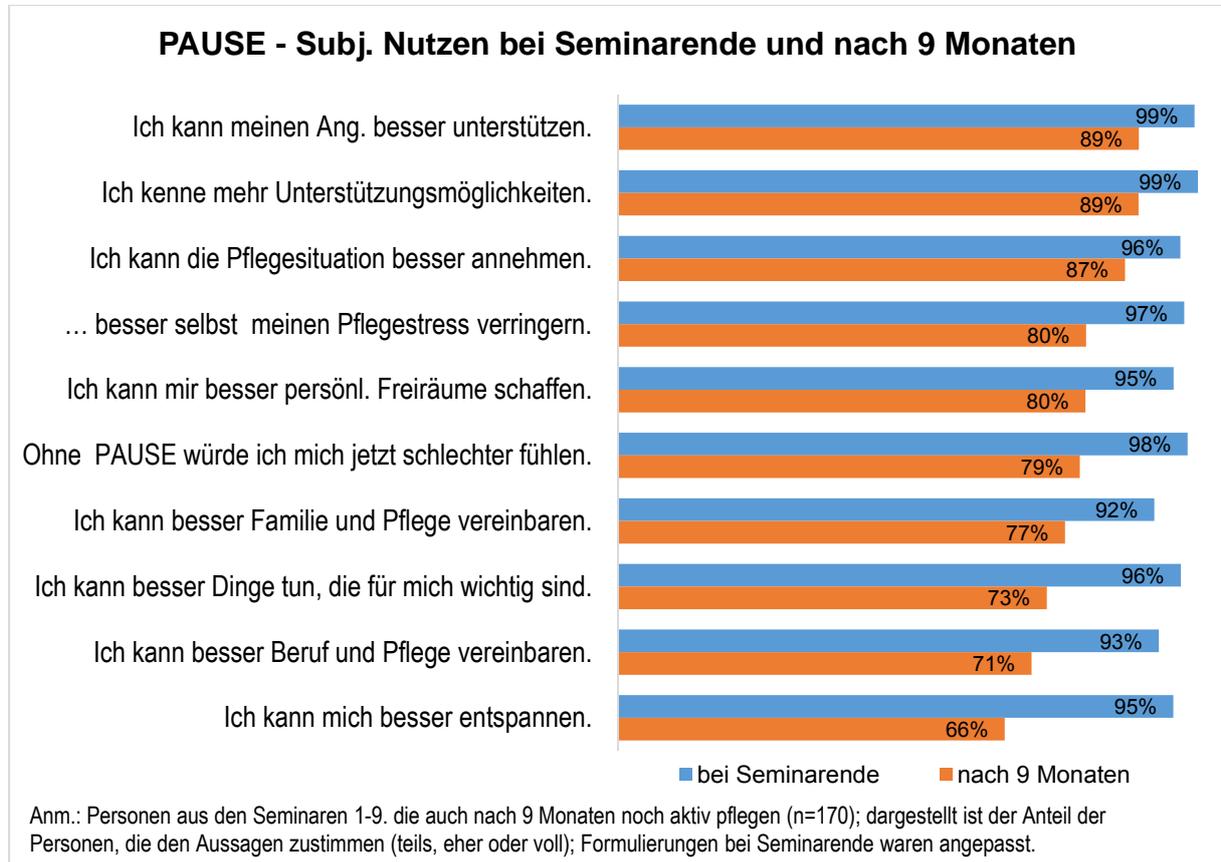
*„Wenn es PAUSE nicht gegeben hätte, dann hätte ich selber recherchiert. Aber ob ich das alles so gefunden hätte? Meine Kasse bot keine Tipps.“ (Frau W.)*

Die per Fragebogen abgefragten Nutzenkategorien sind am Wirkungsmodell orientiert. Dies erlaubt eine Einschätzung, an welchen Stellen des Wirkungsmodells und wie ausgeprägt ein subjektiver Nutzen vorliegt. Darüber hinaus können diese Bewertungen den Entwicklungen, die auf Ebene einzelner Fragen oder Skalen (z.B. Gesundheit) ermittelt werden, gegenüber gestellt werden. Damit können methodische Probleme, die sich beispielsweise aus Response-Shift (Güthlin, 2004) ergeben, diskutiert werden.

Für alle Nutzenkategorien wurden Aussagen formuliert und das Ausmaß der Zustimmung abgefragt, sowohl bei Seminarende als auch nach 9 Monaten. In der folgenden Abbildung sind die Ergebnisse für die Personen dargestellt, die nach 9 Monaten noch aktiv pflegen. Bei Seminarende geben über 90% der Teilnehmenden an, dass sie der jeweiligen Nutzenkategorie zumindest teilweise zustimmen. Neun Monate später sind die Zustimmungsquoten geringer, aber immer noch deutlich. Nachhaltig am häufigsten werden

genannt „bessere Pflege“, „Kenntnisse zu Unterstützungsmöglichkeiten“ und „Akzeptanz der Pflegesituation“. Die deutlichste Reduktion liegt bei „Entspannung“, „Vereinbarkeit“ und „Prioritätensetzung“ vor.

Abbildung 23: Subjektiver Nutzen bei Seminarende und nach 9 Monaten.



Wie ist die geringere Zustimmung nach neun Monaten zu erklären? Entweder war die Zustimmung bei Seminarende zu hoch – dies ist angesichts sozialer Erwünschtheit denkbar. Oder die Zustimmungsquoten sinken angesichts zunehmender Pflegebelastungen oder Schwierigkeiten beim Transfer des Gelernten in den Alltag tatsächlich geringer. Empirisch soll dies hier nicht weiter verfolgt werden.

Es gibt im Einzelfall aber auch steigenden Nutzen.

*„Jetzt, nach so langer Zeit [9 Monate] sehe ich wie nachhaltig dieses kurze PAUSE-Programm war. Ich habe sehr davon profitiert. (...) Ich als Pfleger rückte mit meinen Bedürfnissen wieder in den Fokus. Ich erkannte den Wert meiner sonst so selbstverständlich geleisteten Arbeit. Das hat für mein Selbstwertgefühl unglaublich gut getan. Danke!“ (N.N.)*

*„Bei einem Tief denke ich an die vielen Gespräche und dann bin ich wieder stark.“ (N.N.)*

## 7 Stressoren und Schutzfaktoren im Zeitverlauf

Auf stresstheoretischer Basis wurden in Kap. 2.1 wesentliche Treiber für die Gesundheit der pflegenden Angehörigen beschrieben. Im Folgenden soll geprüft werden, ob diese Treiber durch PAUSE in eine förderliche Richtung beeinflusst wurden.

Methodisch wird dazu für jeden Treiber das Basisniveau mit dem Niveau nach 9 Monaten verglichen – zunächst für die primären dann für die sekundären Stressoren und zuletzt für die Schutzfaktoren. Es werden jeweils die Personen betrachtet, die auch nach 9 Monaten noch aktiv pflegen (es werden also alle Personen ausgeschlossen, die entweder die Pflege vorzeitig beendet haben oder bei der Nachbefragung nicht teilgenommen haben). Die Vergleichsgruppe ist die Propensity Score gematchte Vergleichsgruppe, um „Äpfel-Birnen-Vergleiche“ zu vermeiden. Es werden Varianzanalysen mit Messwiederholung eingesetzt und Niveauunterschiede bei der Basis werden adjustiert. Das hat den Vorteil, dass so der Gruppenunterschied nach neun Monaten der interessierende Nettoeffekt ist – also die Antwort auf die Frage „Was wäre passiert, wenn die PAUSE-Teilnehmenden nicht an PAUSE teilgenommen hätten?“.

Alle relevanten Informationen sind in den Grafiken enthalten: erstens das Niveau der geschätzten Mittelwerte, um die Richtung erkennen zu können; zweitens in der Fußzeile die Angabe, ob der Nettoeffekt statistisch signifikant ist (also  $p < 0,05$ ) und wie groß der Nettoeffekt ist (also  $d \geq 0,2$  für kleiner Effekt und  $d \geq 0,5$  für mittlerer Effekt)<sup>15</sup>.

Die Fallzahlreduktion ist durch das gewählte Vorgehen zwar deutlich. Angesichts der unsystematischen Ausfälle (siehe Kap. 2.3.5) ist sie aber vertretbar. Außerdem müssen zwischenzeitliche Effekte und die Informationen der Personen mit vorzeitigem Maßnahmeende unberücksichtigt bleiben. Für eine Näherung an die Nettoeffekte nach neun Monaten ist das Vorgehen jedoch als ausreichend zu werten.

### 7.1 Primäre Stressoren

Kernbotschaften:

- Nach PAUSE sinken die primären Stressoren.
- Denn PAUSE-Teilnehmende greifen bei ihren Betreuungsaufgaben vermehrt auf Fremdhilfe zu und die subjektiven Pflegebelastungen werden als geringer eingestuft.

Sämtliche primären Stressoren sind nach neun Monaten gesunken.

Bei den Betreuungsaufgaben wird nach PAUSE zunehmend auf Fremdhilfe zurückgegriffen. Der Nettoeffekt, also der Effekt wenn die pflegenden Angehörigen nicht an PAUSE teilgenommen hätten, ist statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ) und deutlich ( $d = 0,24$ , kleiner Effekt).

---

<sup>15</sup> Der Nettoeffekt ist die Interaktion von Zeit\*Gruppe. Alle weiteren Effekte werden hier nicht berichtet, weil sie hier keine praktische Bedeutung haben. Die Effektstärke  $d$  ist hier der Nettoeffekt gemäß der Ausführungen im Anhang Kap. 13.6.

Wichtig dabei: Die Anzahl der Betreuungsaufgaben ist zwischen den beiden Gruppen sowohl bei der Basiserhebung als auch bei der Nachbefragung nach 9 Monaten gleich (Basis mit  $T(252)=1,42$ ,  $p=0,156$  und 9 Monate mit  $T(252)=1,44$ ,  $p=0,150$ ).

„Auf mehr Fremdhilfe zurückgreifen“ bedeutet, dass für die pflegenden Angehörigen Freiräume entstehen. Da dieser Schritt häufig von Barrieren geprägt ist (Brügger, Jaquier & Sottas, 2016), ist dies ein deutlicher Erfolg.

*„Durch das Seminar sind die Berührungsängste einen Pflegedienst zu kontaktieren deutlich geringer geworden. Auch haushaltsnahe Dienstleistungen, das hilft im Alltag unglaublich.“ (N.N.)*

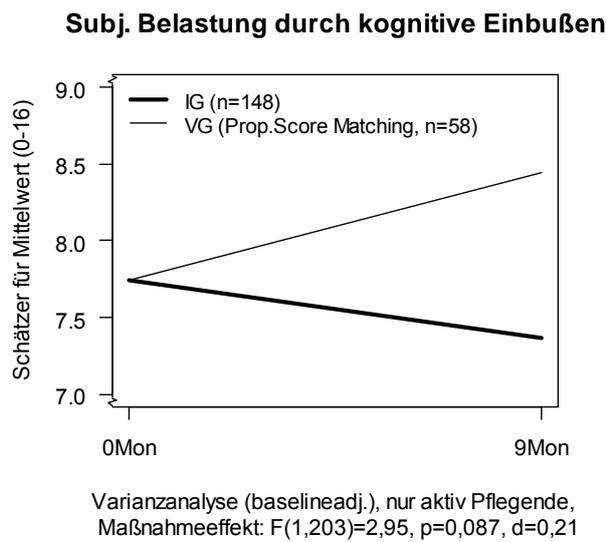
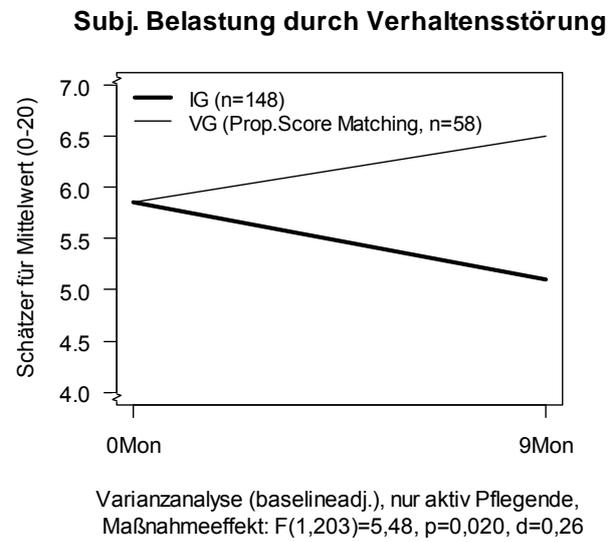
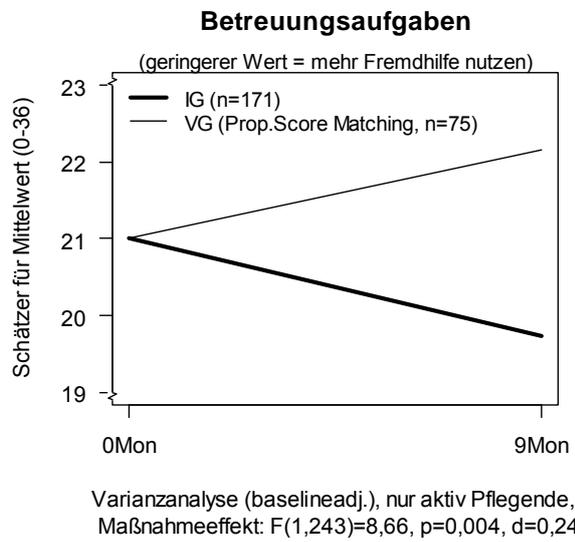
Die Freiräume können für eigene Bedürfnisse genutzt werden und können so das eigene Wohlbefinden fördern. Es könnte zwar auch bedeuten, dass die Betreuungsaufgaben nicht mehr alleine zu bewältigen sind – vielleicht weil zu schwer, zu aufwändig oder zu schwierig sind. Aber es gibt in den Daten keine Hinweise, dass dies nur auf die Interventionsgruppe und nicht auf die Vergleichsgruppe zutreffen könnte. Denn die Anzahl der Betreuungsaufgaben ist in beiden Gruppen gleich und die Vergleichsgruppe ist bezüglich zentraler Strukturmerkmale gematcht.

Die subjektiven Belastungen sinken nach PAUSE. Die Nettoeffekte sind jeweils deutlich (kleiner Effekt), bei den kognitiven Einbußen jedoch nur auf dem 10%-Niveau statistisch abgesichert. Dies könnte auch an der geringeren Fallzahl liegen, weil die Skala für pflegende Eltern irrelevant ist. Bedeutsam dabei ist, dass die kumulierten objektiven Pflege- und sonstigen Belastungen in beiden Gruppen gleich sind ( $T(252)=0,52$ ,  $p=0,603$ ).

Häufig wurde freitextlich benannt, dass allein das Hören der Probleme der Anderen zu Neubewertungen und damit zu einer Reduktion der subjektiven Belastungen führte (siehe dazu Engel & Engel, 2012).

*„Ich habe überrascht festgestellt, dass viele Angehörige dennoch eine positive Lebensfreude ausstrahlen.“ (N.N.)*

Abbildung 24: Entwicklung der primären Stressoren.



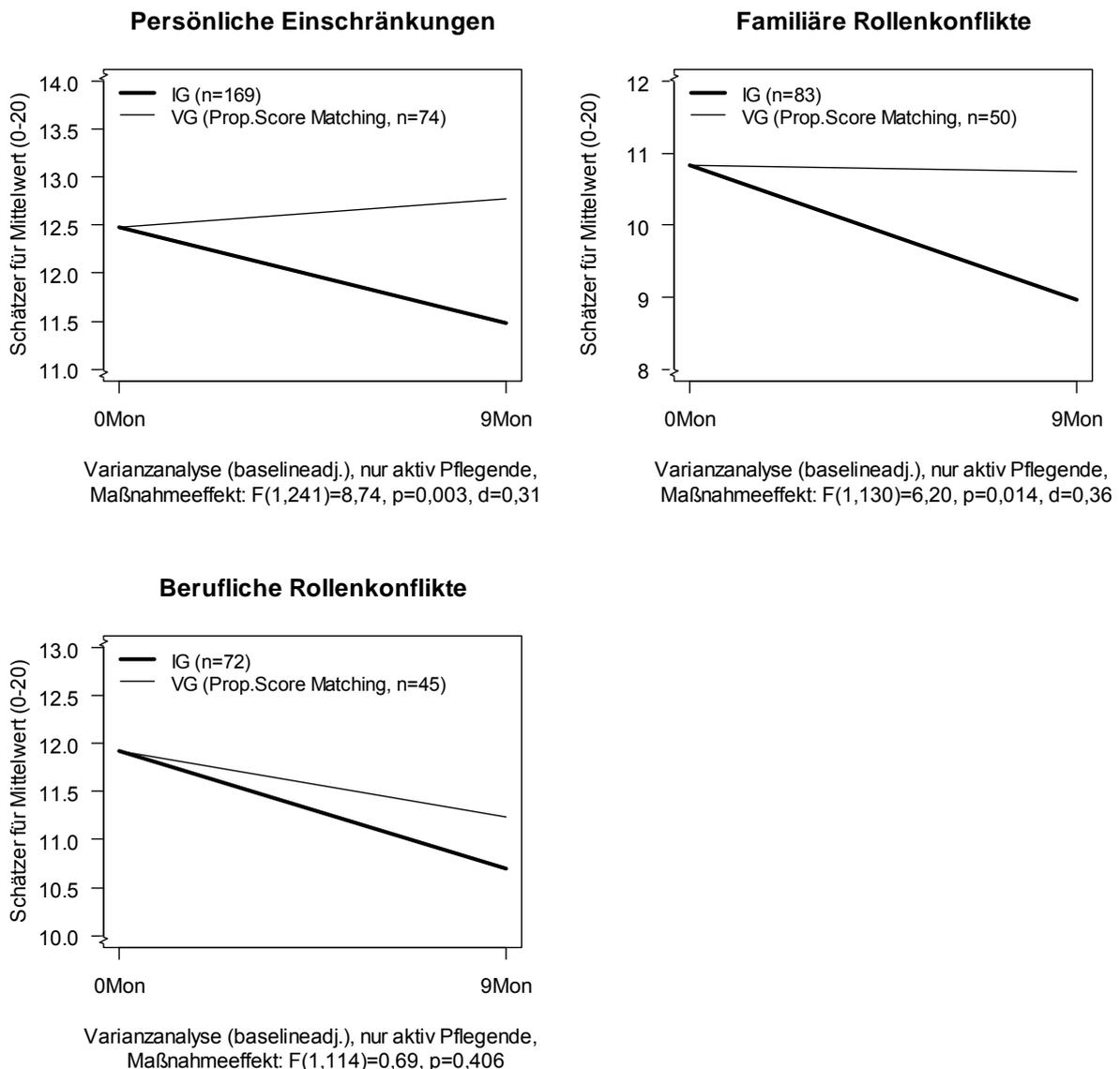
## 7.2 Sekundäre Stressoren

Kernbotschaften:

- Nach PAUSE sinken sekundäre Stressoren.
- Denn die persönlichen Einschränkungen und die familiären Rollenkonflikte sinken.
- Berufliche Rollenkonflikte sinken zwar tendenziell, aber es gibt keinen signifikanten Maßnahmeeffekt.

Die sekundären Stressoren sind nach neun Monaten gesunken. Dem Wirkungsmodell folgend dürfte dies die Folge davon sein, dass sich sowohl primäre Stressoren (vorheriges Kapitel) als auch Schutzfaktoren (folgendes Kapitel) günstig entwickelt haben.

Abbildung 25: Entwicklung der sekundären Stressoren.



Persönliche Einschränkungen sinken, während sie in der Vergleichsgruppe leicht zunehmen. Der Maßnahmeeffekt ist signifikant und deutlich ( $d=0,31$ ). Dies ist mit Blick auf die Gesundheit der pflegenden Angehörigen umso bedeutsamer, als dass persönliche Einschränkungen als Hauptindikator für Depressivität einzustufen sind (Zank, Schacke, 2007).

Familiäre Rollenkonflikte wurden erhoben, sofern nicht der Partner gepflegt wird. Dies zieht eine geringer Fallzahl nach sich. Dennoch ist der Maßnahmeeffekt signifikant und deutlich ( $d=0,36$ ).

Berufliche Rollenkonflikte wurden nur bei berufstätigen Personen erhoben. Auch dies reduziert die Fallzahl deutlich. Der Maßnahmeeffekt ist zwar tendenziell in der erwarteten Richtung, aber nicht statistisch signifikant. Dies dürfte aber nicht in mangelnder Qualität der Intervention gründen. Vielmehr ist die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in hohem Maße von der Veränderungsbereitschaft des Arbeitgebers abhängig (z.B. Klaus & Tesch-Römer, 2014; Hetzel, 2014), die in der vorliegenden Studie aber keine Interventionsgegenstand war.

### 7.3 Schutzfaktoren

Kernbotschaften:

- Nach PAUSE haben sich den Schutzfaktoren, die den Stressprozess moderieren, günstig entwickelt.
- So sind die Akzeptanz der Pflegesituation, die soziale Anerkennung und die institutionelle Unterstützung deutlich günstiger ausgeprägt als ohne die Teilnahme an PAUSE.

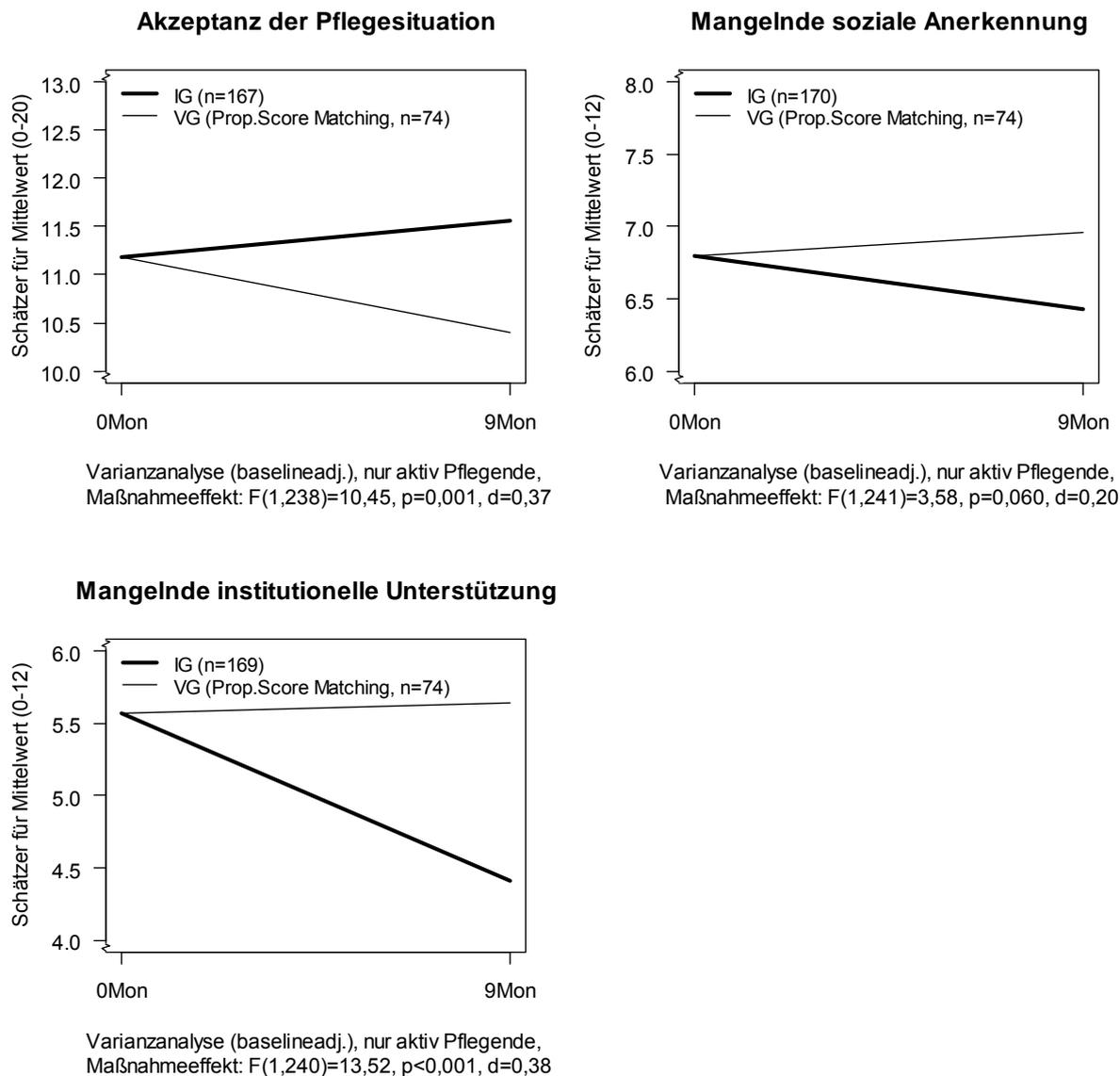
Den Wirkungszusammenhang von primären und sekundären Stressoren sowie deren Auswirkungen auf die Gesundheit moderieren verschiedene Merkmale, die hier als Schutzfaktoren bezeichnet werden. Im der vorliegenden Untersuchung wurde dazu die Akzeptanz der Pflegesituation, die soziale Anerkennung und die institutionelle Unterstützung erhoben. Derartige Faktoren rücken zunehmend in den Fokus der Forschung (Brügger, Jaquier & Sottas, 2016). Alle drei Merkmale zeigen günstige Verläufe.

Die Akzeptanz der Pflegesituation ist stresstheoretisch eine zentrales Element von Bewältigungshandeln (Lazarus & Folkman, 1984). Während in der Interventionsgruppe die Akzeptanz steigt, sinkt sie in der Interventionsgruppe. Der Maßnahmeeffekt ist signifikant und deutlich ( $d=0,37$ ).

Soziale Anerkennung ( $d=0,20$ ) und vor allem institutionelle Unterstützung ( $d=0,38$ ) entwickeln sich ebenfalls günstig (da die Fragen negativ formuliert sind, sind geringere Werte und daher fallende Kurven günstig). Allerdings ist der Maßnahmeeffekt bei sozialer Anerkennung nur auf dem 10%-Niveau statistisch signifikant.

„Wichtig war auch, dass ich als pflegende Person erkannt wurde und dass meine Leistung anerkannt wurde. Das hilft und motiviert. Ich halte auch Kontakt zu anderen PAUSE-Teilnehmenden.“ (Herr A.)

Abbildung 26: Entwicklung der moderierenden Merkmale.



Einen weiteren beachtenswerten Schutzfaktor benennt eine Teilnehmerin:

„Eines habe ich auch gelernt. (...) Lachen ist erlaubt.“ (Frau W.)

Sogar PAUSE insgesamt wird als Schutzfaktor bewertet:

„Die Resilienz steigt, wenn man Probleme löst. Insofern ist PAUSE so etwas wie ein Problemlösungshelfer.“ (Herr A.)

## 8 Verhalten im Zeitverlauf

### 8.1 Absichten der Verhaltensänderung

Kernbotschaft:

- Jede Person geht mit mindestens einer Änderungsabsicht nach Hause.
- Absichtsänderungen betreffen sowohl die Pflege als auch das eigene Wohl.

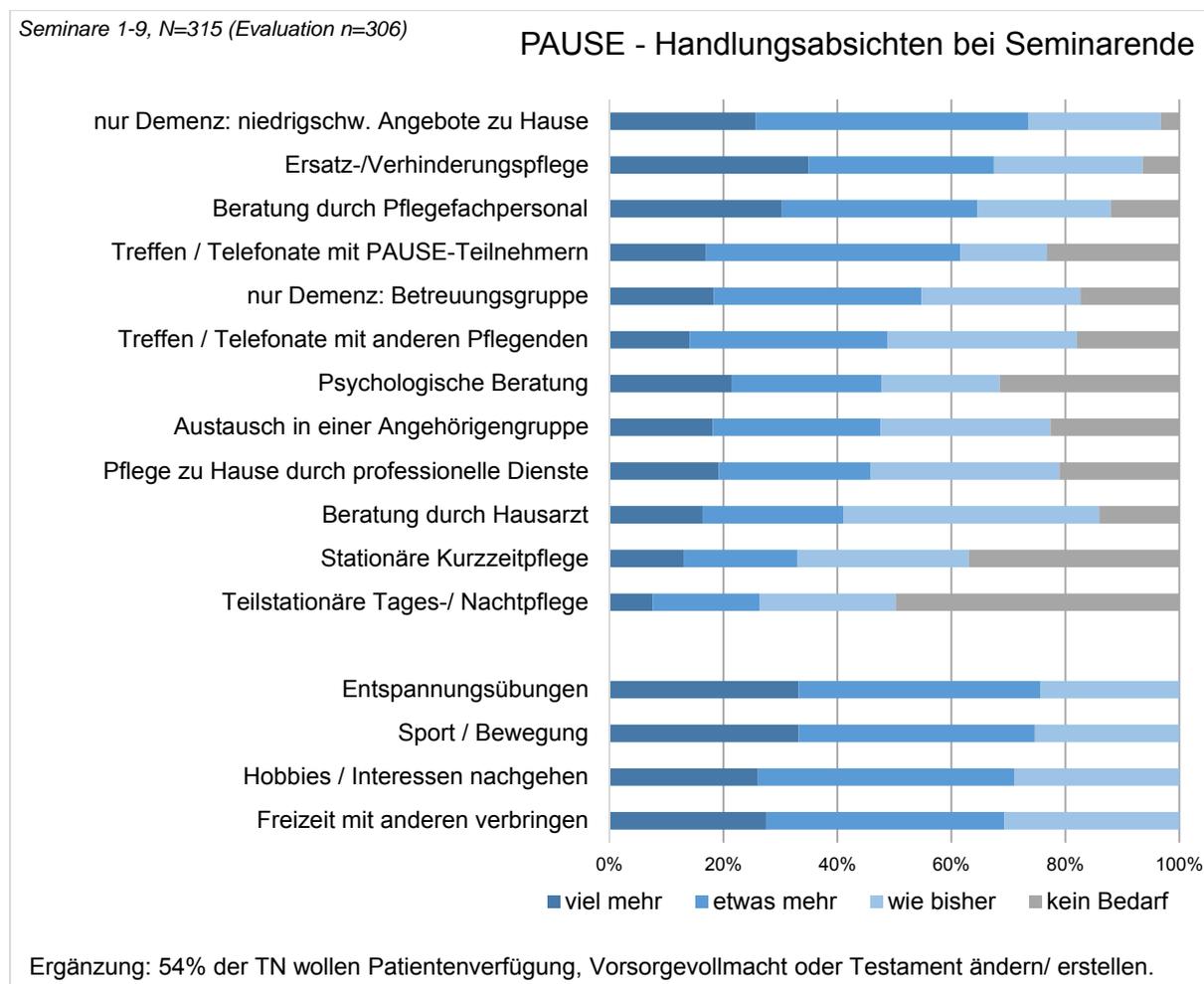
Eine wichtige Phase hin zur Verhaltensänderung ist es, Änderungsabsichten zu entwickeln (Prochaska & Velicer, 1997). Insofern sollten die PAUSE-Teilnehmenden bei Seminarende Änderungsabsichten entwickelt haben. Um dies zu prüfen, konnten die PAUSE-Teilnehmenden anhand einer Liste von pflegebezogenen und freizeitbezogenen Aktivitäten angeben, inwieweit sie die jeweilige Aktivität in Zukunft steigern möchten.

Jede Person geht mit mindestens einer Änderungsabsicht nach Hause. Bei den (zwölf) pflegebezogenen Aktivitäten sind es im Mittel sieben Absichten je Person. Am häufigsten (ca. 70%) wurde die Nutzung von Fremdhilfe angegeben (Ersatz und Verhinderungspflege sowie niedrigschwellige Unterstützung im demenziellen Bereich<sup>16</sup>). Etwa 70% der PAUSE-Teilnehmenden wollen eine Freizeitaktivität steigern. Etwa die Hälfte der Personen möchte Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Testament ändern oder erstellen.

---

<sup>16</sup> In der ersten Projekthälfte war die niedrigschwellige Unterstützung auf den demenziellen Bereich beschränkt. Die Öffnung erfolgte danach und war bei den Teilnehmenden weitgehend unbekannt. Insofern wird die Evaluation auf den demenziellen Bereich beschränkt.

Abbildung 27: Absichten der Verhaltensänderung bei Seminarende.



## 8.2 Verhaltensänderung

Kernbotschaft:

- Im Zeitraum von sechs bis neun Monaten nach PAUSE wird Fremdhilfe bei pflegebezogenen Aufgaben sowie im demenziellen Bereich die niedrigschwellige Unterstützung häufiger genutzt.
- Zudem nutzen die PAUSE-Teilnehmenden häufiger den Erfahrungsaustausch unter Gleichgesinnten und
- gehen häufiger Freizeitaktivitäten nach.

Nachfolgend wird analysiert, inwieweit die PAUSE-Teilnehmenden in der Zeit nach dem Seminar ihr Verhalten geändert haben. Dabei wird der Zeitraum von 6 bis 9 Monaten nach dem Seminar analysiert (Befragungszeitpunkt 9 Monate). Dieser Zeitraum hat einen ausreichenden Abstand zum Seminar, so dass von einer nachhaltigen Verhaltensänderung auszugehen ist (Prochaska & Velicer, 1997).

Es werden einzelne Verhaltensweisen nach inhaltlichen Kriterien gruppiert und diese Aggregate dann untersucht. Vorteil ist die Reduktion der Vielzahl der Aktivitäten sowie die Möglichkeit, Kombinationen von inhaltlich zusammenhängenden Verhaltensweisen bewerten zu können. Letzteres meint, dass beispielsweise bei den Freizeitaktivitäten weniger interessant ist, ob jemand mehr oder weniger eine einzelne Aktivität umsetzt (z.B. Sport), sondern ob das Niveau der Freizeitaktivitäten insgesamt (z.B. neben Sport auch Geselligkeit, Hobbies, Entspannung) gestiegen ist und so den psychischen Ausgleich fördert.

Folgende Aktivitäten werden zusammengefasst:

- „Nutzung von Fremdhilfe“ als Summe aus Ersatz-/Verhinderungspflege, Pflege zu Hause durch professionelle Dienste, teilstationäre Tages-/Nachtpflege, Kurzzeitpflege;
- „Erfahrungsaustausch“ als Summe aus Treffen/ Telefonate mit anderen Pflegenden, Austausch in einer Angehörigengruppe;
- „Nutzung von Beratungsleistungen“ als Summe aus Beratung durch Pflegefachpersonal, Psychologie, Hausarzt;
- „Freizeitaktivitäten“ als Mittelwert aus Sport/Bewegung, Entspannungsübungen, Hobbies/ Interessen nachgehen, Freizeit mit anderen verbringen;
- „Niedrigschwellige Unterstützung (nur Demenz)“ als Summe aus niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote zu Hause, Betreuungsgruppe.

Die Methodik der Analyse entspricht der im vorherigen Kapitel 7. Wiederum werden die Propensity Score gematchte Vergleichsgruppe verwendet und das Basisniveau mit der Nachbefragung nach 9 Monaten verglichen. Die Antwortvorgaben waren Häufigkeitsklassen. Angesichts unterschiedlicher Klassenbreiten und der Baselineadjustierung ist die absolute Interpretation der Mittelwerte bzw. Summenscores nicht belastbar möglich. Davon unberührt ist die relative Betrachtung, also Richtung und Ausmaß der Veränderung anhand der Effektstärke.

Die Häufigkeit der Aktivitäten nimmt nahezu durchgängig zu:

- Der Erfahrungsaustausch mit Gleichgesinnten wird durch PAUSE nachhaltig angeregt (Maßnahmeeffekt klein,  $d=0,33$ ).
- Die Nutzung von Fremdhilfe bei pflegebezogenen Aufgaben steigt, während sie in der Vergleichsgruppe sinkt (Maßnahmeeffekt klein,  $d=0,37$ ). Auch die niedrigschwellige Unterstützung bei der Pflege von demenziell erkrankten Menschen steigt (Maßnahmeeffekt klein,  $d=0,39$ ), obwohl die Strukturen regional sehr heterogen und wenig zielgruppenspezifisch sein können (Schilder & Florian, 2012). Offensichtlich haben im Seminar die Informationen zu und der Erfahrungsaustausch über gesetzlich mögliche Unterstützungsangebote gewirkt. Durch die Auslagerung von Pflegeaufgaben entstehen Freiräume, die der persönlichen Entlastung dienen können.
- Tatsächlich steigern die PAUSE-Teilnehmenden deutlich häufiger ihre Freizeitaktivitäten (Maßnahmeeffekt mittelgroß,  $d=0,51$ ). Dies dürfte zum einen die Folge der neu entstandenen Freiräume sein und zum anderen die Folge des sog. „Selbstpflegeprojektes“ im Seminar. Auf die Frage, in welchem Umfang die

Umsetzung des Selbstpflegeprojektes zu Hause gelungen ist, antworten 24% mit ja, 38% mit teils, 29% mit wenig und nur 10% mit gar nicht.

- Lediglich bei der Nutzung von Beratungsleistungen liegt kein signifikanter Maßnahmeeffekt vor. Tendenziell nehmen aber PAUSE-Teilnehmenden häufiger Beratungsleistungen in Anspruch. Möglicherweise ist der Beratungsbedarf durch das Seminar und die Nachsorge weitgehend gedeckt.

Die Skalen sind Eigenkonstruktionen, deren psychometrische Qualität empirisch nicht überprüft wurde. Allerdings deuten die inhaltlich konsistenten Befunde zu den Skalen „Betreuungsaufgaben“ und „persönliche Einschränkungen“ sowie auf Frage zum Selbstpflegeprojekt auf Kriteriumsvalidität hin.

In den Interviews wurden zahlreiche Verhaltensänderungen beschrieben, die persönliche Freiräume eröffnen. Einige Beispiele soll hier genannt werden (zahlreiche weitere Beispiel im Anhang unter N.N.)

*„Ich nehme mir Auszeiten, nur für mich. Ich fahre jetzt öfters weg. Einmal im Quartal für 2 bis 3 Tage. Meine Tochter bleibt zu Hause. Mein Mann übernimmt die Versorgung. Außerdem nehme ich mir zwischendurch Auszeiten. Ich mache meiner Tochter klar, dass ich mal für 10 bis 15 Minuten alleine sein will. Da bin ich dann für mich. (...) Am Anfang ist mir das sehr schwer gefallen. Ich hatte ein schlechtes Gewissen. Ich habe mit ein paar Stunden angefangen und bin inzwischen bei den Quartalsausflügen. Da muss mein Mann halt eine Pizza bestellen (lacht). Und das mit den Minuten zwischendurch musste ich meiner Tochter halt klar machen. (...) ich hole mir mehr Hilfe ins Haus. Dafür nutze ich die zusätzlichen Betreuungsleistungen. Da ist dann meine Tochter versorgt und ich kann die Zeit für mich nutzen.“ (Frau M.)*

*„Ich habe jemanden gefunden, der einmal pro Woche mit meinem Mann [Demenz im Frühstadium] wandert oder Rad fährt, von 13-19 Uhr, abgerechnet über die Betreuungsleistungen zu 208,-EUR. (...) Ergotherapie und Logopädie habe ich zu einer Doppelstunde ausgeweitet, um selbst Zeit zu gewinnen“ (Frau B.)*

*„Ich nehme mir wöchentlich eine Auszeit. So etwa ein halber Tag Sport oder Kultur, z.B. gehe ich in ein Konzert oder eine Galerie. Ich organisiere das rund um Arzttermine. Ich versuche Lauferei zu minimieren und nehme bestimmte Dienste in Anspruch, z.B. den Apothekenbringdienst oder eine Putzfrau. Einkaufen macht mein Bruder. Ich koche nicht jedes Wochenende.“ (Frau P.)*

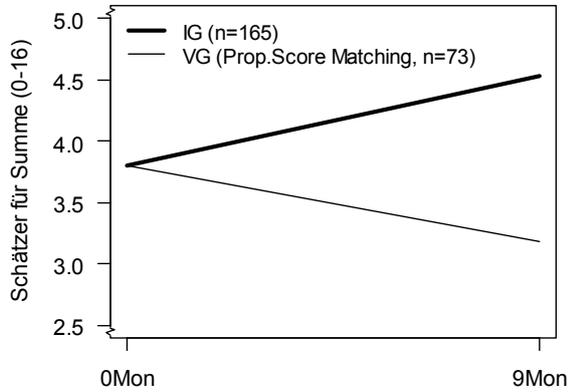
Und zum Thema Kurzzeitpflege:

*„Aus der Erfahrung mit der Kurzzeitpflege in Bad Sassendorf [erstmalige Nutzung] habe ich meinen Mann in eine Kurzzeitpflege in (...) gebracht. Ich bin dann für 4 Tage nach Holland gefahren, um mal ausspannen. Lange schlafen, durchschlafen. Den ganzen Tag am Strand wandern. Selber den Tagesrhythmus bestimmen. Wir haben mehrmals telefoniert. Ich bin dann aber nach 3 Tagen zurückgefahren, weil das nicht optimal war (...) Trotzdem, ich konnte mal 3 Tage Kraft schöpfen.“ (Frau W.)*

Einige Teilnehmende nutzten bürgerschaftliches Engagement z.B. Pflegebegleiter, Tauschbörsen, Nachbarschaftsberater (eine Auflistung der genannten regionalen Angebote siehe Anhang unter N.N.)

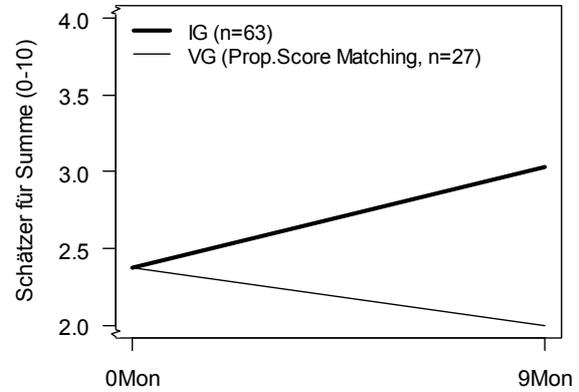
Abbildung 28: Verhaltensänderung nach 9 Monaten.

**Nutzung von Fremdhilfe**



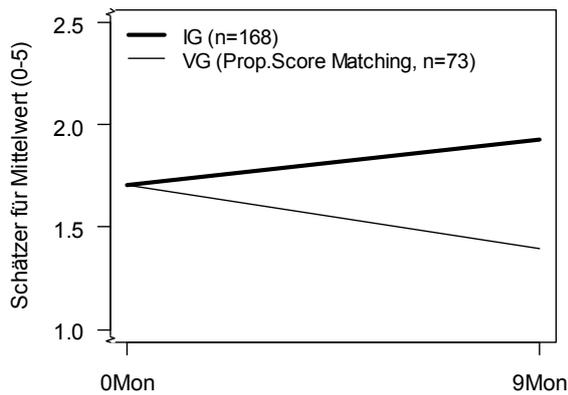
Varianzanalyse (baselineadj.), nur aktiv Pflegende, Maßnahmeeffekt:  $F(1,235)=11,33$ ,  $p=0,001$ ,  $d=0,37$

**Niedrigschwellige Betreuung (nur Demenz)**



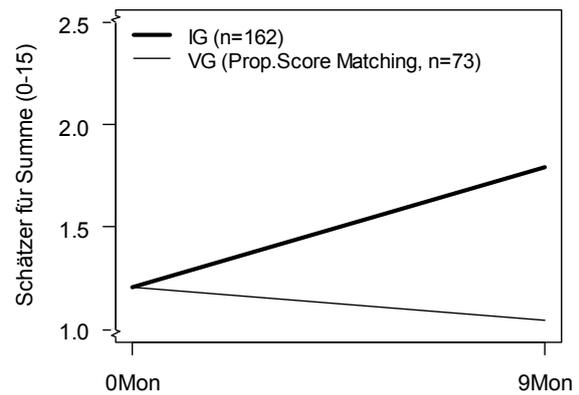
Varianzanalyse (baselineadj.), nur aktiv Pflegende, Maßnahmeeffekt:  $F(1,87)=3,76$ ,  $p=0,056$ ,  $d=0,39$

**Freizeitaktivitäten**



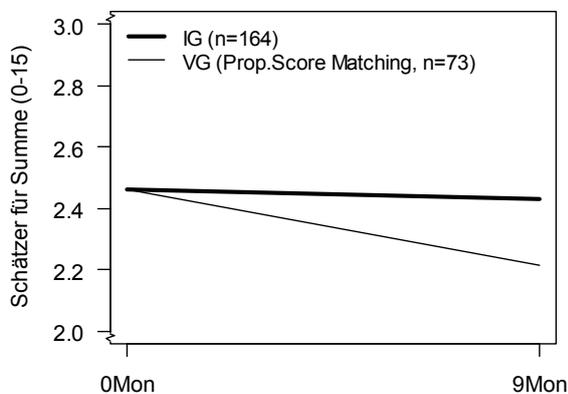
Varianzanalyse (baselineadj.), nur aktiv Pflegende, Maßnahmeeffekt:  $F(1,238)=20,99$ ,  $p<0,001$ ,  $d=0,51$

**Erfahrungsaustausch**



Varianzanalyse (baselineadj.), nur aktiv Pflegende, Maßnahmeeffekt:  $F(1,232)=8,74$ ,  $p=0,003$ ,  $d=0,33$

**Nutzung von Beratungsleistungen**



Varianzanalyse (baselineadj.), nur aktiv Pflegende, Maßnahmeeffekt:  $F(1,234)=0,62$ ,  $p=0,432$

## 9 Gesundheit im Zeitverlauf

### 9.1 Subjektive Gesundheit

Die subjektive Gesundheit ist die erste zentrale Zielgröße der Studie. Im Folgenden soll ermittelt werden, wie sich die subjektive Gesundheit in den neun Monaten nach dem PAUSE-Seminar entwickelt. Anders als in den vorherigen Kapiteln

- soll nun der gesamte Beobachtungszeitraum analysiert werden,
- sollen die Personen mit vorzeitigem Maßnahmeende berücksichtigt werden (bis zu dem Zeitpunkt bevor die Pflege endete).
- Zudem soll die Entwicklung objektiver Belastungen im analysierten Zeitraum,
- das unterschiedliche Ausgangsniveau der Interventions- bzw. Vergleichsgruppe und
- wesentliche Strukturunterschiede zwischen den Gruppen sowie wesentliche Ausfallsystemtiken im Zeitverlauf (Geschlecht, Alter, Demenz) berücksichtigt werden.
- Längsschnittliche Korrelationen zwischen den Messzeitpunkten sind zu kontrollieren.

Dazu werden nun Mehrebenenanalysen eingesetzt, um diesen Anforderungen methodisch gerecht zu werden (für die Methode siehe Hosoya, Koch & Eid, 2014; Snijders & Bosker, 2012; Hox, 2010). Praktische Vorteile der Mehrebenenanalysen sind, dass Personen mit fehlenden Messzeitpunkten bzw. vorzeitigem Ende der Pflege nicht ausgeschlossen werden müssen und dass eine Zeitvariable (hier: Monate seit dem Seminar) berücksichtigt werden kann. Letzteres ist bedeutsam, da Versendezeitpunkt und Rücklaufzeitpunkt der Fragebögen teils deutlich auseinander liegen. In den Analysen wird die Rücklaufwoche verwendet, um die Verzerrung zwischen Versendung und Rücklauf zu vermeiden. Datenbasis sind Personen, die an mindestens zwei Zeitpunkten aktiv pflegen (siehe Zeile 14 in Tabelle 4) und gültige Werte bei der subjektiven Gesundheit aufweisen.

Auch die Effektstärken werden differenzierter dargestellt (Berechnung siehe Anhang Kap. 13.6):

- Bruttoeffekte für verschiedene Gruppen im Zeitverlauf, um aufzuzeigen ob es überhaupt Veränderungen gab und wie groß diese Veränderungen waren.
- Für jeden Messzeitpunkt die Unterschiede zwischen der Interventions- und Vergleichsgruppe im Querschnitt.
- Und am wichtigsten die bereits aus den vorherigen Kapiteln bekannten Nettoeffekte, wiederum als Näherung an die sogenannte kontrafaktische Frage der Evaluation „Was wäre mit den PAUSE-Teilnehmenden passiert, wenn sie nicht an PAUSE teilgenommen hätten?“.

Die Ergebnisse werden (1) für die Gesamtgruppe, (2) innerhalb der Interventionsgruppe differenziert nach den Seminartypen und (3) für die Teilgruppe der hochbelasteten Personen dargestellt. Strukturunterschiede zwischen den Gruppen werden jeweils soweit nötig adjustiert. Für die Gesamtgruppe werden die Befunde mit der Methodenalternative Propensity Score Matching siehe Kap. 13.7) validiert.

### 9.1.1 Subjektive Gesundheit für die Gesamtgruppe

Kernbotschaften:

- PAUSE bewirkt eine nachhaltige Steigerung der subjektiven Gesundheit, sofern die Belastungsentwicklung durchschnittlich ist.
- PAUSE steigert die subjektive Gesundheit nachhaltig auf einem höheren Niveau, wenn die objektiven Belastungen im Zeitverlauf stabil bleiben. Ohne PAUSE würde die subjektive Gesundheit gleich bleiben.
- Nehmen die objektiven Belastungen im Zeitverlauf zu, dann stabilisiert PAUSE die subjektive Gesundheit. Ohne PAUSE würde die subjektive Gesundheit abnehmen.

Nachfolgend wird dargestellt, welchen Effekt PAUSE auf die subjektive Gesundheit hat. Der Übersichtlichkeit wegen werden die grafischen Ergebnisse und Effektstärken vorangestellt, beschrieben und diskutiert. Methodenergebnisse zu einzelnen Modellen sind am Kapitelende zu finden.

Nach PAUSE steigt zunächst die subjektive Gesundheit deutlich (3 Monate: kleiner Effekt  $d=,27$ ) und sinkt dann stetig, ohne aber unter das Basisniveau zu fallen – dabei ist jeweils eine durchschnittliche Belastungsentwicklung zugrunde gelegt. Es gibt also durchgehend positive Bruttoeffekte. In der Vergleichsgruppe ändert sich demgegenüber die subjektive Gesundheit kaum, sie fällt sogar ganz leicht im Zeitraum der 9 Monate. Über den gesamten Zeitraum erzielt PAUSE einen positiven Nettoeffekt, der als kleiner Effekt einzustufen ist ( $d=,18$  bis  $d=,25$ ). PAUSE steigert also die subjektive Gesundheit nachhaltig auf einem deutlich höheren Niveau.

Differenziell zeigen sich die erwarteten Befunde in Abhängigkeit von der Belastungsentwicklung. Bei stabilen Belastungen steigt in der Interventionsgruppe die subjektive Gesundheit sehr deutlich ( $d=,79$  bis  $d=,31$ ), während in der Vergleichsgruppe das Basisniveau sinkt (bei 9 Monaten  $d=-,29$ ). Bei zunehmenden Belastungen ist das Niveau in der Interventionsgruppe stabil, während es in der Vergleichsgruppe deutlich sinkt (z.B. bei 6 Monate  $d=-,76$ ).

Abbildung 29: Subjektive Gesundheit im Zeitverlauf.

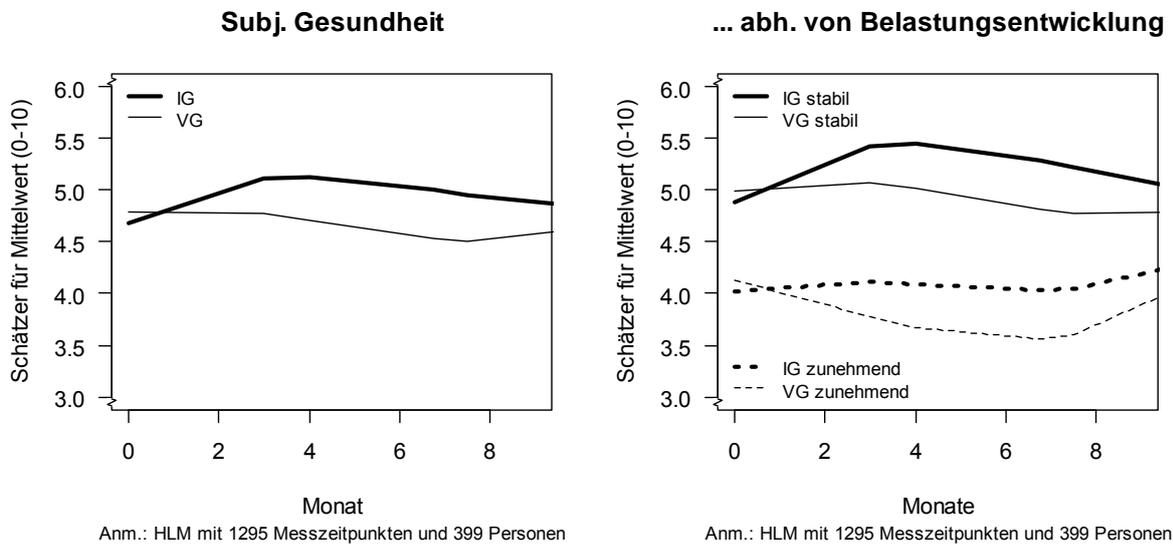


Tabelle 12: Effektstärken zu subjektive Gesundheit.

| Bruttoeffekte                   | Basis zu | Basis zu | Basis zu |          |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|
|                                 | 3 Monate | 6 Monate | 9 Monate |          |
| IG                              | ,27      | ,21      | ,13      |          |
| VG                              | ,00      | -,12     | -,13     |          |
| IG, stabile Belastungen         | ,79      | ,64      | ,31      |          |
| IG, zunehmende Belastungen      | ,14      | ,03      | ,25      |          |
| VG, stabile Belastungen         | ,14      | -,15     | -,29     |          |
| VG, zunehmende Belastungen      | -,51     | -,76     | -,35     |          |
| Querschnitt                     | Basis    | 3 Monate | 6 Monate | 9 Monate |
| IG vs. VG                       | -,04     | ,15      | ,21      | ,14      |
| Nettoeffekt bzw. Maßnahmeeffekt | 3 Monate | 6 Monate | 9 Monate |          |
| IG                              | ,19      | ,25      | ,18      |          |

Anmerkungen: die Kontrollvariablen im Modell sind am Mittelwert konstant gehalten; stabile bzw. zunehmende Belastungen mit BELCUM=0 bzw. =1; Cohen's d mit  $d \geq ,2$  kleiner Effekt,  $d \geq ,5$  mittlerer Effekt und  $d \geq ,8$  großer Effekt.

Die Ergebnisse sind bezüglich der Richtung erwartungsgemäß. Die Bruttoeffekte für 3 bzw. 6 Monate sind ähnlich zu denen einer konzeptionell ähnlichen Intervention (Hetzel, Opfermann-Kersten & Holzer, 2016<sup>17</sup>). Eine Einordnung der Bruttoeffekte des Messzeitpunkts 9 Monate sowie der Nettoeffekte ist mangels Vergleichsstudien nicht möglich. Der deutliche kurzfristige Effekt nach 1,5 Monaten, der sich deskriptiv in Tabelle 13 zeigt, dürfte in den Modellen unterschätzt sein, weil designbedingt die Daten nur von einem

<sup>17</sup> Unter Berücksichtigung, dass dort die Effektstärken nicht für abhängige Stichproben korrigiert wurden.

Viertel der PAUSE-Teilnehmenden erhoben wurden. Methodisch sind die Ergebnisse als belastbar zu werten, weil das Basisniveau kontrolliert ist, die Struktureffekte geprüft wurden und die Modellgüte des finalen Modells hoch ist (siehe unten). Zudem zeigen sich ähnliche Ergebnisse für die Propensity Score gematchte Vergleichsgruppe (siehe folgendes Kapitel).

## Methodenergebnisse

Tabelle 13: Deskription subjektive Gesundheit im Zeitverlauf.

| Monate | IG  |      |      | VG  |      |      | Gesamt |      |      |
|--------|-----|------|------|-----|------|------|--------|------|------|
|        | n   | M    | SD   | n   | M    | SD   | n      | M    | SD   |
| 0      | 246 | 4,53 | 2,35 | 155 | 5,01 | 2,32 | 401    | 4,71 | 2,35 |
| 1,5    | 61  | 5,25 | 2,30 |     |      |      | 61     | 5,25 | 2,30 |
| 3      | 221 | 5,06 | 2,24 | 64  | 4,98 | 2,41 | 285    | 5,04 | 2,28 |
| 6      | 177 | 4,80 | 2,17 | 76  | 4,62 | 2,29 | 253    | 4,74 | 2,20 |
| 9      | 170 | 4,72 | 2,18 | 135 | 4,86 | 2,14 | 305    | 4,78 | 2,16 |

Anmerkungen: n=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung.

In Tabelle 14 wird das finale Modell (=Modell 4) sukzessive aufgebaut. Die Merkmale sind wie folgt abgekürzt:

- SUBG\_T0 subjektive Gesundheit bei der Basiserhebung
- BELCUM kumulierte objektive Belastungen über den Untersuchungszeitraum bzw. bis zum vorzeitigen Ende der aktiven Pflege
- IG Interventionsgruppe
- FRAU Frau
- AGE Alter in Jahren
- DEM pflegebedürftige Person hat eine demenzielle Erkrankung
- MON Monat nach Ende des PAUSE-Seminars (zusätzlich 2. und 3. Potenz)

Die Modellgüte des finalen Modells 4 ist als hoch zu werten, weil die erklärte Varianz auf Ebene 1 50% beträgt ist. Eine kubische Wachstumsfunktion ist den Daten angemessen. Im Zeitverlauf zeigt sich ein signifikanter Interventionseffekt. Der Gruppenunterschied bei der Basiserhebung ist durch die Kontrolle des Ausgangsniveaus nicht signifikant und dürfte erklären, warum es keine Niveauunterschiede bezüglich Alter, Geschlecht und demenzieller Status gibt. Die Belastungsentwicklung beeinflusst die subjektive Gesundheit sowohl im Basisniveau als auch im Zeitverlauf.

Für Alter, Geschlecht und demenzieller Status wurden auch Steigungsunterschiede exploriert (hier nicht dargestellt), die jedoch statistisch nicht signifikant waren. Darüber hinaus wurde geprüft, ob es Unterschiede nach den einzelnen Seminaren gibt. Dies ist nicht der Fall. Dazu wurde das Modell 4 als 3-Ebenen-Modell geschätzt (Seminare als dritte Ebene, hier nicht dargestellt).

Tabelle 14: Mehrebenenmodelle zur subjektiven Gesundheit.

|                         | Modell 0         | Modell 1          | Modell 2         | Modell 3         | Modell 4          |
|-------------------------|------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|
| <b>Fixe Effekte</b>     | <b>γ</b>         |                   |                  |                  |                   |
|                         | <b>(s.e)</b>     |                   |                  |                  |                   |
| Konstante $\gamma_{00}$ | 2,512*<br>(,072) | 4,902*<br>(,103)  | 4,840*<br>(,091) | 4,987*<br>(,073) | 4,983*<br>(,075)  |
| SUBG_T0 $\gamma_{01}$   | --               | ,640*<br>(,028)   | ,644*<br>(,028)  | ,645*<br>(,028)  | ,644*<br>(,029)   |
| BELCUM $\gamma_{02}$    | --               | -1,029*<br>(,232) | -,985*<br>(,233) | -,781*<br>(,178) | -,856*<br>(,181)  |
| IG $\gamma_{03}$        | --               | ,152<br>(,109)    | ,175<br>(,107)   | -,144°<br>(,085) | -,106<br>(,088)   |
| FRAU $\gamma_{04}$      | --               | ,032<br>(,131)    | --               | --               | --                |
| AGE $\gamma_{05}$       | --               | -,007<br>(,005)   | --               | --               | --                |
| DEM $\gamma_{06}$       | --               | -,076<br>(,115)   | --               | --               | --                |
| MON $\gamma_{10}$       | --               | ,217*<br>(,077)   | ,216*<br>(,077)  | ,015<br>(,166)   | ,122<br>(,096)    |
| * BELCUM $\gamma_{11}$  | --               | --                | --               | -,545*<br>(,267) | -,216°<br>(,133)  |
| * IG $\gamma_{12}$      | --               | --                | --               | ,460*<br>(,172)  | ,198*<br>(,081)   |
| MON2 $\gamma_{20}$      | --               | -,047*<br>(,019)  | -,047*<br>(,019) | -,009<br>(,042)  | -0.037°<br>(,019) |
| * BELCUM $\gamma_{21}$  | --               | --                | --               | ,109°<br>(,064)  | 0.023*<br>(,012)  |
| * IG $\gamma_{22}$      | --               | --                | --               | -,086*<br>(,043) | -0.016*<br>(,007) |
| MON3 $\gamma_{30}$      | --               | ,003*<br>(,001)   | ,003*<br>(,001)  | ,001<br>(,003)   | ,002*<br>(,001)   |
| * BELCUM $\gamma_{31}$  | --               | --                | --               | -,005<br>(,004)  | --                |
| * IG $\gamma_{32}$      | --               | --                | --               | ,004<br>(,003)   | --                |
| <b>Zufallseffekte</b>   | <b>Varianz</b>   |                   |                  |                  |                   |
| Konstante $\tau_0$      | 2,973*           | ,471*             | ,479*            | ,485*            | ,490*             |
| Ebene1 e                | 2,185            | 2,135             | 2,1345           | 2,104            | 2,107             |
| <b>Modellgüte</b>       |                  |                   |                  |                  |                   |
| Devianz                 | 5350             | 4868              | 4871             | 4857             | 4860              |
| AIC (Parameter)         | 5356 (3)         | 4892 (12)         | 4889 (9)         | 4887 (15)        | 4886 (13)         |
| R <sup>2</sup> Ebene 1  | --               | ,49               | ,49              | ,50              | ,50               |

n (Ebene 1 bzw. 2) = 1295 bzw. 399; t-Test zweiseitig mit \*  $p \leq 0,05$ , °  $p \leq 1$ ; Full Maximum Likelihood; Modelle mit robusten Standardfehlern; Zufallseffekte für Steigungen waren jeweils  $p > 0,05$ .

### 9.1.2 Subjektive Gesundheit für die Gesamtgruppe (Propensity Score Matching)

Angesichts der strukturellen Unterschiede zwischen der Interventions- und Vergleichsgruppe wurde zuvor überprüft, ob und wenn ja welche Merkmale in den statistischen Modellen kontrolliert werden müssen. Ergebnis war, dass das unterschiedliche Ausgangsniveau der beiden Gruppen kontrolliert wurde und dass dann die weiteren Merkmale Geschlecht, Alter und Demenz keinen signifikanten Einfluss auf die Zielgröße mehr haben.

Fraglich ist, ob die Ergebnisse aus dem vorherigen Kapitel methodenabhängig sind.

Mit der Propensity Score gematchten Vergleichsgruppe wird erneut das vorherige Modell 4 geschätzt, aber ohne Baselineadjustierung. Die Ergebnisse unterscheiden sich nur marginal, so dass hier auf eine inhaltliche Diskussion verzichtet wird. Methodisch dürften die Abweichungen im Einzelnen insbesondere auf die unterschiedlichen Stichprobenumfänge der Vergleichsgruppe sowie das leicht veränderte statistische Modell zurückzuführen sein.

Abbildung 30: Subjektive Gesundheit im Zeitverlauf (Propensity Score gematchte Vergleichsgruppe).

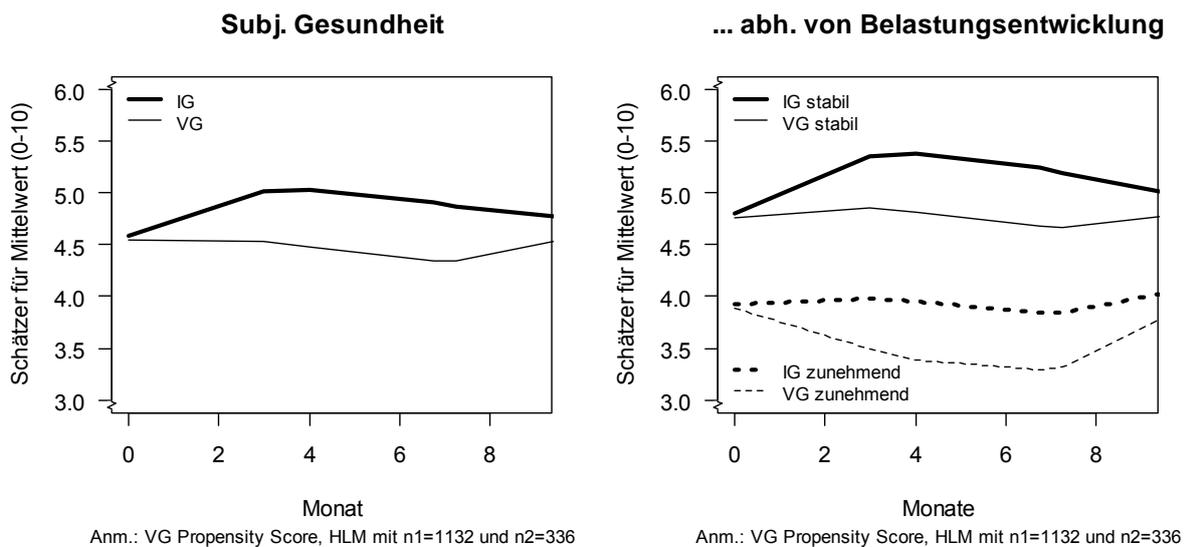


Tabelle 15: Effektstärken zu subjektive Gesundheit (Propensity Score gematchte Vergleichsgruppe).

| Bruttoeffekte                   |       | Basis zu<br>3 Monate | Basis zu<br>6 Monate | Basis zu<br>9 Monate |
|---------------------------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|
| IG                              |       | ,27                  | ,21                  | ,13                  |
| VG                              |       | -,01                 | -,10                 | -,03                 |
| IG, stabile Belastungen         |       | ,81                  | ,68                  | ,37                  |
| IG, zunehmende Belastungen      |       | ,09                  | -,06                 | ,11                  |
| VG, stabile Belastungen         |       | ,14                  | -,06                 | -,01                 |
| VG, zunehmende Belastungen      |       | -,58                 | -,80                 | -,28                 |
| Querschnitt                     | Basis | 3 Monate             | 6 Monate             | 9 Monate             |
| IG vs. VG                       | ,02   | ,22                  | ,26                  | ,14                  |
| Nettoeffekt bzw. Maßnahmeeffekt |       | 3 Monate             | 6 Monate             | 9 Monate             |
| IG                              |       | ,20                  | ,24                  | ,12                  |

Anmerkungen: die Kontrollvariablen im Modell sind am Mittelwert konstant gehalten, Cohen's d mit  $d \geq ,2$  kleiner Effekt,  $d \geq ,5$  mittlerer Effekt und  $d \geq ,8$  großer Effekt.

Tabelle 16: Mehrebenenmodelle zur subjektiven Gesundheit (Propensity Score gematchte Vergleichsgruppe).

|                         | Modell<br>4_PS    |
|-------------------------|-------------------|
| Fixe Effekte            | $\gamma$<br>(s.e) |
| Konstante $\gamma_{00}$ | 5,013*<br>(,336)  |
| BELCUM $\gamma_{01}$    | -2,092*<br>(,490) |
| IG $\gamma_{02}$        | ,043<br>(,341)    |
| MON $\gamma_{10}$       | ,109<br>(,138)    |
| * BELCUM $\gamma_{11}$  | -,265°<br>(,140)  |
| * IG $\gamma_{12}$      | ,224°<br>(,118)   |
| MON2 $\gamma_{20}$      | -0.032<br>(,023)  |
| * BELCUM $\gamma_{21}$  | 0.026*<br>(,013)  |
| * IG $\gamma_{22}$      | -0.021*<br>(,011) |
| MON3 $\gamma_{30}$      | ,002°<br>(,001)   |
| Zufallseffekte          | Varianz           |
| Konstante $\tau_0$      | 2,483*            |
| Ebene1 e                | 2,238             |
| Devianz                 | 4578              |

Anmerkungen: n (Ebene 1 bzw. 2) = 1132 bzw. 336; gewichtet auf Basis des Propensity Score Matching; t-Test zweiseitig mit \*  $p \leq ,05$ , °  $p \leq ,1$ ; Full Maximum Likelihood; Modelle mit robusten Standardfehlern; Zufallseffekte für Steigungen waren jeweils  $p > ,05$ .

Festzuhalten ist, dass die Propensity Score gematchten Ergebnisse inhaltlich sehr ähnlich sind wie die der adjustierten Modelle. Da aber der Stichprobenumfang deutlich sinkt, geht Testpower verloren. Daher werden alle weiteren Modelle mit der Adjustierungsmethode geschätzt.

### 9.1.3 Subjektive Gesundheit für den Seminartyp „Häusliche Schulung“

Ein Teil der Teilnehmenden am PAUSE-Seminar hat im Nachgang die Häusliche Schulung genutzt. Fraglich ist nun, ob die Häusliche Schulung einen Mehrwert gegenüber der isolierten Seminarteilnahme hat. Ein Vergleich der Nutzer und Nichtnutzer der Häuslichen Schulung wäre wegen Selbstselektion verzerrt und wenig aussagekräftig. Stattdessen werden die beiden Seminartypen „intensive Werbung“ versus „extensive Werbung“ verglichen. Infolge der intensiven Werbung nahmen vergleichsweise mehr Personen an der Häuslichen Schulung teil (siehe Kap. 2.2.3). Insofern sollte sich die subjektive Gesundheit bei Personen

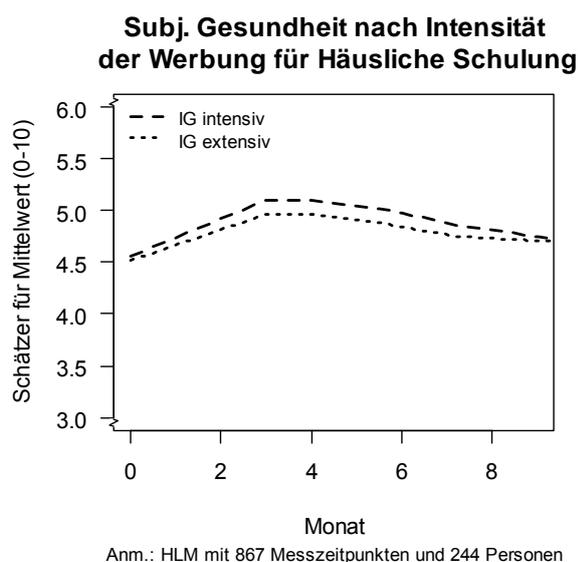
der Seminare „intensive Werbung“ besser entwickeln als bei „extensiver Werbung“. Das statistische Modell entspricht dem in Kap. 9.1.1.

Kernbotschaften:

- Personen aus Seminaren, in denen die Nachsorge durch häusliche Schulung intensiv beworben wurde, können die subjektive Gesundheit etwas deutlicher steigern als Personen aus den anderen Seminaren. Der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant.
- Der Mehrwert der Ergänzung des Seminars durch die Nachsorge mit Häuslicher Schulung dürfte in der Untersuchung aber unterschätzt sein, weil (a) einige Personen in den extensiv beworbenen Seminaren auch die Häusliche Schulung genutzt haben und (b) nicht alle Personen in den intensiv beworbenen Seminaren die Häusliche Schulung nutzen konnten.
- Insofern scheint die Nachsorge mit Häuslicher Schulung einen Mehrwert gegenüber dem isolierten Seminar zu haben. Wie groß dieser Mehrwert ist, muss weiteren Studien überlassen bleiben.

Der Übersichtlichkeit wegen wiederum die grafischen Ergebnisse vorangestellt. Das Modell zeigt eine Überlegenheit der Seminare, in denen die häusliche Schulung intensiv beworben wurde. Der Unterschied im Zeitverlauf ist statistisch aber nicht signifikant. Der Nettoeffekt zwar positiv, aber bei 3 bzw. 6 Monaten marginal jeweils mit  $d=,04$ .

Abbildung 31: Subjektive Gesundheit im Zeitverlauf nach Intensität der Werbung für Häusliche Schulung (Mehrebenenregression).



Die Intensität der Bewerbung der Häuslichen Schulung hat keinen statistisch signifikanten Effekt auf den Verlauf der subjektiven Gesundheit – auch wenn die Tendenz erwartungsgemäß ist. Das bedeutet aber nicht, dass die Häusliche Schulung keinen Effekt hat. Denn der Mehrwert der Nachsorge mit Häuslicher Schulung dürfte im vorliegenden Design unterschätzt sein. So haben auch Personen in den extensiv beworbenen Seminaren die Häusliche Schulung genutzt, nur eben nicht so viele wie in den intensiv beworbenen Seminaren (siehe Kap. 2.2.3). Gleichzeitig haben nicht alle Personen der intensiv beworbenen Seminare die häusliche Schulung nutzen können, weil es teils zu regionalen und/oder terminlichen Engpässen gekommen war. In Verbindung mit dieser Verzerrung ist der Befund ein Hinweis, dass die Nachsorge mit Häuslicher Schulung einen Mehrwert gegenüber dem isolierten Seminar hat. Wie groß dieser Mehrwert ist, muss weiteren Studien überlassen bleiben. Aufgrund der Clusterrandomisierung ist es zudem unwahrscheinlich, dass andere Merkmale für die Überlegenheit der Seminare mit intensiver Werbung ursächlich sind.

Der deskriptiv auffällige kurzfristige Effekt zeigt sich analytisch nicht. Dies könnte darin begründet sein, dass der Messzeitpunkt 1,5 Monate designbedingt keine Vollerhebung war und daher mangels Fallzahl entsprechend weniger Gewicht erhält. Allerdings zeigt auch eine Varianzanalyse mit Messwiederholung für diesen kurzfristigen Effekt keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen (Interaktion von Zeit x Gruppe  $F(1)=,16$ ;  $p=,899$ , ohne weitere Kontrollvariablen). Insofern scheint Stichprobenselektion die Deskription des kurzfristigen Effekts zu verzerren.

### Methodenergebnisse

Die Methodenergebnisse sind ähnlich wie in Kap. 9.1.1. Allerdings liegt nun kein signifikanter Maßnahmeeffekt vor.

Tabelle 17: Deskription subjektive Gesundheit im Zeitverlauf nach Seminartyp.

| Monate | HS ext. |      |      | HS int. |      |      | Gesamt (=IG) |      |      |
|--------|---------|------|------|---------|------|------|--------------|------|------|
|        | n       | M    | SD   | n       | M    | SD   | n            | M    | SD   |
| 0      | 143     | 4,50 | 2,40 | 103     | 4,57 | 2,29 | 246          | 4,53 | 2,35 |
| 1,5    | 16      | 4,94 | 2,43 | 45      | 5,36 | 2,27 | 61           | 5,25 | 2,30 |
| 3      | 129     | 5,01 | 2,29 | 92      | 5,12 | 2,18 | 221          | 5,06 | 2,24 |
| 6      | 102     | 4,70 | 2,18 | 75      | 4,92 | 2,15 | 177          | 4,80 | 2,17 |
| 9      | 107     | 4,79 | 2,24 | 63      | 4,59 | 2,08 | 170          | 4,72 | 2,18 |

Anmerkungen: n=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, IG=Interventionsgruppe, HS int. bzw. ext. = Häusliche Schulung intensiv bzw. extensiv beworben.

Tabelle 18: Mehrebenenmodelle zur subjektiven Gesundheit nach Intensität der Werbung für Häusliche Schulung.

|                         | Modell<br>0-HS    | Modell<br>4-HS   |
|-------------------------|-------------------|------------------|
| <b>Fixe Effekte</b>     | $\gamma$<br>(s.e) |                  |
| Konstante $\gamma_{00}$ | 4,765*<br>(,200)  | 4,682*<br>(,099) |
| SUBG_T0 $\gamma_{01}$   | --                | ,609*<br>(,036)  |
| BELCUM $\gamma_{02}$    | --                | -,679*<br>(,238) |
| HS $\gamma_{03}$        | --                | ,039<br>(,121)   |
| MON $\gamma_{10}$       | --                | ,390*<br>(,110)  |
| * BELCUM $\gamma_{11}$  | --                | -,364*<br>(,152) |
| * HS $\gamma_{12}$      | --                | ,047<br>(,093)   |
| MON2 $\gamma_{20}$      | --                | -,069*<br>(,022) |
| * BELCUM $\gamma_{21}$  | --                | ,035*<br>(,013)  |
| * HS $\gamma_{22}$      | --                | -,005<br>(,008)  |
| MON3 $\gamma_{30}$      | --                | ,003*<br>(,001)  |
| <b>Zufallseffekte</b>   | <b>Varianz</b>    |                  |
| Konstante $r_0$         | 2,796*            | ,570*            |
| Ebene1 e                | 2,312             | 2,210            |
| <b>Modellgüte</b>       |                   |                  |
| Devianz                 | 3586              | 3303             |
| AIC (Parameter)         | 3592 (3)          | 3329 (13)        |
| R <sup>2</sup> Ebene 1  | --                | ,46              |

Anmerkungen: n (Ebene 1 bzw. 2) = 867 bzw. 244; t-Test zweiseitig mit \*  $p \leq ,05$ , °  $p \leq ,1$ ; Full Maximum Likelihood; Modelle mit robusten Standardfehlern; Zufallseffekte für Steigungen waren jeweils  $p > ,05$ .

### 9.1.4 Subjektive Gesundheit für die Teilgruppe „Familiengesundheitspflege“

Eine Teilgruppe der PAUSE-Teilnehmenden hat die intensive Nachsorge mittels Familiengesundheitspflege erhalten (siehe Kap. 2.2.2). Die kombinierte Wirkung von Seminar und Familiengesundheitspflege auf die subjektive Gesundheit soll im Folgenden explizit dargestellt werden. Es wird davon ausgegangen, dass angesichts der vergleichsweise hohen Nachsorgeintensität und des geringeren Ausgangsniveaus bezüglich subjektiver Gesundheit die Effekte für diese Teilgruppe deutlicher sind als die Effekte der Gesamtgruppe.

Damit das Potenzial der Familiengesundheitspflege in den Berechnungen zum Ausdruck kommt, werden in der Interventionsgruppe nur die Personen eingeschlossen, die tatsächlich mindestens drei Beratungstermine wahrgenommen haben. Personen mit weniger Terminen oder keinem Termin werden ausgeschlossen, weil sie subjektiv und/oder objektiv keinen Bedarf zu dieser intensiven Nachsorgeform haben bzw. dass sie bereits anderweitig versorgt sein dürften. In der Vergleichsgruppe werden alle Personen eingeschlossen, die gemäß dem Kriterium als hochbelastet (siehe Kap. 2.2.2) gelten.

#### Kernbotschaften:

- Hochbelastete Personen konnten eine intensive Nachsorge durch Familiengesundheitspflege erhalten.
- PAUSE in Kombination mit dieser intensiven Nachsorge steigert die subjektive Gesundheit nachhaltig auf einem höheren Niveau. Ohne diese Maßnahmekombination würde die subjektive Gesundheit gleich bleiben.
- Die Wirkung ist für diese Teilgruppe wesentlich deutlicher als die Wirkung für die Gesamtgruppe.

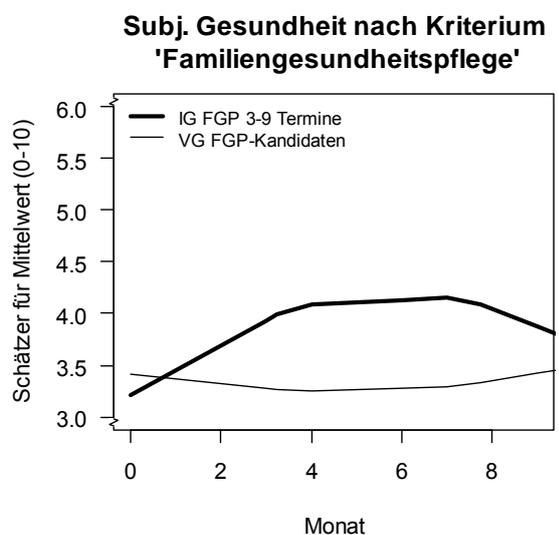
Der Übersichtlichkeit wegen werden wiederum die grafischen Ergebnisse und Effektstärken vorangestellt, beschrieben und diskutiert.

Bei hochbelasteten Personen steigt nach dem Seminar und mit intensiver Nachsorge die subjektive Gesundheit deutlich mit kleinem bis mittlerem Effekt ( $d=,28$  bis  $d=,40$ ). Es gibt also durchgehen positive Bruttoeffekte. In der Vergleichsgruppe ändert sich demgegenüber die subjektive Gesundheit kaum. Über den gesamten Zeitraum erzielen die Maßnahmen einen positiven Nettoeffekt, der als kleiner bis mittlerer Effekt einzustufen ist ( $d=,28$  bis  $d=,46$ ). Die Maßnahmen steigern also die subjektive Gesundheit nachhaltig auf einem deutlich höheren Niveau.

Die Qualität der Familiengesundheitspflege zeigt sich in folgender Aussage:

*„Die pflegenden Angehörigen waren positiv überrascht, dass es vor allem um sie selber geht.“ (FGP 2)*

Abbildung 32: Subjektive Gesundheit im Zeitverlauf nach FGP.



Anm.: HLM mit 203 Messzeitpunkten und 62 Personen

Tabelle 19: Effektstärken zu subjektive Gesundheit nach FGP.

| Bruttoeffekte                   |       | Basis zu<br>3 Monate | Basis zu<br>6 Monate | Basis zu<br>9 Monate |
|---------------------------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|
| IG FGP (Abb. 1)                 |       | ,45                  | ,55                  | ,41                  |
| VG FGP (Abb. 1)                 |       | -,09                 | -,08                 | ,00                  |
| Querschnitt                     | Basis | 3 Monate             | 6 Monate             | 9 Monate             |
| IG vs. VG                       | -,09  | ,31                  | ,40                  | ,23                  |
| Nettoeffekt bzw. Maßnahmeeffekt |       | 3 Monate             | 6 Monate             | 9 Monate             |
| IG                              |       | ,40                  | ,49                  | ,32                  |

Anmerkungen: die Kontrollvariablen im Modell sind am Mittelwert konstant gehalten; Cohen's d mit  $d \geq 2$  kleiner Effekt,  $d \geq 5$  mittlerer Effekt und  $d \geq 8$  großer Effekt.

### Methodenergebnisse

Das statistische Modell kontrolliert für das Basisniveau. Anders als bei den vorherigen Modellen erwies sich eine quadratische Wachstumsfunktion als angemessen. Angesichts der deutlich geringeren Fallzahl wurde auf die Belastungsentwicklung verzichtet. Dies ist zudem inhaltlich zu begründen, weil der Personenkreis ohnehin hohen Belastungen ausgesetzt ist. Es liegt ein signifikanter Maßnahmeeffekt vor (IGFGP = Hochbelastete Personen mit intensiver Nachsorge durch Familiengesundheitspflege).

Tabelle 20: Deskription subjektive Gesundheit im Zeitverlauf nach FGP.

| Monate | IG              |      |      | VG             |      |      | Gesamt |      |      |
|--------|-----------------|------|------|----------------|------|------|--------|------|------|
|        | FGP 3-9 Termine |      |      | FGP-Kandidaten |      |      |        |      |      |
|        | n               | M    | SD   | n              | M    | SD   | n      | M    | SD   |
| 0      | 29              | 3,14 | 1,85 | 33             | 3,45 | 2,65 | 62     | 3,31 | 2,29 |
| 1,5    | 6               | 3,17 | 2,14 | 0              |      |      | 6      | 3,17 | 2,14 |
| 3      | 28              | 4,15 | 2,11 | 10             | 3,30 | 2,11 | 38     | 3,92 | 2,12 |
| 6      | 25              | 4,07 | 1,98 | 20             | 3,26 | 2,25 | 45     | 3,71 | 2,12 |
| 9      | 22              | 3,14 | 1,66 | 30             | 3,98 | 2,07 | 52     | 3,62 | 1,94 |

Anmerkungen: n=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, IG bzw. VG =Interventions- bzw. Vergleichsgruppe, FGP = Familiengesundheitspflege.

Tabelle 21: Mehrebenenmodelle zur subjektiven Gesundheit nach FGP.

|                         | Modell<br>0-FGP  | Modell<br>4-FGP  |
|-------------------------|------------------|------------------|
| <b>Fixe Effekte</b>     |                  |                  |
|                         | Y<br>(s.e)       |                  |
| Konstante $\gamma_{00}$ | 3,580*<br>(,230) | 3,416*<br>(,162) |
| SUBG_T0 $\gamma_{01}$   | --               | ,671*<br>(,050)  |
| IGFGP $\gamma_{02}$     | --               | -,199<br>(,202)  |
| MON $\gamma_{10}$       | --               | -,074<br>(,154)  |
| * IGFGP $\gamma_{11}$   | --               | ,402*<br>(,190)  |
| MON2 $\gamma_{20}$      | --               | ,008<br>(,014)   |
| * IGFGP $\gamma_{21}$   | --               | -,036*<br>(,017) |
| <b>Zufallseffekte</b>   |                  |                  |
|                         | Varianz          |                  |
| Konstante $r_0$         | 2,683*           | ,439*            |
| Ebene1 e                | 1,881            | 1,725            |
| <b>Modellgüte</b>       |                  |                  |
| Devianz                 | 809              | 722              |
| AIC (Parameter)         | 815 (3)          | 740 (9)          |
| R <sup>2</sup> Ebene 1  | --               | ,53              |

Anmerkungen: n (Ebene 1 bzw. 2) = 203 bzw. 62; t-Test zweiseitig mit \*  $p \leq 0,05$ , °  $p \leq 1$ ; Full Maximum Likelihood; Modelle mit robusten Standardfehlern; Zufallseffekte für Steigungen waren jeweils  $p > 0,05$ .

## 9.2 Klinisch relevante Depressivität

Klinisch relevante Depressivität ist die zweite zentrale Zielgröße der Studie. Klinisch relevante Depressivität bedeutet, dass eine psychologische Abklärung empfohlen wird. Das hier verwendete Instrument hat eine solche Schwelle (Hautzinger, Bailer, Hofmeister & Keller, 2012).

Für dieses Schwellenkonzept sollen folgende Hypothesen überprüft werden:

- Personen mit initial klinisch relevanter Depressivität unterschreiten neun Monaten nach PAUSE den Schwellenwert häufiger (= Hypothese „Besserung“).
- Personen ohne initial klinisch relevante Depressivität sind neun Monate nach PAUSE immer noch häufiger unauffällig (= Hypothese „keine Verschlechterung“).
- Die Ergebnisse zu den beiden Hypothesen sind deutlicher, wenn innerhalb der neun Monate die Belastungen zunehmen.

Da die Teilstichproben relativ klein sind, wird die Irrtumswahrscheinlichkeit mit dem Fisher-Yates-Test ermittelt (Eid, Gollwitzer, Schmitt; M. & M., 2015, S. 356). Die Effektstärke  $w$  wird nach Cohen (1988) berechnet und bewertet mit  $w \geq 0,1$  kleiner Effekt,  $w \geq 0,3$  mittlerer Effekt und  $w \geq 0,5$  großer Effekt (siehe Anhang Kap. 13.6). Um den Einfluss von Störgrößen auszuschließen, soll für bedeutsame Strukturunterschiede zwischen der Interventions- und der Vergleichsgruppe (Alter, Geschlecht, Demenz) kontrolliert werden. Zur Prüfung, ob die Ergebnisse methodenunabhängig sind, sollen die Berechnungen für die Gesamtgruppe zusätzlich für die Propensity Score gematchte Vergleichsgruppe ermittelt werden (Teilgruppen nach Belastungsentwicklung sind zu gering besetzt).

### 9.2.1 Klinisch relevante Depressivität für die Gesamtgruppe

Kernbotschaften:

- PAUSE reduziert klinisch relevante Depressivität.
- Dies gelingt vor allem dann, wenn im Zeitverlauf die Belastungen zunehmen.
- Ob jemand eine klinisch relevante Depressivität entwickelt, ist unabhängig von der Teilnahme an PAUSE.

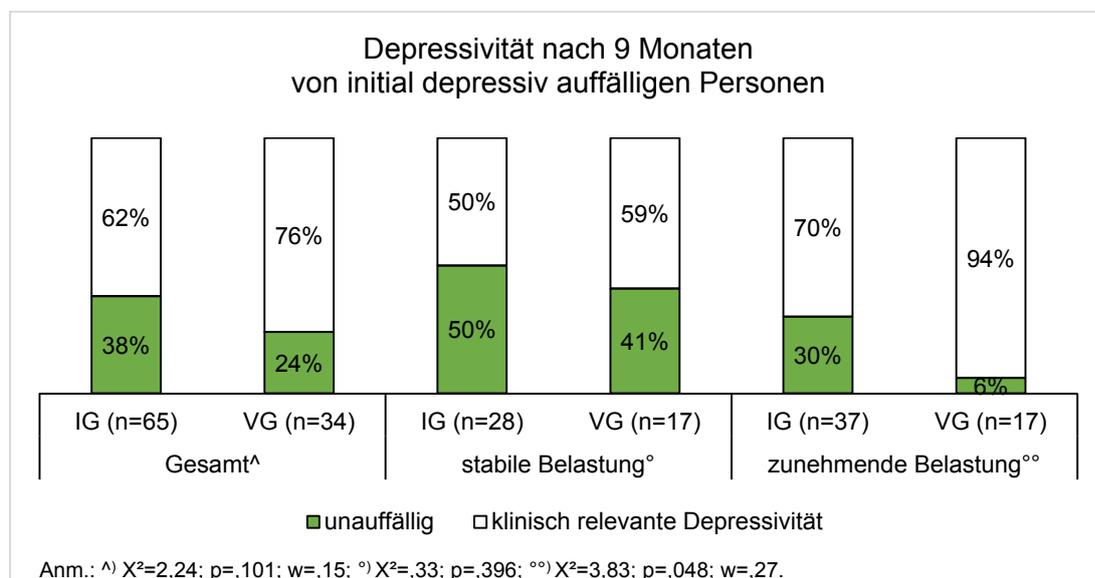
#### Ergebnisse zu Hypothese „Besserung“

Von den Personen, die bei der Basiserhebung eine klinisch relevante Depressivität aufwiesen und nach neun Monaten immer noch aktiv pflegen (IG  $n=65$ , VG  $n=34$ ), waren nach 9 Monaten 38% der Interventionsgruppe bzw. 24% der Vergleichsgruppe klinisch unauffällig. Dies ist auf dem 10%-Signifikanzniveau abgesichert und entspricht einem kleinen Effekt. In der Propensity Score gematchten Vergleichsgruppe sind es nur 19% ( $X^2(92)=3,45$ ;  $p=0,05$ ;  $w=0,19$ ). Besonders profitieren die Personen, die zunehmenden Belastungen ausgesetzt sind. Denn bei der Interventionsgruppe unterschreiten 30% der Personen die Schwelle, während dies bei der Vergleichsgruppe nur 6% erreichen. Dies ist signifikant und entspricht etwa einem mittleren Effekt.

Damit ist erwartungsgemäß festzuhalten:

- PAUSE reduziert klinisch relevante Depressivität.
- Dies gelingt vor allem dann, wenn im Zeitverlauf die Belastungen zunehmen.

Abbildung 33: Entwicklung der klinisch relevanten Depressivität bei initial depressiv auffälligen Personen.



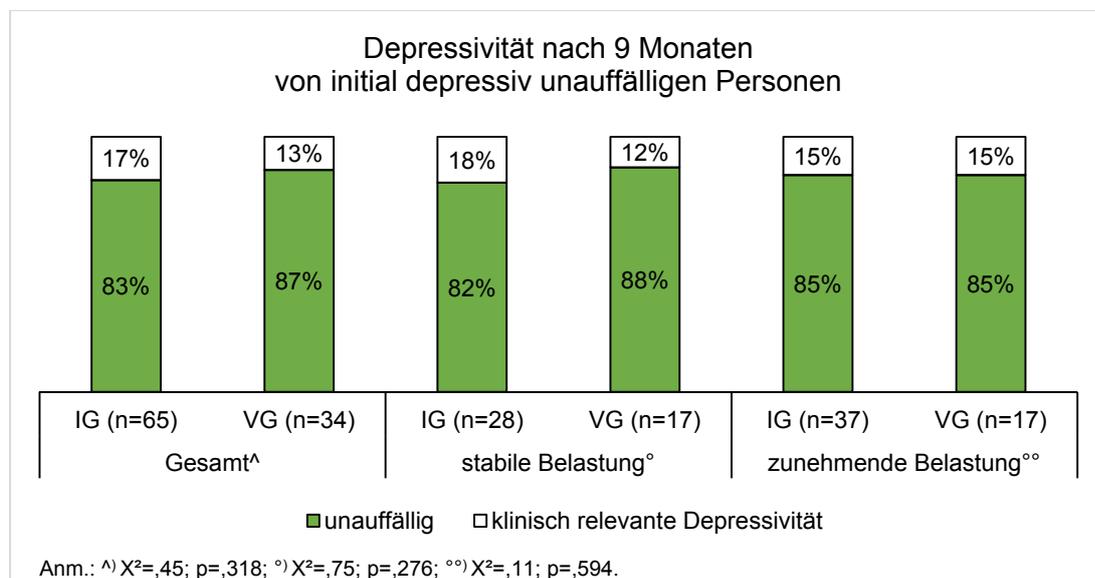
Wirkungen auf die Psyche, wenn auch nicht im klinischen Sinne, beschreibt ein Teilnehmender.

*„Ich kam deprimiert an. Mir schien deprimierter als die anderen. Ich habe mir nicht erlaubt fröhlich zu sein. Ich wollte auch keine Vorträge halten. Und dann kam doch alles anders [einen Abend Alleinunterhalter mit Büttenrede und Gedichten]. Die vier Tage haben mir gut getan.“ (Herr W.)*

### Ergebnisse zu Hypothese „Keine Verschlechterung“

Von den Personen, die bei der Basiserhebung bezüglich Depressivität klinisch unauffällig sind und nach 9 Monaten immer noch aktiv pflegen (IG n=103, VG n=99) sind etwa 85% der Personen nach 9 Monaten immer noch häufiger unauffällig. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, auch nicht in Abhängigkeit von der Belastungsentwicklung. Die Ergebnisse in der Propensity Score gematchten Vergleichsgruppe sind ähnlich. Die Hypothese ist demnach abzulehnen.

Abbildung 34: Entwicklung der klinisch relevanten Depressivität bei initial depressiv unauffälligen Personen.



## Diskussion

Die „Besserungs-Hypothese“ kann bestätigt werden. Der Befund ist bemerkenswert, weil PAUSE keine therapeutische Intervention ist und dennoch eine deutliche Reduktion klinisch relevanter Depressivität erreicht wird. Die Ergebnisse sind belastbar, weil zum einen strukturbedingte Unterschiede zwischen der Interventions- und Vergleichsgruppe nicht maßgeblich sind. Zum anderen sind die Befunde trotz der relativ geringen Fallzahl statistisch abgesichert.

Die „Keine-Verschlechterungs-Hypothese“ ist nicht zu halten. Möglicherweise ist dies darin begründet, dass die Personen der Vergleichsgruppe alternative und ebenso wirkungsvolle Maßnahmen in Anspruch genommen haben. Oder aber die Interventionsgruppe konnte das im Seminar Gelernte nur unzureichend auf den Alltag übertragen.

Es ist nicht möglich, den Befund angesichts abweichender Messinstrumente und Auswertungsmethoden in konzeptionell ähnliche Studien einzuordnen.

## Methodenergebnis

Für Geschlecht, für Alter und für Demenzpflege wurden die Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe ermittelt. Die Unterschiede waren für keine Teilgruppe signifikant, die Tendenzen innerhalb der Teilgruppe entsprachen etwa den oben berichteten Ergebnissen für die Gesamtgruppe (hier nicht im Einzelnen dargestellt).

Dies bestätigen auch die Ergebnisse auf Basis der Propensity Score gematchten Vergleichsgruppe. Für die Besserungshypothese sind die Befunde sogar noch etwas deutlicher:

- Gesamtgruppe:  $X^2(1, N=92)=3,45$ ;  $p=0,050^*$ ;  $w=0,19$

- Stabile Belastungen  $X^2(1, N=35)=1,04$ ;  $p=0,280$
- Zunehmende Belastungen  $X^2(1, N=57)=7,37$ ;  $p=0,005^*$ ;  $w=0,36$

Für die Hypothese „keine Verschlechterung“ sind die Befunde ebenfalls nicht signifikant:

- Gesamtgruppe:  $X^2(1, N=155)=0,18$ ;  $p=0,416$
- Stabile Belastungen  $X^2(1, N=79)=0,01$ ;  $p=0,594$
- Zunehmende Belastungen  $X^2(1, N=76)=0,50$ ;  $p=0,345$

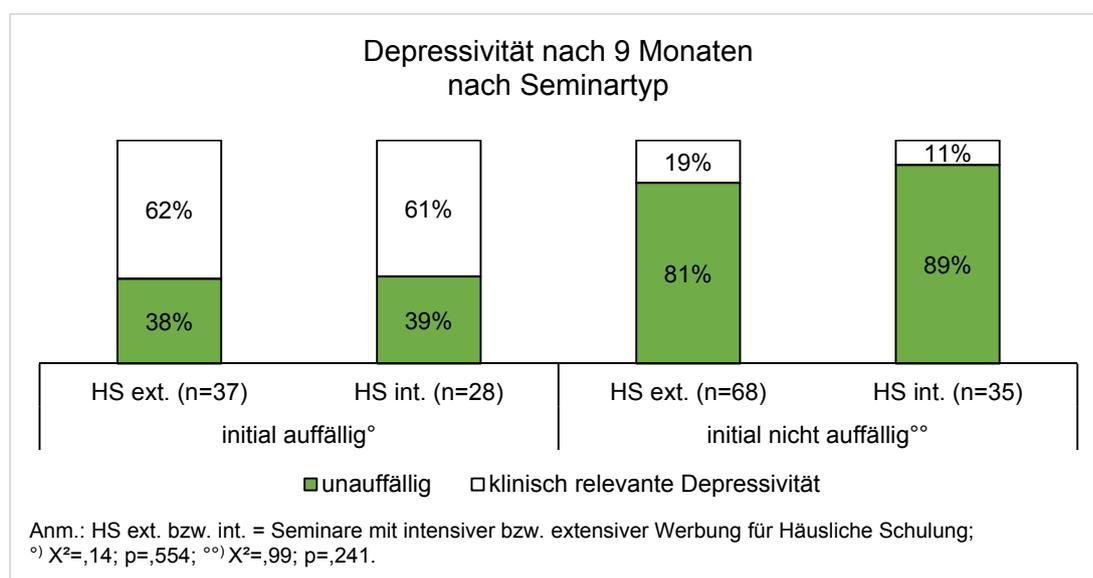
Festzuhalten ist, dass die Ergebnisse trotz der Strukturunterschiede zwischen den Gruppen belastbar sind.

### 9.2.2 Klinisch relevante Depressivität für den Seminartyp „Häusliche Schulung“

Kernbotschaften:

- Ähnlich wie bereits bei den Befunden zur „subjektiven Gesundheit“ gibt es auch bezüglich der klinisch relevanten Depressivität keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Seminartypen „Intensität der Werbung für Häusliche Schulung“.
- Die Tendenzen sind aber erwartungsgemäß: häusliche Schulung scheint positive Auswirkungen zu haben. Der Mehrwert der Nachsorge mit Häuslicher Schulung dürfte in der Untersuchung aber unterschätzt sein (siehe Argumentation bei „subjektive Gesundheit“).

Abbildung 35: Entwicklung der klinisch relevanten Depressivität nach Seminartyp „Häusliche Schulung“.

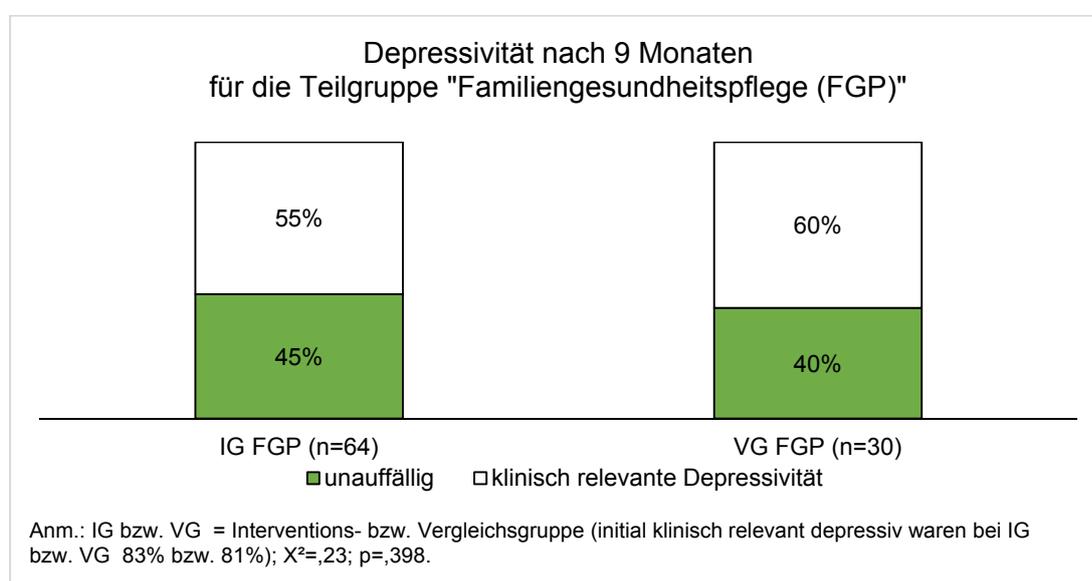


### 9.2.3 Klinisch relevante Depressivität für die Teilgruppe „Familiengesundheitspflege“

Kernbotschaften:

- Hochbelastete Personen konnten eine intensive Nachsorge durch Familiengesundheitspflege erhalten. Eine Teilmenge hat dies tatsächlich genutzt.
- Es gibt aber keinen statistisch signifikanten Maßnahmeeffekt auf die klinisch relevante Depressivität, allenfalls Tendenzen in die erwartete Richtung

Abbildung 36: Entwicklung der klinisch relevanten Depressivität für die Teilgruppe „Familiengesundheitspflege“.



In der Interventionsgruppe haben nicht alle Personen, die das Kriterium „Familiengesundheitspflege“ erfüllt haben, tatsächlich eine Betreuung durch Familiengesundheitspflege erhalten (siehe Kap. 2.2.2). Es ist also fraglich, ob diejenigen, die tatsächlich das Potenzial der Familiengesundheitspflege genutzt haben (hier: mindestens 3 Termine), deutlicher profitiert haben als die Vergleichsgruppe. Das ist nicht der Fall ( $\chi^2(1;54)=0,38$ ;  $p=0,408$ ). Woran liegt das? Zum Einen verfolgt die Familiengesundheitspflege keinen therapeutischen Ansatz, obgleich sie im Bedarfsfall eine Therapie durch entsprechendes Fachpersonal einleiten wird. Zum anderen liegt mit der Vergleichsgruppe ein „Äpfel-Birnen-Vergleich“ vor, weil in der Vergleichsgruppe auch die Personen enthalten sind, die bereits im Versorgungssystem gut integriert sind und das Angebot einer Familiengesundheitspflege wohl abgelehnt hätten. Dieser Effekt maskiert die Ergebnisse und dürfte zu einer Unterschätzung führen.

Zur Wirkung auf die Psyche eine Aussage einer Teilnehmenden:

*„Fr. N.N. ist sehr kompetent und hoch engagiert. Ich habe Sie Engel genannt. Sie hat viel für meine Psyche getan, indem sie für neue Adresse gesorgt hat (...). Nach dem*

*Seminar war ich belasteter als vorher. Es hat so viel aufgewühlt, mich aber auch nach Vorne gebracht. Fr. N.N. hat mir geholfen, den Rucksack zu leeren.“ (Frau B.)*

Zudem würde die Depressivität als alleiniges Erfolgskriterium der Familiengesundheitspflege zu kurz greifen. Beispielsweise hat die Fachkraft für Familiengesundheitspflege 1 (siehe Kap. 13.12.12) in drei von zehn Fällen eine psychotherapeutische Behandlung eingeleitet und selbst bei dieser Behandlung ist bei massiven Diagnosen mit Suizidgefährdung fraglich, ob im Untersuchungszeitraum die Schwelle der klinisch relevanten Depressivität unterschritten werden kann.

## 10 Transfer in die Regelversorgung

### 10.1 Image der Intervention

Kernbotschaft:

- 95% der pflegenden Angehörigen meinen, dass es wichtig ist, dass Pflegekassen so etwas wie „Mach mal PAUSE“ anbieten.
- 89% der pflegenden Angehörigen haben PAUSE als besonderes Angebot der BARMER GEK weiterempfohlen.
- Aus Sicht einer Kasse dürfte sich diese Imagewirkung auf Kundenbindung und -gewinnung positiv auswirken.

Das Image ist ein wichtiger Wettbewerbsfaktor der Kranken-/Pflegekassen (z.B. Neumann, 2013). PAUSE ist ein innovatives Angebot der BARMER GEK. Fraglich ist, ob und inwieweit PAUSE eine Wirkung auf das Image einer Kasse hat.

Dazu wurden die Teilnehmenden des PAUSE-Kompaktseminars wie folgt befragt<sup>18</sup>:

- *Wie wichtig ist es für Sie, dass Pflegekassen so etwas wie das Kompaktseminar „Mach mal PAUSE“ anbieten?*  
Hier soll die absolute Bedeutsamkeit der Maßnahme erfasst werden. Je bedeutender eine Maßnahme bewertet wird, umso größer ist das Potenzial für die Imagewirkung.
- *Wenn Sie an die gesamten Leistungen der Pflegekasse denken, wie groß ist dabei für Sie der Stellenwert des Kompaktseminars „Mach mal PAUSE“?*  
Hier soll die relative Bedeutsamkeit im Gesamtportfolio bewertet werden, die wiederum das Image einer Pflegekasse beeinflusst.
- *Haben Sie in Ihrem Bekannten- oder Verwandtenkreis das Kompaktseminar „Mach mal PAUSE“ als besonderes Angebot der BARMER GEK weiterempfohlen?*  
Haben die Teilnehmenden positive Erfahrungen mit der Maßnahme gemacht und tragen diese Erfahrungen weiter, ist dies Empfehlungsmarketing zu werten und fördert das Image der Kasse.

Bei den Fragen soll kontrolliert werden, ob die Kassenzugehörigkeit einen Einfluss hat. 21% der Befragten geben an, dass weder sie selbst noch ihr/e Angehörige/r bei der BARMER GEK versichert sind.

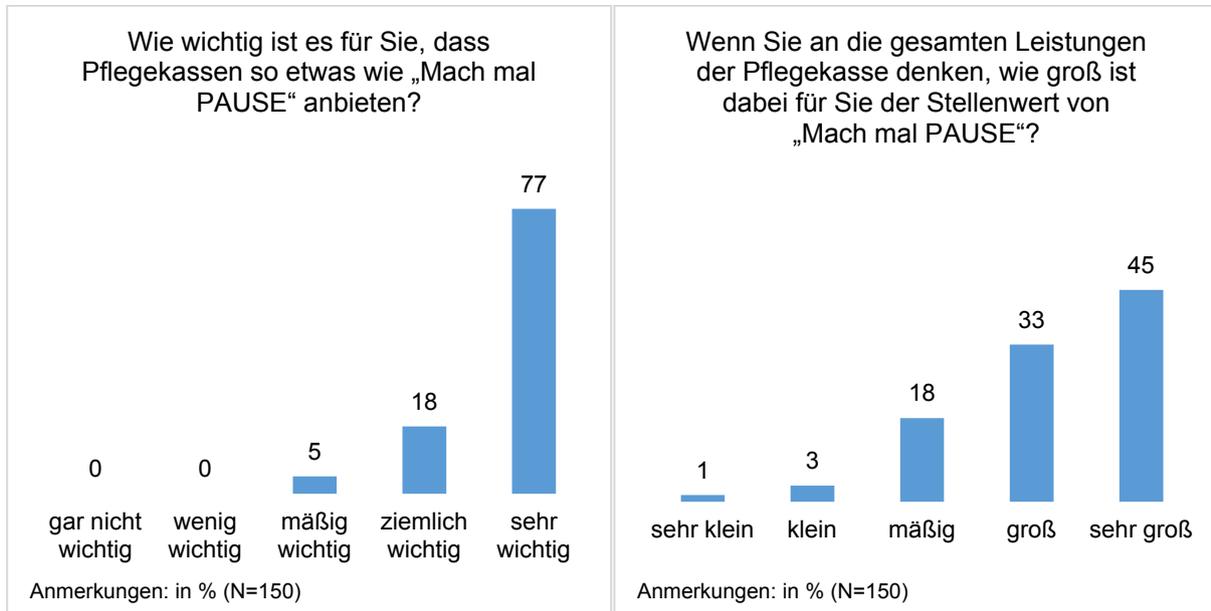
95% der Befragten meinen, dass es ziemlich oder sehr wichtig ist, dass Krankenkassen so etwas wie PAUSE anbieten. 77% der Befragten sagen, dass der Stellenwert von PAUSE im Gesamtportfolio einer Pflegekasse groß oder sehr groß ist. 89% haben PAUSE als

---

<sup>18</sup> Zu einem Zeitpunkt wurden allen PAUSE-Teilnehmenden angeschrieben (Abstand zum Seminar etwa 6 Monate bis 2,5 Jahre). Die Antwort erfolgte anonym mittels portofreier Postkarte. Von 313 versendeten Anschreiben waren 11 nicht zustellbar. Der Rücklauf betrug 151 Postkarten mit 1 Postkarte, die grob unvollständig ausgefüllt war. Der Rücklauf betrug also netto 49,7%.

besonderes Angebot der BARMER GEK weiterempfohlen. Das Antwortverhalten ist jeweils unabhängig von der Kassenzugehörigkeit<sup>19</sup>.

Abbildung 37: Image von „Mach mal PAUSE“.

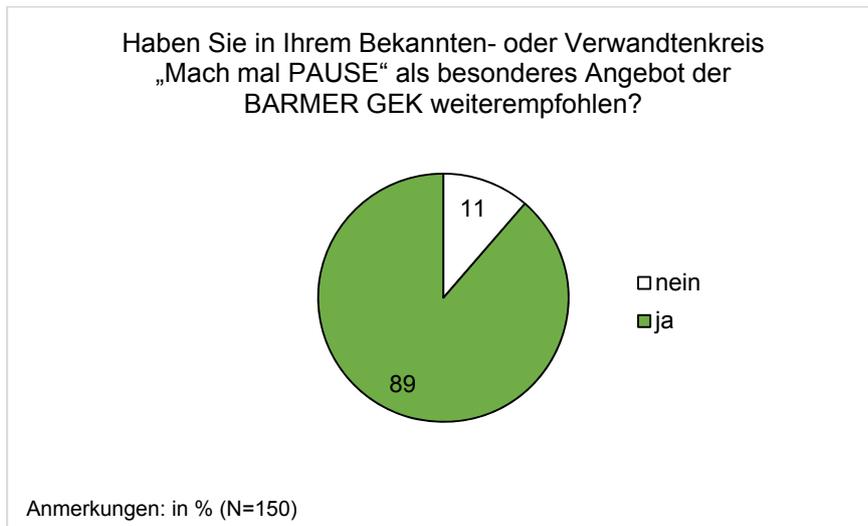


89% der Befragten haben PAUSE als besonderes Angebot der BARMER GEK weiterempfohlen. Der Anteil ist bei den Pflegetandems signifikant<sup>20</sup> höher, die nicht bei der BARMER GEK versichert sind: nämlich 100% bei den anders versicherten Personen gegenüber 86% bei den bei der BARMER GEK versicherten Personen.

<sup>19</sup> T(145)=0,61; p=0,544 bzw. T(145)=1,03; p=0,303

<sup>20</sup> X<sup>2</sup>(1)=5,04; p=0,024

Abbildung 38: Empfehlungsmarketing „Mach mal PAUSE“.



Die Zustimmungsqoten sind bemerkenswert deutlich. Aufgrund der Anonymität der Befragung können keine Ausfallanalysen vorgenommen werden, so dass Ergebnisverzerrungen nicht auszuschließen sind. Allerdings sind die Zustimmungsqoten so deutlich, dass höchstens – wenn überhaupt – eine Abschwächung des positiven Bildes zu erwarten wäre. Weiterführende Fragestellungen betreffen insbesondere differenzierte Analysen nach Merkmalen der Soziodemographie und der Pflegesituation. Zudem wäre auch die Bewertung von anderen Personengruppen bedeutsam, z.B. von Nicht-Teilnehmenden und von Nicht-Pflegenden. Dies war aber nicht Ziel der Befragung und muss weiteren Untersuchungen überlassen bleiben.

## **10.2 Zur Problematik des Zugangs: Fokusgruppe mit Fachkräften und freiwillig Helfenden aus dem Alten-, Wohn- und Pflegebereich**

Bei pflegenden Angehörigen ist von deutlichen Zugangsbarrieren zu Angeboten wie PAUSE auszugehen. Barrieren in Bezug auf das Angebotsformat wurden durch die einleitend partizipative Konzeptentwicklung minimiert. Weitere Barrieren beziehen sich auf den Aspekt „Organisation der Ersatzpflege“ sowie auf den Aspekt „Einstellungen der pflegenden Angehörigen“. Diesbezüglich wurde ein Kommunikationskonzept entwickelt, das jedoch angesichts knapper Ressourcen nicht dauerhaft in der Routine einer Pflegekasse zu halten ist. Dies führt insbesondere zu folgenden Fragen, die in einer Fokusgruppe mit Fachkräften und freiwillig Helfenden aus dem Alten-, Wohn- und Pflegebereich<sup>21</sup> diskutiert wurden:

- Welche Barrieren gibt es auf Seiten der pflegenden Angehörigen?
- Wie kann Ansprache und Beratung diesen Barrieren entgegen wirken?
- Welche Stellen/Institutionen könnten eine gezielte Ansprache leisten bzw. Informationsmaterial übergeben?
- Wie können die Angebotsverantwortlichen diese Stellen/Institutionen für die persönliche Ansprache gewinnen?
- Welche Medien, die von pflegenden Angehörigen gelesen, gesehen und gehört werden, gibt es?

### **Welche Barrieren gibt es auf Seiten der pflegenden Angehörigen?**

Die Teilnehmenden diskutierten im Wesentlichen Barrieren, wie sie in Kap. 2.2.4 aufgeführt sind. Herausgehoben seien folgende:

- Barrieren in Bezug auf das Angebotsformat von PAUSE mögen im Einzelfall vorliegen (z.B. Preis, Entfernung, Dauer, Konzept). Diese seien aber nicht grundsätzlicher Art. Beispielsweise erscheint das Angebot für den Einzelnen möglicherweise deswegen zu teuer, weil die weiteren Leistungen (Hotelkategorie und damit verbundenes Verwöhnprogramm wie Sauna, Park, Schwimmbad) auf den ersten Blick nicht deutlich sind. Zudem gibt es im Einzelfall alternative Angebote (z.B. regionale Pflegekurse, Urlaub, Präventionswochenenden, Angehörigengruppen, regionale Angebote zur Gesundheitsförderung).
- Bei Barrieren in Bezug auf die Organisation wurde insbesondere auf den Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen (besonders für jüngere pflegebedürftige Personen) hingewiesen.
- Barrieren in Bezug auf die Einstellung waren ein Diskussionsschwerpunkt. Dazu zählen beispielsweise „schlechtes Gewissen etwas für sich zu tun“ und Aufschieberitis („Das schaffe ich schon noch irgendwie, ich nehme vielleicht später teil“). Hier muss

---

<sup>21</sup> Teilnehmende: Sonja Finke (u.a. Landesstelle für pflegende Angehörige), Gertrud Schönborn (u.a. Landesseniorenvertretung), Tanja Segmüller (u.a. Uni Witten, Department für Pflegewissenschaft), Susanne Tyll (Beratung-Fortbildung-Projektentwicklung, Krefeld und Sprecherin der LAG Wohnberatung NRW, [www.SusanneTyll.de](http://www.SusanneTyll.de)), Wolfgang Wessels (u.a. Demenz-Service-Zentrum), Andrea Wild (u.a. Stadt Remscheid, Pflegeberatung), Anna Wischnewski (u.a. DRK-Alzheimerhilfe, Pflege- und Demenzbegleiterin).

Überzeugungsarbeit insbesondere durch persönliche Ansprache ansetzen (siehe unten).

- Die Arbeit an den bisherigen Barrieren setzt voraus, dass PAUSE bei den pflegenden Angehörigen bekannt ist und dazu motiviert, Kontakt mit den Angebotsverantwortlichen (hier: die Telefonie der BARMER GEK) aufzunehmen. Dort ist dann individuelle Beratung zu PAUSE, zur Organisation der Ersatzpflege und zu persönlichen Einstellungen möglich. Nach Ansicht der Teilnehmenden kommen viele pflegende Angehörige gar nicht zu diesem Telefonat, weil
  - Pflegende Angehörige wenig Zeit bzw. „keinen Kopf“ haben, nach Angeboten zu recherchieren;
  - die Materialien (Flyer, Anzeigen) zwar gut sind, aber noch Verbesserungspotenzial bieten;
  - Mund-zu-Mund-Empfehlungen durch Multiplikatoren und PAUSE-Teilnehmende in der Kürze der Projektlaufzeit und flächendeckend nur begrenzt aktivierbar sind<sup>22</sup> - zumal häusliche Pflege vielfach ein Tabuthema ist.

### **Wie kann Ansprache und Beratung diesen Barrieren entgegen wirken?**

Die Teilnehmenden haben folgende Möglichkeiten genannt (unabhängig von dem was bei PAUSE bereits erfolgt, siehe Anhang):

- Zugehende und persönliche Ansprache ist effektiv, insbesondere bei bildungsfernen Personen und bei Barrieren in der Einstellung der pflegenden Angehörigen. Im Idealfall werden dabei Informationsmaterialien persönlich übergeben. Dies schafft Vertrauen und Verbindlichkeit.
- Diese Ansprache muss bei einigen pflegenden Angehörigen wiederholt erfolgen, um das Thema im Bewusstsein zu halten bzw. ins Bewusstsein zu bringen. Die Notwendigkeit, solche Angebote zu nutzen, muss immer wieder thematisiert werden.
- Eine Pflegekasse kann hier einen bedeutsamen Beitrag leisten, aber aus Ressourcengründen nicht flächendeckend und mit der notwendigen Intensität. Besonderes Potenzial bieten die BARMER GEK Geschäftsstellen vor Ort (das bei PAUSE auch genutzt wird). Für eine breitere Abdeckung und für alternative Kommunikationsebenen müssen MultiplikatorInnen gewonnen werden und Informationen in die lokalen Netzwerke getragen werden.
- Erfahrungsberichte von ehemaligen PAUSE-Teilnehmenden als Text oder Film<sup>23</sup> sind eine wichtige Ergänzung von sachbezogenen Informationsmaterialien. Diese finden bei einigen Angehörigen eher das „Gehör“, weil sie Informationen auf Augenhöhe bieten. Dazu zählen auch Empfehlungen von ehrenamtlich tätigen (ehemals) pflegenden Angehörigen.
- Persönliche Einladungen/Anschreiben von Seiten der Angebotsverantwortlichen sind für einige pflegende Angehörige eine Legitimation gegenüber der Familie und der

---

<sup>22</sup> Aussage eines Teilnehmenden: „Ich wünsche dem Vorhaben einen langen Atem. Pflegende Angehörige und Multiplikatoren zu erreichen, braucht seine Zeit. Die Erwartungen sollten nicht zu hoch gehängt werden.“

<sup>23</sup> Ein Film mit Aussagen und Bewertungen von Teilnehmenden zum PAUSE-Kompaktseminar ist derzeit in Arbeit.

- pflegebedürftigen Person. Auch die persönliche Empfehlung von Fachstellen erfüllt diesen Zweck.
- Angebotsverantwortliche sollen konkrete und unbürokratische Hilfe anbieten (und dies auch bei der Bewerbung der Angebote aktiv einsetzen),
    - Verhinderungspflege zu organisieren (z.B. Kontakte zu niederschwelligen Betreuungsleistungen, Tagespflege, ambulante Dienste anbieten),
    - Kurzzeitpflegeplätze am Wohnort zu vermitteln,
    - Kurzzeitpflegeplätze am Veranstaltungsort anzubieten.
  - Möglicherweise ist die Schwelle zur Teilnahme an PAUSE zu hoch (4 Tage, Kosten, pflegebedürftige Person alleine lassen). Insofern sollten Türöffnerangebote gefunden bzw. entwickelt werden, die dann wiederum auf PAUSE verweisen.
  - Telefonische Beratung ist eine sinnvolle Ergänzung, ersetzt aber nicht den Face-to-Face-Kontakt.
  - Mailings sind wichtig, ersetzen aber nicht auf Papier gedruckte und persönlich übergebene Informationen (insbesondere für Ältere „etwas in der Hand haben“)
  - Die Bewerbung von Angeboten wie PAUSE sollte nicht nur über einen Kommunikationsweg erfolgen. Um hohe Teilnehmerszahlen zu erreichen, müssen vielfältige Kanäle genutzt und Informationen breit gestreut werden.
  - Wie sind pflegende Angehörige zur Teilnahme zu motivieren?
    - Die Sprache der pflegenden Angehörigen treffen (bei Bewerbung, im Kurs).
    - Kernbotschaften herausstellen, hier:
      - Praxisbezug des Angebots in Bezug auf Pflege („Pflegehilfsmittel selber ausprobieren können“)
      - Selbstsorge „Wohlbefinden und Erholung“
      - Austausch mit anderen Gleichgesinnten
    - Der optimale Flyer und die optimale Anzeige: kurz, attraktiver eyecatcher, einfache Sprache, klare Botschaften, niederschwellig erreichbar; folgende Verbesserungspotenziale für den gegenwärtigen Flyer wurden genannt
      - Schwerpunkt „Wohlbefinden und Erholung“ kommt im Flyer zu kurz (z.B. moderierte Gruppen, Sauna, Kurpark etc.)
      - Auf den ersten Blick ist das BARMER-GEK-Logo im Flyer und bei Anzeigen sehr prominent. Das könnte dazu führen, dass Nicht-BARMER GEK-Versicherte sich nicht angesprochen fühlen (obwohl das Angebot für alle gesetzlich Versicherten offen ist)

**Welche Stellen/Institutionen könnten eine gezielte Ansprache leisten bzw. Informationsmaterial übergeben?**

Zu dieser Frage wurden insbesondere folgende Stellen/Institutionen genannt, ohne Priorisierung:

- Pflegebezogene Stellen/Institutionen
  - BeraterInnen der Pflegekassen, insbesondere regional (z.B. Geschäftsstellen der BARMER GEK)
  - LAG Wohnberatung NRW
  - Pflegeberatung
  - Pflegestützpunkte
  - Ambulante Dienste

- Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Tagespflegeeinrichtungen
- Netzwerk Pflegebegleitung
- Essen auf Rädern
- Betreuungsstellen
- Azubi-Schulen der Alten- und Krankenpflege
- Unterstützungsangebote
  - Wohlfahrtsverbände und Interessenverbände, z.B. VdK und SovD
  - Selbsthilfeorganisationen, Angehörigengruppen
  - Freiwilligenagenturen, Nachbarschaftshilfe
  - Frauenberatung, Hausfrauenbund, Landfrauen, kirchliche Frauenbünde
  - Seniorenvertretung, Seniorenbüros
- Medizinische Versorgung
  - Sanitätshaus
  - Apotheken
  - Kassenärztliche Vereinigung
  - Hausärzte (im Rahmen der Beratung Abrechnungsmöglichkeiten des „Versorgungsvertrages“ nutzen)
  - Geriatrische Rehakliniken (ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Entlass-Management)
  - Sozial-psychiatrische Dienste
  - Krankenhäuser (CasemanagerInnen)
- Öffentliches Leben
  - Kirchengemeinden
  - Kirchliche Einrichtungen
  - DITIB (Träger der türkischen Moscheen)
  - Bibliotheken
  - Volkshochschulen
- Demenz:
  - Demenz-Service-Zentren, Alzheimer-Gesellschaften
  - Tanzangebote, Begegnungsstätten
- In Bezug auf erwerbstätige pflegende Angehörige
  - Industrie- und Handelskammern, Handwerker
  - Innerbetrieblich: Interessenvertretungen, Gleichstellungsbeauftragte, Schwerbehindertenvertretungen, betriebliches Eingliederungs- und Gesundheitsmanagement, Demografiebeauftragte
  - Gewerkschaften
  - Aktionsbündnis „Pflege und Beruf“

**Wie können die Angebotsverantwortlichen diese Stellen/Institutionen für die persönliche Ansprache gewinnen?**

- Nutzen für die Profis herausstellen, wenn Sie das Angebot bewerben: Kundengewinnung, Kundenbindung, Verlängerung der Dienstleistung.
- Meinungsführer und Kommunikationsknotenpunkte in den Netzwerken ausfindig machen und überzeugen, damit man sich bei der Gewinnung von MultiplikatorInnen nicht „verzettelt“.

- Über die örtlichen Pflegekonferenzen Information und Kontakte herstellen.
- Angebote den Multiplikatoren möglichst auch persönlich vorstellen und diskutieren.
- Mehrfach bei Multiplikatoren nachfragen, erinnern, Neuerungen aufzeigen.
- Informationsmaterialien zur Verfügung stellen und Möglichkeiten aufzeigen, diese zu individualisieren (z.B. Freifeld für Stempel, Kommentare).
- Auf Erfahrungsberichte verweisen (Print, Film, Internet).

**Welche Medien, die von pflegenden Angehörigen gelesen, gesehen und gehört werden, gibt es?**

- Lokale und regionale Zeitungen
- WDR4 Radio „In unserem Alter“ (Samstag morgen, hohe Reichweite)
- WDR TV: „Lokalzeit“, „Aktuelle Stunde“
- Auslage beim Bäcker: „Bäckerblume“
- „Apothekenrundschau“
- Seniorenratgeber
- Zeitschriften der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, der Landesseniorenvertretung
- Mitgliederzeitung der Kranken- und Pflegekassen
- „Angehörige pflegen“

### **10.3 Transfer zu anderen Kassen: Workshop mit Vertretern der gesetzlichen Sozialversicherung**

Bei Projektende fand bei der BARMER GEK ein Workshop zum Transfer in die Regelversorgung statt. Es nahmen Vertreter der gesetzlichen Sozialversicherung und des MGEPA NRW teil. Die wesentlichen Ergebnisse des Workshops waren:

- Der Bedarf für Entlastungsangebote wie z.B. PAUSE ist unstrittig.
- Konzept und Ergebnisse von PAUSE sind vielversprechend. Optimal ist die Kombination aus mehrtägigem Seminar und zugehender Nachsorge.
- Mögliche Konzeptvarianten des Seminars beziehen sich insbesondere auf organisatorische Aspekte (z.B. Anzahl der Teilnehmenden, Durchführungsort, Anzahl der Tage) und inhaltliche Aspekte (z.B. Homogenisierung der Gruppen mit spezifischen Themen).
- Durchführungsmaterialien wurden im Projekt entwickelt und können genutzt werden.
- Mit 1-2 attraktiven Seminarstandorten kann ein Einzugsgebiet wie etwa Nordrhein-Westfalen abgedeckt werden (siehe Kap. 4.1).
- Die Finanzierung des Kompaktseminars ist innerhalb der bestehenden gesetzlichen Vorgaben möglich. Für die pflegenden Angehörigen verbleibt ein Eigenanteil für Verpflegung und Übernachtung. Die Kasse muss entsprechende Personalressourcen für die Organisation der Veranstaltung einschließlich Gewinnung der pflegenden Angehörigen kalkulieren.
- Die hier eingesetzten Modelle der Nachsorge (Häusliche Schulung, Familiengesundheitspflege) haben sich bewährt. Sie könnten auf die zugehende Beratungskonzepte anderer Kassen übertragen werden.

- Eine gesetzliche Pflicht zur Durchführung gibt es nicht. Die Entscheidung zur Durchführung obliegt der jeweiligen Kasse. Möglich sind auch Kooperationsmodelle zwischen Kassen.
- Um Selektionseffekte bei der Gewinnung von Teilnehmenden zu minimieren, ist eine breite insbesondere durch persönliche Ansprache geprägte Kommunikationsstrategie optimal.
- Was sind Rahmenbedingungen, die die Entscheidung einer Kasse beeinflussen?
  - Strategische Ausrichtung des Angebotsportfolios für pflegebedürftige und pflegende Personen
  - Prioritäten bei Personalressourcen (insbesondere angesichts der Veränderungen durch die Pflegestärkungsgesetze)
  - Größe der Kasse
  - Anzahl der versicherten pflegebedürftigen Personen
  - Struktur der versicherten Personen
  - Marketingkonzept der Kasse

## **10.4 Transfer innerhalb der BARMER GEK**

Die BARMER GEK hat angesichts der positiven Projekterfahrungen entschieden, das Seminarangebot als Regelleistung weiterzuführen (siehe <https://www.barmer.de/s050126> ). Der Standort wurde beibehalten, weil er sich bewährt hat und die initial erhöhten Organisationsaufwände nicht mehr anfallen. Lediglich der Titel des Kompaktseminars wurde geändert. Der neue Titel ist „Ich pflege - auch mich“. Hintergrund für die Änderung des Titels war, dass der Titel „Mach mal PAUSE“ ohne weitere Erklärung teils zu Erwartungen wie Wellness, Urlaub, „Nichts tun“ etc. führte und den Seminarcharakter der Veranstaltung in den Hintergrund drängte.

## 11 Möglichkeiten und Grenzen von PAUSE

Die Ergebnisse der Evaluation sind vielversprechend und belastbar: PAUSE fördert Gesundheit. PAUSE hat das Potenzial eine Versorgungslücke zu schließen. Die BARMER GEK hat das Angebot nach der Projektphase in die Regelversorgung übernommen. Ein Durchführungsmanual liegt vor. Positive Image-Effekte für eine Kasse sind mit PAUSE verbunden. Es liegt nun an anderen Kassen, das Konzept des mehrtägigen Entlastungsangebotes aufzugreifen – zum Wohle der pflegenden Angehörigen.

PAUSE könnte Bestandteil des Hilfemix für pflegende Angehörige werden. PAUSE löst aber nicht alle Versorgungsprobleme. Einige wurden aufgeführt, darunter flächendeckende Strukturen zu Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement, Engpässe bei Kurzzeitpflegeplätzen zur Entlastung pflegender Angehöriger, fehlende Angebote bei Frühdemenz.

Gespräche mit den Teilnehmenden zeigen weitere Bedarfe auf.

*„Nach dem Tod meines Mannes fühle ich mich total alleingelassen. Es gibt keine Angebote, die mich auffangen. Jedes Geräusch in der Nacht lässt mich aufschrecken. Jetzt merke ich erst mal wie belastet ich war. Wenn der Körper zur Ruhe kommt, kommt vieles raus. Aber was kann ich da tun?“ (Frau F.)*

*„Aber mein Grundproblem konnte auch PAUSE nicht lösen: es gibt Unterstützung für Kinder und für Alte. Für die Altersgruppe dazwischen gibt es praktisch keine Unterstützung.“ (Frau O.)*

*„Wenn ich Hilfen bei der Rückführung in den Beruf bekommen würde.“ (Herr M., pflegebedingte Berufsaufgabe)*

*„Was passiert, wenn pflegende Angehörige nicht mehr können? Außerdem ist die Akzeptanz in der Gesellschaft gering, das ist ein Tabuthema. Gibt es Möglichkeiten der psychologischen Hilfe? Was ist mit Kuren für pflegende Angehörige, am besten automatisch? Ich selber habe 35 Jahre gearbeitet ohne jemals eine Kur in Anspruch genommen zu haben. Pflegekassen könnten direkt pflegende Angehörige finanziell unterstützen, oder aber über Steuerfreibeträge oder Ehrenamtskarten. Wir entlasten doch die Gesellschaft! Ich wünsche mir, dass Pflege von der Gesellschaft akzeptiert ist. (Frau P.).*

## 12 Literatur

- Bestmann, B., Wüstholtz, E. & Verheyen, F. (2014). *Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen*. Hamburg: Techniker Krankenkasse (WINEG Wissen 04).
- Brügger, S., Jaquier, A. & Sottas, B. (2016). Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger. Perspektive der Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49, 138-142.
- Bubolz-Lutz, E. & Kricheldorf, C. (2011). *Pflegebegleiter*. Berlin: GKV-Spitzenverband, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 6.
- Butterworth, P., Pymont, C., Rodgers, B., Windsor, T. D. & Anstey, K. J. (2010). Factors that explain the poorer mental health of caregivers: Results from a community survey of older Australians. *Aust N Z J Psychiatry*, 44, 616-624.
- Buyck, J. F., Bonnaud, S., Boumendil, A., Andrieu, S., Bonenfant, S., Goldberg, M., Zins, M. & Ankri, J. (2011). Informal caregiving and self-reported mental and physical health: results from the Gazel Cohort Study. *American Journal of Public Health*, 101, 1971-1979.
- Clark, M. C. & Diamond, P. M. (2010). Depression in family caregivers of elders: a theoretical model of caregiver burden, sociotropy, and autonomy. *Research in Nursing & Health*, 33, 20-34.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ [u.a.]: Erlbaum.
- COMPASS (2015). Befragungsergebnisse Pflegeberatung und Belastung Angehöriger. [http://www.compass-pflegeberatung.de/fileadmin/user\\_upload/Kurzauswertung\\_Forsa-Befragung\\_20150715.pdf](http://www.compass-pflegeberatung.de/fileadmin/user_upload/Kurzauswertung_Forsa-Befragung_20150715.pdf), Abruf: 07.08.2015.
- Coon, D. W. & Evans, B. (2009). Empirically based treatments for family caregiver distress: What works and where do we go from here? *Geriatric Nursing*, 30, 426-436.
- DeGEval - Gesellschaft für Evaluation e.V. (2008). *Standards für Evaluation*. Köln: Eigenverlag.
- Dlugosch, G. E. & Mücke, M. (2006). „Pflegen und sich pflegen lassen“ – Evaluation eines Seminarangebotes für pflegende Angehörige. In Loidl-Keil, R. & Laskowski, W. (Hrsg.), *Evaluationen im Gesundheitswesen – Konzepte, Beispiele, Erfahrungen* (279-329). München, Mehring: Rainer Hampp Verlag.
- Dörpinghaus, S. (2006). Evaluation von Pflegekursen: Stärken und Herausforderungen. *Pflege & Gesellschaft*, 11, 223-240.
- Dräger, D., Blüher, S., Kummer, K. & Budnick, A. (2013). Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. *Pflege & Gesellschaft*, 18, 50-64.
- Eid, M., Gollwitzer, M., Schmitt, M., & M., (2015). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Ellis, A. & Hoellen, B. (2008). *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Engel, J. & Engel, M. (2012). Warum Gruppen wirken. In Landwirtschaftliche Pflegekasse Hessen Rheinland-Pfalz und Saarland (LPK HRS) (Hrsg.), *Auszeit für pflegende Hände* (88-97). Kassel: LPK HRS.
- Geyer, J. & Schulz, E. (2014). Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. *DIW Wochenbericht*, 14, 294-301.
- Gignac, G. E. & Szodorai, E. T. (2016). Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and Individual Differences*, 102, 74-78.
- Güthlin, C. (2004). Response Shift: alte Probleme der Veränderungsmessung, neu

- angewendet auf gesundheitsbezogene Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13, 165–174.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. & Keller, F. (2012). *Allgemeine Depressionsskala (ADS). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Hertle, D., Lüken, F., Trümner, A. & Veit, C. (2015). Stationäre Rehabilitation und Vorsorge für pflegende Angehörige – eine Sondierung der Angebote in Deutschland. *Rehabilitation*, 54, 146-152.
- 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 (LSV NOS) – Evaluationsbericht*. Landshut: LSV NOS.
- Hetzel, C. (2014). Zwischen häuslicher Pflege und Beruf: Das kann Ihr Unternehmen tun, damit beide Seiten profitieren. In Grashoff, M. (Hrsg.), *Praxishandbuch Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz im Betrieb* (Vol. Oktober, P86, 1-22). Bonn: VNR Verlag für die Deutsche Wirtschaft.
- Hetzel, C., Baumann, R. & Diekmann, J. (2015). Handlungsbedarf für Gesundheitsförderung und Prävention aus Sicht pflegender Angehöriger. *Die Pflegewissenschaft*, 7/8, 408-415.
- Hetzel, C., Baumann, R., Diekmann, J. & Froböse, I. (2016). Beschreibung eines mehrdimensionalen Gesundheitsprogramms für pflegende Angehörige. *Gesundheitswesen*, DOI: 10.1055/s-0042-112814.
- Hetzel, C., Opfermann-Kersten, M. & Holzer, M. (2016). Das subjektive Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen nach einer Trainings- und Erholungswoche: Mehrebenenmodelle für längsschnittliche Daten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 24, 13-28.
- Hosoya, G., Koch, T. & Eid, M. (2014). Längsschnittdaten und Mehrebenenanalyse. *Kölner Zeitschrift für Soziologie*, 66, 189–218.
- Hox, J. J. (2010). *Multilevel analysis*. New York [u.a.]: Routledge.
- Jordan, S. & von der Lippe, E. (2012). Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *GBE kompakt* (Vol.3, Berlin: Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Jordan, S. & von der Lippe, E. (2013). Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 878–884.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung - Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Klaus, D. & Tesch-Römer, C. (2014). *Pflegende Angehörige und Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey 2008*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Fact-Sheet.
- Kummer, K., Budnick, A., Blüher, S. & Dräger, D. (2010). Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5, 89–94.
- Kurz, A. & Wilz, G. (2011). Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz. Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. *Nervenarzt*, 82, 336-342.
- Lamura, G., Mnich, E., Wojszel, B., Nolan, M., Krevers, B., Mestheneos, L. & Döhner, H. (2008). Family carers' experiences using support services in Europe: empirical evidence from the EUROFAMCARE study. *Gerontologist*, 48, 752-71.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M. & Lucas, R. E. (2012). Subjective Well-Being and Adaptation to Life Events: A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 592–615.

- 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.
- Meyer, M. (2006). *Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*. Hamburg: LIT-Verlage.
- Michie, S., Ashford, S., Sniehotta, F., Dombrowski, S., Bishop, A. & French, D. (2011). A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. *Psychology and Health*, 26, 1479–1498.
- Mußnug, T. & Korotkaia, A. (2016). Pflege im eigenen Haushalt oder außerhalb? – Ein Vergleich des Gesundheitszustands von Pflegenden. *Gesundheitswesen*, DOI: 10.1055/s-0041-110670.
- Neumann, K. (2013). Erfolgsfaktoren im GKV-Wettbewerb. Was ist entscheidend für die Mitgliedergewinnung? *Welt der Krankenversicherung*, 10, 239-243.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr*, 18, 577–595.
- Pinquart, M. & S. S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *Journal of Gerontology*, .
- Prochaska, J. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Raudenbush, S. W., Bryk, A. S., Cheong, Y. F., Congdon, R. T. & du Toit, M. (2011). *HLM 7: Hierarchical linear and nonlinear modeling*. North Lincoln: Scientific Software International.
- Rösler-Schidlack, B., Stummer, H. & Ostermann, H. (2010). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziale Unterstützung bei Pflegenden Angehörigen. *Pflegewissenschaft*, 10, 75-86.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2015). *BARMER GEK Pflegereport 2015 - Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36*. Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH.
- Schacke, C. & Zank, C. (2009). *Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). Manual für die Praxisversionen (BIZA-D-PV)*. Siegen: Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen.
- Schäufele, M., Köhler, L., Lode, S. & Weyerer, S. (2007). Welche Faktoren sind mit subjektiver Belastung und Depressivität bei Pflegepersonen kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen assoziiert? Ergebnisse einer repräsentativen Studie in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 20, 197-210.
- Schilder, M. & Florian, S. (2012). Die Entlastung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz durch niedrigschwellige Betreuungsgruppen aus Sicht der Nutzer und Anbieter. *Pflege & Gesellschaft*, 17, 248-269.
- Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten*. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

- Schulze, E. & Drewes, J. (2004). *Die gesundheitliche Situation Pflegender in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Auswertung des Lebenserwartungssurvey des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BIB) beim Statistischen Bundesamt*. Wiesbaden: BIB.
- Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C. & Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *J Affect Disorders*, 101, 75 – 89.
- Snijders, T. A. B. & Bosker, R. J. (2012). *Multilevel analysis: an introduction to basic and advanced multilevel modeling*. London: Sage.
- Sörensen, S., Duberstein, P. & Gill, D. e. a. (2006). Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurol*, 5, 961–973.
- Statistisches Bundesamt (2015). *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- SVR [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Gutachten 2009*. Berlin: Deutscher Bundestag, Drucksache 16/13770.
- Techniker Krankenkasse (2013). *Bleib locker, Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Tuithof, M., ten Have, M., van Dorsselaer, S. & de Graaf, R. (2015). Emotional disorders among informal caregivers in the general population: target groups for prevention. *BMC Psychiatry*, online 2015 Feb 15, doi: 10.1186/s12888-015-0406-0.
- Wagner, F. & Schnepf, W. (2011). *Familiengesundheitspflege in Deutschland Bestandsaufnahme und Beiträge zur Weiterbildung und Praxis*. Bern: Hans Huber.
- Wetzstein, M., Rommel, A. & Lange, C. (2015). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *GBE kompakt 6(3)* (.
- Wilz, G., Kalytta, T. & Küssner, C. (2005). Quantitative und qualitative Diagnostik von Belastungen und Belastungsverarbeitung bei pflegenden Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 18, 259–277.
- Wirtz, M. (2004). Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluss fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt und verringert werden kann. *Rehabilitation*, 43, 109-115.
- Yalom, I. D. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Zank, S. (2010). Belastung und Entlastung von pflegenden Angehörigen. *Psychotherapie im Alter*, 7, 431-444.
- Zank, S., Schacke, C. & Leipold, B. (2006). Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 296-305.
- Zank, S., Schacke, C. (2007). *Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Zegelin, A., Segmüller, T., Daldrup, A., Schieron, M. & Tolsdorf, M. (2013). *Abschlussbericht des Modellprojekts „Neuheit für Pflege“ in Dortmund und Solingen*. Düsseldorf: Unfallkasse Nordrhein-Westfalen.
- ZQP - Zentrum für Qualität in der Pflege (2013). *Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix*. Berlin: ZQP Themenreport.

## 13 Anhang

### 13.1 Beirat

Das Projekt wurde von einem Beirat begleitet. Im Beirat waren Experten aus Wissenschaft, Praxis und Politik vertreten. Am Beirat nehmen teil (sortiert nach Nachname):

| Name                                | Institution   |
|-------------------------------------|---|
| Katharina Benner                    | Der Paritätische NRW, Wuppertal   |
| Prof. Dr. Elisabeth Bubolz-Lutz     | Forschungsinstitut Geragogik e.V., Düsseldorf   |
| Ali Çelik                           | Mitglied im Bundesvorstand des DBfK sowie Geschäftsführer PFLEGE optimal GmbH, Krefeld  |
| Alexandra Daldrup                   | Unfallkasse NRW   |
| Sonja Finke                         | Landesstelle Pflegende Angehörige NRW im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln  |
| Prof. Dr. Ingo Froböse              | Deutsche Sporthochschule Köln<br>Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation  |
| Dr. Dagmar Hertle<br>Andrea Trümner | BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH, Düsseldorf  |
| Prof. Dr. Johannes Jungbauer        | Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Aachen<br>Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp)  |
| Theresia Krieger                    | Universität Maastricht<br>Department of Social Medicine<br>(ehemals Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Aachen,<br>Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie) |
| Serpil Kilic                        | Demenz-Servicezentrum für Menschen mit<br>Zuwanderungsgeschichte  |
| Nina Lauterbach-Dannenberg          | Landesverband der Alzheimer-Gesellschaften NRW e.V.   |
| Prof. Dr. Sigrid Leitner            | Technische Hochschule Köln,<br>Institut für Angewandtes Management und Organisation in der Sozialen Arbeit (IMOS)   |
| Prof. Dr. Hugo Mennemann            | Fachhochschule Münster,<br>Fachbereich Sozialwesen  |

---

| Name                       | Institution   |
|----------------------------|---|
| Prof. Dr. Monika Reichert  | Technische Universität Dortmund,<br>Lehrstuhl für soziale Gerontologie mit dem Schwerpunkt<br>Lebenslaufforschung |
| Prof. Dr. Wilfried Schnepf | Private Universität Witten/Herdecke gGmbH,<br>Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahe Pflege           |
| Marén Schorch              | Universität Siegen,<br>Wirtschaftsinformatik und Neue Medien  |
| Tanja Segmüller            | Hochschule für Gesundheit, Bochum<br>Department für Community Health  |
| Prof. Dr. Susanne Zank     | Universität Köln,<br>Institut für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie                                   |
| Prof. Dr. Angelika Zegelin | Private Universität Witten/Herdecke gGmbH,<br>Department für Pflegewissenschaft                                   |

## **13.2 Handlungsbedarf für Gesundheitsförderung und Prävention aus Sicht pflegender Angehöriger**

Nachfolgender Text ist eine gekürzte Fassung folgender Publikation:

Hetzel, C., Baumann, R. & Diekmann, J. (2015). Handlungsbedarf für Gesundheitsförderung und Prävention aus Sicht pflegender Angehöriger. Die Pflegewissenschaft, 7/8, 408-415.

### **Ziel**

Ziel der Untersuchung ist es, den subjektiven Handlungsbedarf zur Verbesserung der Pflegesituation und des eigenen Wohlbefindens aus Sicht von pflegenden Angehörigen zu ermitteln. Die Ergebnisse sollen für die Planung eines bedarfsorientierten und mehrtägigen Angebots durch die BARMER GEK genutzt werden, sofern diesbezüglich ein Teilnahmeinteresse besteht. Bei der Analyse interessieren auch Merkmale, nach denen Bedarf und Teilnahmebereitschaft variieren könnten.

### **Methode**

Auf Basis des eingangs dargestellten Forschungsstandes wurde in Verbindung mit einer Expertenrunde ein halbstandardisierter Interviewleitfaden entwickelt, der sowohl pflegebezogene als auch auf die eigene Gesundheit bezogene Themen (siehe Abbildung) beinhaltet. Zu den verschiedenen Themen wurde abgefragt ob „viel“, „etwas“ oder „gar kein Handlungsbedarf“ besteht. Ferner wurde die Frage gestellt „Sind Sie an einer mehrtägigen Veranstaltung zu den genannten Themen interessiert?“ (Antworten: „ja“, „vielleicht“, „nein“). Zudem wurden folgende Merkmale zu den pflegenden Angehörigen erfragt: Geschlecht, Alter, Pflegebeginn und bisherige Angebotsnutzung (häusliche Schulung, Pflegekurs, ehrenamtliche Angebote)<sup>24</sup>. Bei den zu Pflegenden wurden das Alter, die Pflegestufe und der demenzielle Status, (ärztliche Diagnose, Anzeichen von Verhaltens- und kognitive Auffälligkeiten) erfasst. Aus dem Bestand der bei der BARMER GEK versicherten und pflegebedürftigen Personen in NRW wurde eine einfache Zufallsstichprobe gezogen. Es wurden Telefoninterviews mit n=100 pflegenden Angehörigen (Hauptpflegeperson) durch vier geschulte Interviewer realisiert. 29 pflegende Angehörige konnten trotz zweimaligem Nachfragen telefonisch nicht erreicht werden oder lehnten das Telefonat ab, so dass insgesamt 129 Personen angerufen wurden (Ausschöpfung 77,5%). Für die Auswertungen werden die einzelnen Zielgrößen dichotomisiert: beim Handlungsbedarf interessiert jeweils die Kategorie „viel“ und beim Teilnahmeinteresse die Kategorie „ja / vielleicht“. Es werden logistische Regressionen geschätzt (Muche et al. 2005).

### **Ergebnisse**

Die realisierte Stichprobenstruktur ist in Tabelle 22 beschrieben.

---

<sup>24</sup> Des Weiteren wurde nach Rahmenbedingungen für eine Veranstaltung gefragt, die jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind.

Tabelle 22: Struktur der Stichprobe.

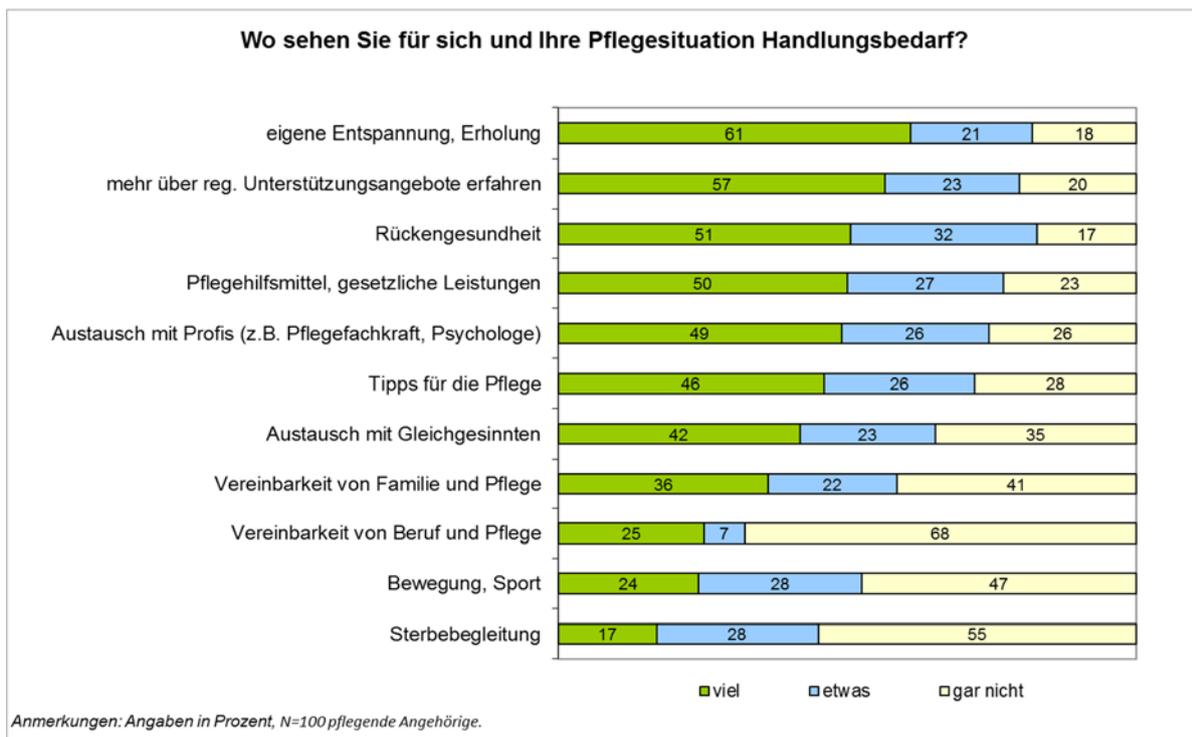
| Merkmal                        |                    | Anzahl           | Anteil in %<br>(nur gültige) |
|--------------------------------|--------------------|------------------|------------------------------|
| <i>Pflegende Person</i>        |                    |                  |                              |
| Geschlecht                     | Frau               | 67               | 67,7                         |
|                                | Mann               | 32               | 32,3                         |
|                                | keine Angabe       | 1                |                              |
| Alter                          | bis 65 Jahre       | 56               | 57,1                         |
|                                | 66 Jahre und älter | 42               | 42,9                         |
|                                | keine Angabe       | 2                |                              |
| Pflegebeginn                   | 0-1 Jahr           | 17               | 17,3                         |
|                                | 1-3 Jahre          | 41               | 41,8                         |
|                                | 3 Jahre und mehr   | 40               | 40,8                         |
| Angebote <sup>b)</sup> genutzt | nichts             | 62               | 62,0                         |
|                                | mind. 1 Angebot    | 38               | 38,0                         |
| <i>Zu pflegende Person</i>     |                    |                  |                              |
| Pflegestufe                    | I                  | 46               | 46,0                         |
|                                | II                 | 44               | 44,0                         |
|                                | III                | 10               | 10,0                         |
| Alter                          | bis 65 Jahre       | 16 <sup>a)</sup> | 16,3                         |
|                                | 66-85 Jahre        | 59               | 60,2                         |
|                                | 86 Jahre und älter | 23               | 23,5                         |
|                                | keine Angabe       | 2                |                              |
| Demenz                         | nein               | 44               | 44,9                         |
|                                | ja                 | 54               | 55,1                         |
|                                | keine Angabe       | 2                |                              |

Anmerkungen: <sup>a)</sup> davon 4 unter 25 Jahren; <sup>b)</sup> ehrenamtliche Angebote oder häusliche Schulung oder Pflegekurs.

Darüber hinaus finden sich bei Kombination der Merkmale folgende Auffälligkeiten: Pflegende Frauen sind etwas jünger als pflegende Männer (61 Prozent der Jüngeren sind Frauen, 52 Prozent der Älteren sind Männer), der Unterschied ist jedoch nicht signifikant ( $\chi^2(1)=1,4$ ;  $p=0,233$ ). Bei den gepflegten Personen fällt auf, dass die Pflegestufe I signifikant häufiger vertreten ist bei Pflegebedürftigen, die älter als 65 Jahre sind ( $\chi^2(1)=9,1$ ;  $p=0,003$ ). Alle anderen Kombinationen sind statistisch unauffällig ( $p>0,25$ ).

Für die Gesamtstichprobe ist der subjektive Handlungsbedarf in Abbildung 39 dargestellt, sortiert nach der Kategorie „viel Handlungsbedarf“. Fast 2/3 der Befragten sehen viel Bedarf bei Entspannung und Erholung. Nahezu genauso hoch ist der Wunsch, mehr über regionale Unterstützungsangebote zu erfahren. Etwa jede zweite pflegende Person sieht viel Handlungsbedarf bei Rückengesundheit, Pflegehilfsmittel, Austausch mit Profis und Tipps für die Pflege. Legt man zugrunde, dass nur 57 Prozent der Befragten im erwerbsfähigen Alter sind, dann ist das Thema „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“ mindestens ebenso bedeutsam. Die Auswertung freier Äußerungen der Befragten ergab keine weitere allgemeingültige Kategorie.

Abbildung 39: Subjektiver Handlungsbedarf



Das Interesse zur Teilnahme an einer mehrtägigen Veranstaltung verteilt sich wie folgt: 50 Prozent ja, 29 Prozent vielleicht und 21 Prozent nein.

Die Voranalysen zu den multiplen Modellen zeigen keine Hinweise auf Multikollinearität. So sind sämtliche bivariaten Rangkorrelationen der Einflussgrößen ( $r < 0,3$ ) sowie die Varianzinflationsfaktoren ( $VIF < 1,2$ ) unauffällig. Außerdem sind für die einzelnen multiplen Modelle wegen der Kriterien für die Vorselektion nur bis zu drei Einflussfaktoren nötig (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Deskription der Zielgrößen nach Strukturmerkmalen in Zeilen-% einschließlich Chi-Quadrat-Tests.

|  |           | Eigene Entspannung, Erholung <sup>a)</sup> | Reg. Unterstützungsangebote <sup>a)</sup> | Rückengesundheit <sup>a)</sup> | Pflegehilfsmittel, gesetzl. Leistungen <sup>a)</sup> | Austausch mit Profis <sup>a)</sup> | Tipps für Pflege <sup>a)</sup> | Austausch mit Gleichgesinnten <sup>a)</sup> | Vereinbarkeit Familie und Pflege <sup>a)</sup> | Vereinbarkeit Beruf und Pflege <sup>a)</sup> | Bewegung, Sport <sup>a)</sup> | Sterbebegleitung <sup>a)</sup> | Interesse an Veranstaltung <sup>b)</sup> |
|--|-----------|--|---|--------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------|---|--|--|-------------------------------|--------------------------------|--|
| <i>Pflegende Person (in Zeilen-%)</i>    |           |  |   |                                |  |                                    |                                |   |  |  |                               |                                |  |
| Geschlecht                               | Frau      | 66(*)                                      | 58  | 53                             | 51   | 50                                 | 45                             | 40  | 39   | 26   | 26                            | 21(*)                          | 79                                       |
|  | Mann      | 53(*)                                      | 53  | 44                             | 50   | 45                                 | 47                             | 47  | 31   | 25   | 22                            | 9(*)                           | 81                                       |
| Alter                                    | bis 65 J. | 63   | 66*                                       | 54(*)                          | 54   | 62*                                | 46                             | 44  | 52*  | 43   | 30(*)                         | 20                             | 93*                                      |
|  | 66 J+     | 62   | 44*                                       | 44(*)                          | 48   | 32*                                | 45                             | 41  | 17*  | 2  | 17(*)                         | 14                             | 64*                                      |
| Pflegebeginn                             | <3 Jahre  | 53*  | 54  | 44*                            | 48   | 46                                 | 52(*)                          | 40  | 39   | 21(*)  | 23                            | 22(*)                          | 78                                       |
|  | 3 J+      | 75*  | 63  | 63*                            | 55   | 54                                 | 40(*)                          | 44  | 35   | 33(*)  | 28                            | 10(*)                          | 80                                       |
| Angebote                                 | nichts    | 63   | 54  | 52                             | 47   | 48                                 | 47                             | 34  | 34   | 21(*)  | 18(*)                         | 18                             | 77                                       |
|  | mind. 1   | 58   | 61  | 47                             | 55   | 51                                 | 45                             | 54  | 39   | 32(*)  | 34(*)                         | 16                             | 82                                       |
| <i>Zu pflegende Person (in Zeilen-%)</i> |           |  |   |                                |  |                                    |                                |   |  |  |                               |                                |  |
| Pflegstufe                               | I         | 65   | 53  | 47                             | 48   | 58(*)                              | 46                             | 48(*)                                       | 47*  | 24   | 20(*)                         | 17                             | 85(*)                                    |
|  | II / III  | 57   | 59  | 54                             | 52   | 42(*)                              | 46                             | 37(*)                                       | 28*  | 26   | 28(*)                         | 17                             | 74(*)                                    |
| Demenz                                   | nein      | 64   | 64(*)                                     | 57                             | 55   | 51                                 | 52(*)                          | 39  | 43(*)  | 25   | 23                            | 14                             | 75                                       |
|  | ja        | 57   | 51(*)                                     | 43                             | 48   | 49                                 | 43(*)                          | 46  | 30(*)  | 26   | 25                            | 20                             | 81                                       |
| <b>Gesamt</b>                            |           | <b>61</b>                                  | <b>57</b>                                 | <b>51</b>                      | <b>50</b>  | <b>49</b>                          | <b>46</b>                      | <b>42</b>                                   | <b>36</b>                                      | <b>25</b>                                    | <b>24</b>                     | <b>17</b>                      | <b>79</b>                                |

Anmerkungen: <sup>a)</sup> Antwort „viel Handlungsbedarf“, <sup>b)</sup> Antwort „ja/vielleicht“, absolute Zahlen siehe Tabelle 1 und Grafik; Chi-Quadrat-Tests mit \* für p<.05 und (\*) für p<.25.

In Tabelle 24 sind die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalysen dargestellt. Der Zusammenhang zwischen Alter und Vereinbarkeit mit Beruf wird nicht analysiert, weil nur eine Alterskategorie für Personen im Erwerbsalter vorliegt. Geschlecht und demenzielle Situation sind nahezu durchgängig nicht bedeutsam. Dagegen sehen Jüngere – also Personen im erwerbsfähigen Alter – höheren Handlungsbedarf bei „Wissen über regionale Unterstützungsangebote“<sup>25</sup>, „Austausch mit Profis“ sowie „Vereinbarkeit der Pflege mit Familie“. Zudem würden die Jüngeren deutlich häufiger als Ältere an einer mehrtägigen Veranstaltung teilnehmen. Langjährig Pflegende sehen erhöhten Handlungsbedarf bei Entspannung/Erholung sowie Rückengesundheit. Personen, die schon pflegebezogene Angebote genutzt haben, sehen Handlungsbedarf beim Austausch mit Gleichgesinnten.

<sup>25</sup> Lesebeispiel: Das Risiko für Handlungsbedarf bezüglich „Wissen über regionale Unterstützungsangebote“ ist bei den Jüngeren im Vergleich zu den Älteren etwa dreimal (OR=2,78) so hoch.

Personen, deren Angehöriger die Pflegestufe I hat, sehen häufiger Handlungsbedarf bei „Vereinbarkeit mit Familie“.

Tabelle 24: Multiple logistische Regressionsanalysen zum Handlungsbedarf und zum Teilnahmeinteresse.

|   | Eigene Entspannung, Erholung <sup>a)</sup> | Reg. Unterstützungsangebote <sup>a)</sup> | Rückengesundheit <sup>a)</sup> | Pflegehilfsmittel, gesetzl. Leistungen <sup>a)</sup> | Austausch mit Profis <sup>a)</sup> | Tipps für Pflege <sup>a)</sup> | Austausch mit Gleichgesinnten <sup>a)</sup> | Vereinbarkeit Familie und Pflege <sup>a)</sup> | Vereinbarkeit Beruf und Pflege <sup>a)</sup> | Bewegung, Sport <sup>a)</sup> | Sterbebegleitung <sup>a)</sup> | Interesse an Veranstaltung <sup>b)</sup> |
|---|--|---|--------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------|---|--|--|-------------------------------|--------------------------------|--|
| <i>Pflegende Person (Odds Ratio)</i>    |  |   |                                |  |                                    |                                |   |  |  |                               |                                |  |
| Mann (Ref: Frau)                        | -  | -   | -                              | -  | -                                  | -                              | -   | -  | -  | -                             | -                              | -  |
| bis 65 Jahre (Ref: 66+)                 | -  | <b>2,78*</b>                              | -                              | -  | <b>3,76*</b>                       | -                              | -   | <b>6,21*</b>                                   | x  | -                             | -                              | <b>7,22*</b>                             |
| Pflegebeginn 3J+ (Ref: <3)              | <b>2,52*</b>                               | -   | <b>2,32*</b>                   | -  | -                                  | -                              | -   | -  | -  | -                             | -                              | -  |
| Angebote mind.1 (Ref: nichts)           | -  | -   | -                              | -  | -                                  | -                              | <b>3,07*</b>                                | -  | -  | 2,27 <sup>(*)</sup>           | -                              | -  |
| <i>Zu pflegende Person (Odds Ratio)</i> |  |   |                                |  |                                    |                                |   |  |  |                               |                                |  |
| Pflegestufe I (Ref: II/III)             | -  | -   | -                              | -  | 2,20 <sup>(*)</sup>                | -                              | 2,32 <sup>(*)</sup>                         | <b>3,50*</b>                                   | -  | -                             | -                              | -  |
| Demenz ja (Ref: nein)                   | -  | -   | -                              | -  | -                                  | -                              | -   | ,42 <sup>(*)</sup>                             | -  | -                             | -                              | -  |
| R <sup>2</sup> Nagelkerke               | ,060                                       | ,080                                      | ,055                           | -  | ,156                               | -                              | ,093  | ,255   | -  | ,045                          | -                              | ,196                                     |

Anmerkungen: finale Modelle der Rückwärtsselektion mit den vorselektierten Prädiktoren; <sup>a)</sup> Antwort „viel Handlungsbedarf“, <sup>b)</sup> Antwort „ja/vielleicht“; Ref = Referenz; \* **p<.05**; <sup>(\*)</sup> p<. 1; x = kein Wert.

## Diskussion

Es wurde der pflege- und gesundheitsbezogene Handlungsbedarf sowie das Teilnahmeinteresse an einer mehrtägigen Veranstaltung aus Sicht pflegender Angehöriger anhand einer einfachen Zufallsstichprobe erhoben.

Die Stichprobe kommt der Verteilung in Deutschland bezüglich Alter und Geschlecht der pflegenden Personen relativ nahe. Auch die gemeinsame Verteilung von Alter und Geschlecht zeigt die eingangs beschriebenen Gipfel: pflegende Frauen sind häufiger jünger und pflegende Männer häufiger älter. Die Verteilung von Pflegestufe und demenzieller Status ist in etwa vergleichbar (Daten siehe oben). Aus Sicht der erhobenen Strukturmerkmale sind daher die Ergebnisse auch ohne Gewichtung generalisierbar. Allerdings wird die Zufallsstichprobe zum einen aus nur einem Bundesland und zum anderen aus dem Versichertenbestand der BARMER GEK rekrutiert, so dass Verzerrungen nicht auszuschließen sind. Ausfallbedingte Verzerrungen scheinen vernachlässigbar, weil die Ausschöpfung mit 77,5% als hoch zu werten ist. Erfolgsvoraussetzung war, dass bei Nichterreichenden mehrfach nachgefasst wurde und dass die geschulten Interviewer auf individuellen Beratungsbedarf reagierten, so dass die Befragten von dem Gespräch profitieren konnten.

Aus subjektiver Sicht pflegender Angehöriger ist deutlicher Handlungsbedarf gegeben. Dies bezieht sich sowohl auf die eigene Gesundheit als auch auf die Pflegeverrichtung bezogene Themen. Es dominieren die Themen Entspannung und Erholung. Dies deckt sich mit den qualitativen Befunden bei Zegelin und Autoren (2013) und den Handlungsempfehlungen der DEGAM (2005). Zudem gibt es einen deutlichen Wunsch mehr über regionale Unterstützungsangebote zu erfahren. Dieser Wunsch geht konform mit den Befunden von Schilder und Florian (2012), nach denen Entlastungsangebote von pflegenden Angehörigen Demenzerkrankter häufig nicht genutzt werden, weil diese nicht bekannt sind oder der Nutzen nicht klar ist. Ähnlich wird auch in anderen Studien argumentiert (Dörpinghaus, 2006; Zegelin, Segmüller, Daldrup, Schieron & Tolsdorf, 2013). Eher randständig ist in der vorliegenden Untersuchung das Thema „Sterbebegleitung“. Möglicherweise ist das Thema ein Tabu. Oder es könnte daran liegen, dass die Pflege in vielen Fällen über einen längeren Zeitraum hinweg erfolgt, innerhalb dessen der Sterbeprozess einen kurzen Zeitabschnitt darstellt. Die meiste Zeit stehen dann andere Themen im Vordergrund. Die Forschungslage zu diesem Themenfeld ist rudimentär (Opterbeck, Schacke & Zank, 2010).

Die Ergebnisse zeigen, dass das Interesse von pflegenden Angehörigen an einer mehrtägigen Veranstaltung mit den genannten Inhalten gegeben ist. Jede zweite Person würde teilnehmen und nur eine von fünf Personen lehnt die Teilnahme ab. Offenbar kommt ein solches Angebot aus Sicht vieler Adressaten in Frage, obwohl bislang Angebote der Gesundheitsförderung zu wenig genutzt werden (Kummer, Budnick, Blüher & Dräger, 2010; Dräger, Blüher, Kummer & Budnick, 2013). Ein Grund für die hohe Bereitschaft könnte die zugehende Kontaktierung der Befragten über das Telefon sein. Die pflegenden Angehörigen wurden über die möglichen Inhalte des Angebots informiert, so dass die von Schilder und Florian (2012) berichtete häufige Unklarheit bezüglich Entlastungsangeboten und deren Nutzen bei pflegenden Angehörigen vermieden wurde. Außerdem konnte auf subjektive Barrieren insbesondere organisatorischer und emotionaler Art (Zegelin, Segmüller, Daldrup, Schieron & Tolsdorf, 2013) eingegangen werden. Bislang gibt es im sozialversicherungsrechtlichen Bereich in Deutschland kaum mehrtägige Veranstaltungen für pflegende Angehörige. Eine Ausnahme sind die siebentägigen Trainings- und Erholungswochen der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (Hetzel, 2010; Hetzel, 2012).

Von zusätzlichem Interesse sind die differentiellen Befunde. Es ergeben sich nur wenige Einflussgrößen auf den subjektiven Handlungsbedarf. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht hinsichtlich der hier thematisierten Inhalte. Mittag und Grande (2008) berichten aus dem Setting medizinischer Rehabilitation, dass Männer sich stärker für Fitness interessieren, während für Frauen eher Wohlbefinden und Entspannung im Vordergrund steht. Diese Beobachtung lässt sich nicht ohne weiteres auf die Situation von pflegenden Angehörigen übertragen. Zwar neigen Frauen tendenziell dazu, den Bedarf nach Entspannung etwas höher einzustufen als Männer. Die Ergebnisse sind aber statistisch nicht signifikant. Und sowohl Männer als auch Frauen formulieren nur einen geringen Bedarf an Bewegung und Sport (22 bzw. 26 Prozent).

Es konnten keine Unterschiede hinsichtlich des Handlungsbedarfs in Abhängigkeit einer vorliegenden Demenz des zu Pflegenden gefunden werden, obwohl diese Zielgruppe besondere Bedarfe aufweist (Pinquart & Sörensen, 2002; Zank, 2010). Pinquart und Sörensen (2002) sind in einer Metaanalyse der Frage nachgegangen, ob sich die Wirksamkeit von Interventionen bei Pflegenden von Demenzerkrankten und anderen pflegebedürftigen älteren Menschen in Abhängigkeit von der Art der Intervention

unterscheidet. Sie fanden lediglich beim Einsatz psychoedukativer Interventionen Unterschiede zu Ungunsten pflegender Angehöriger von Demenzerkrankten. Bei anderen Interventionsformen wie unterstützende Angebote, Psychotherapie, pflegeentlastende Angebote und multimodale Angebote fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Psychoedukative Angebote haben das Ziel Wissensvermittlung und lassen häufig wenig Modifikationen zu. Pinquart und Sörensen gehen davon aus, dass solche Angebote für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten zu wenig Zeit und Raum bieten, um hinsichtlich Reduktion von Depressivität, Verbesserung des subjektiven Befindens und Erhöhung des Kompetenzerlebens Effekte zu erzielen, die bei pflegenden Angehörigen von Nicht-Demenzerkrankten erreicht werden können. Der unterschiedliche Handlungsbedarf könnte also auf einer Ebene liegen, die in der Befragung der vorliegenden Studie nicht thematisiert wurde. Bei der Planung eines Seminarangebots sollten die Befunde von Pinquart und Sörensen in jedem Fall Berücksichtigung finden. Bei der Konzeption wären verschiedene Interventionsmethoden zu berücksichtigen und auch Module, die je nach individueller Situation wahlweise belegt werden können. Zudem wäre mindestens für diesen Kreis sowie möglicherweise für andere hoch belastete Teilgruppen eine individuelle und professionelle Nachsorge anzustreben, bei der noch stärker auf die jeweilige Situation des Einzelnen eingegangen werden kann. Für eine strukturierte Nachsorge im Anschluss an eine Kompaktintervention spricht auch, dass sonst bei pflegenden Angehörigen kaum langfristige Effekte zu erwarten sind (Pinquart & Sörensen, 2002; Hetzel, 2010; Hetzel, 2012).

Auffällig ist, dass Jüngere einen höheren Handlungsbedarf sehen und eine siebenfach höhere Teilnahmebereitschaft an einem mehrtägigen Angebot zeigen als Ältere. Dies könnte mit der Ausfüllung von zusätzlichen Rollenfunktionen und sich daraus ergebenden Konflikten zusammenhängen (Eltern, Beruf). Gestützt wird die Annahme durch den Zusammenhang zwischen niedrigem Alter bei Pflegenden und hohem Handlungsbedarf hinsichtlich Vereinbarkeit von Familie und Pflege. Derartige Rollenkonflikte werden stresstheoretisch als sekundäre Stressoren bezeichnet (Zank, 2010). Möglicherweise sind zudem bei Älteren subjektive Barrieren für die Teilnahme an einem Angebot stärker ausgeprägt (Dräger, Blüher, Kummer & Budnick, 2013; Zegelin, Segmüller, Daldrup, Schieron & Tolsdorf, 2013, S. 21), z.B. schlechtes Gewissen etwas für sich tun oder Scham Hilfe anzunehmen.

Personen, die einen Angehörigen mit geringer Pflegestufe pflegen, äußern häufiger einen höheren Handlungsbedarf hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Pflege als Personen, die einen Angehörigen mit höherer Pflegestufe pflegen. Möglicherweise versuchen Personen, die einen Angehörigen mit niedriger Pflegestufe pflegen, ab Eintritt der Pfllegetätigkeit weiterhin alle bisherigen Rollen auszufüllen. Demgegenüber scheint dies bei einer höheren Pflegestufe weniger möglich, so dass die Pflege eines Angehörigen mit höherer Pflegestufe eine eindeutige Rollenklärungen bezüglich Pflege, Familie und Beruf voraussetzt. Der Befund könnte aber auch darauf hindeuten, dass pflegende Angehörige bei geringer Pflegestufe in Anbetracht der Anforderungen vergleichsweise wenig Unterstützung bzw. Verständnis erfahren.

Nachvollziehbar ist, dass langjährig Pflegende häufiger einen hohen Handlungsbedarf bei Entspannung, Erholung und Rückengesundheit sehen. Dies bedeutet aber nicht, dass man bei entsprechenden Angeboten nur langjährig Pflegende ansprechen sollte. Während 75 Prozent der langjährig Pflegenden einen hohen Bedarf an Erholung formulieren, sind es bei den noch nicht so lange Pflegenden immer noch über 50 Prozent. Bei der Rückengesundheit nennen seit kürzerer Zeit Pflegende ebenfalls weniger Handlungsbedarf als lange Zeit Pflegende. Der Anteil ist aber mit 44 Prozent immer noch hoch. Zudem könnten zu Beginn

der Pflege einsetzende Präventionsmaßnahmen, auch wenn noch keine Beschwerden geäußert werden, dazu beitragen, Rückenbeschwerden vorzubeugen und Wohlbefinden im weiteren Pflegeverlauf zu erhalten. Der deutliche Wunsch nach Angeboten zur Förderung des eigenen Wohlbefindens deckt sich mit qualitativen Befunden (Zegelin, Segmüller, Daldrup, Schieron & Tolsdorf, 2013).

Die vorliegende Studie weist neben den bereits aufgeführten folgende weitere methodische Limitationen auf. Die multiplen Regressionsanalysen werden mit statistischer Selektion durchgeführt. Der Nachteil einer solchen Vorgehensweise ist, dass das eingesetzte Verfahren darüber entscheidet, welche Einflussvariablen im Modell verbleiben. Als exploratives Verfahren erscheint die gewählte Vorgehensweise jedoch gerechtfertigt, da wie einleitend ausgeführt kaum quantitative Aussagen von pflegenden Angehörigen zum subjektiven Handlungsbedarf bezüglich Gesundheitsförderung vorliegen. Auch wenn methodische Voraussetzungen (Multikollinearitätsprüfung) und Methodenunabhängigkeit der Ergebnisse (Wald-Statistik als Selektionskriterium, Vorwärtsselektion) geprüft wurden, ergeben sich Einschränkungen hinsichtlich der Interpretierbarkeit der Ergebnisse. Aufgrund der relativ geringen Fallzahl können nur große Effekte statistisch abgesichert werden bzw. sind die Konfidenzintervalle groß. Darüber hinaus sind alle Variablen dichotomisiert. Dadurch ergibt sich ein Informationsverlust. Es ist durchaus denkbar, dass beispielsweise bei einer Unterscheidung von Pflegestufe II und III oder bei Abstufungen des Demenz-Schweregrads Variabilität hinsichtlich der Zielgrößen sichtbar wird, die in der hier vorgelegten Kategorisierung nicht zum Vorschein kommen kann. Außerdem erlaubt die Stichprobenstruktur keine Differenzierung zwischen Kinder-, Partner- und Elternpflege, obwohl die Bedarfslage möglicherweise unterschiedlich ist. Darüber hinaus muss eingeräumt werden, dass nur wenige und den Handlungsbedarf recht grob abbildenden Fragen gestellt wurden. Zudem wurden potentielle weitere Einflussfaktoren auf den Handlungsbedarf, wie beispielsweise Gesundheitsstatus der pflegenden Person, Persönlichkeitseigenschaften, familiäre Situation, Umfang der Erwerbstätigkeit, Migrationshintergrund oder regionale Versorgungsstruktur (Meyer, 2006; Zank, 2010; Zegelin, Segmüller, Daldrup, Schieron & Tolsdorf, 2013), nicht berücksichtigt. Hier sollte weitere Forschung ansetzen.

### **Schlussfolgerungen**

Die Untersuchung rechtfertigt eine Initiative zur Entwicklung und Erprobung eines mehrtägigen Angebots, bei dem sowohl die in der Gesamtstichprobe geäußerten Prioritäten als auch subgruppenspezifische Bedarfe berücksichtigt werden sollten. Letzterem könnte Rechnung getragen werden, in dem zum einen innerhalb der Veranstaltung parallel verschiedene Angebote erfolgen, die je nach individueller Lage ausgewählt bzw. zugewiesen werden können. Zum anderen könnte eine individuelle Nachsorge im Anschluss an das Angebot darauf reagieren. Die Teilnahmebereitschaft scheint bei jüngeren Personen deutlich höher, so dass die Bewerbung des Angebots insbesondere nach Alter differenziert werden sollte.

### **Literatur siehe Originalartikel**

### **13.3 Methodenergebnis zur Qualität des Messinstrumentes**

Nachfolgender Text ist ein Auszug aus einer im Review befindlichen Fachpublikation. Es werden hier nur die explorativen Faktorenanalysen (ohne die konfirmatorischen Faktorenanalysen) sowie die Gütekriterien im Ergebnis dargestellt.

#### **Ziel**

Ein auf die Fragestellungen der vorliegenden Studie passendes Messinstrument ist das „Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz“ (BIZA-D). Es dient der Erfassung von objektiven und subjektiven Belastungen, die durch die Pflege demenziell Erkrankter entstehen. Das BIZA-D enthält 88 Items in 20 Subskalen und gilt als reliables und valides Instrument (Zank, Schacke & Leipold, 2006). Mit der multidimensionalen Erfassung von Belastungen hebt sich das BIZA-D von anderen Instrumenten ab (z.B. Gräbel & Leutbecher, 1993), weil damit spezifische Interventionseffekte nachweisbar sind. Dies werten auch Wilz und Autoren (2005) als Vorteil. Neben der Langfassung des Instrumentes gibt es eine reduzierte Praxisversion (BIZA-D-PV), deren Gütekriterien ebenfalls dokumentiert sind (Schacke & Zank, 2009).

Es soll untersucht werden, ob sich die faktorielle Struktur des BIZA-D-PV auch für pflegende Angehörige im nicht-demenziellen Bereich zeigt und wie dort die Gütekriterien des BIZA-D-PV ausgeprägt sind.

#### **Datengrundlage**

In die Analysen fließen insgesamt 294 Personen ein. Die Stichprobe ist in Tabelle 1 beschrieben. Strukturell gibt es kaum Unterschiede zwischen den Indikationsbereichen. Nur das Alter der pflegebedürftigen Person ist in der Demenz-Gruppe deutlich ( $d=.44$ ) höher, aber durch das Krankheitsbild erklärbar.

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe (ärztliche Diagnose Demenz nein  $n=161$ , ja  $n=133$ ).

|                                |                          | Demenz nein |                        | Demenz ja   |                        | Effekt<br><i>d</i> bzw. <i>w</i> |
|--------------------------------|--------------------------|-------------|------------------------|-------------|------------------------|----------------------------------|
|                                |                          | %           | <i>M</i> ( <i>SD</i> ) | %           | <i>M</i> ( <i>SD</i> ) |                                  |
| <i>Pflegende Person</i>        |                          |             |                        |             |                        |                                  |
| Geschlecht                     | weiblich                 | 74          |                        | 75          |                        | .00                              |
|                                | männlich                 | 26          |                        | 25          |                        |                                  |
| Alter (Jahre)                  |                          | 63.0 (11.3) |                        | 64.1 (12.0) |                        | .09                              |
| Bildung                        | kein Schulabschluss      | 0           |                        | 1           |                        | <sup>a)</sup> .15 *              |
|                                | Haupt-/Volksschule       | 28          |                        | 26          |                        |                                  |
|                                | mittlere Reife, Lehre    | 49          |                        | 36          |                        |                                  |
|                                | Abitur, Meister, Studium | 23          |                        | 37          |                        |                                  |
| Berufstätig                    | ja                       | 40          |                        | 41          |                        | .03                              |
|                                | nein                     | 60          |                        | 59          |                        |                                  |
| Verwandtschaft                 | Ehepartnerin/Ehepartner  | 53          |                        | 51          |                        | .16                              |
|                                | Tochter/Sohn             | 27          |                        | 31          |                        |                                  |
|                                | Mutter/Vater             | 5           |                        | 0           |                        |                                  |
|                                | Schwiegertochter/-sohn   | 9           |                        | 11          |                        |                                  |
|                                | sonstiges                | 7           |                        | 7           |                        |                                  |
| Haushalt gemeinsam             | ja                       | 69          |                        | 68          |                        | .02                              |
|                                | nein                     | 31          |                        | 32          |                        |                                  |
| Betreuungsdauer<br>(Jahre)     |                          | 6.9 (8.4)   |                        | 5.1 (3.9)   |                        | .27 *                            |
| <i>Pflegebedürftige Person</i> |                          |             |                        |             |                        |                                  |
| Geschlecht                     | weiblich                 | 49          |                        | 56          |                        | .07                              |
|                                | männlich                 | 51          |                        | 44          |                        |                                  |
| Alter (Jahre)                  |                          | 73.8 (13.4) |                        | 79.0 (8.5)  |                        | .44 ***                          |
| Pflegestufe                    | keine oder Stufe 0       | 4           |                        | 7           |                        | .14                              |
|                                | Stufe I                  | 36          |                        | 31          |                        |                                  |
|                                | Stufe II                 | 46          |                        | 40          |                        |                                  |
|                                | Stufe III                | 14          |                        | 21          |                        |                                  |

Anmerkungen: *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, <sup>a)</sup> ohne „kein Schulabschluss“, \*  $p < 0.05$ , \*\*\*  $p < .001$ .

## Auswertungsmethoden

Die explorativen Faktorenanalysen (EFA) erfolgen mittels Hauptachsenanalyse mit Kommunalitätenschätzung durch quadrierte multiple Korrelationen und anschließender Promax-Rotation, letztere weil einige Faktoren als abhängig anzunehmen sind. Ob die Faktorisierung sinnvoll ist, wird mit dem Bartlett Test auf Sphärizität und dem Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium ermittelt. Die Bestimmung der Anzahl der Faktoren erfolgt nach dem Knickpunkt im Screeplot und der Parallelanalyse (hier mit  $n=150$  Zufallsziehungen). Die Berechnungen erfolgen getrennt nach den Substichproben mit dem R-Paket psych (Revelle, 2017).

Reliabilität ist der Grad der Genauigkeit, mit dem ein bestimmtes Merkmal erfasst wird. Sie wird über die interne Konsistenz ermittelt, zum einen mittels Cronbach Alpha und zum anderen mittels McDonald Omega. Reliabilitätskoeffizienten  $>.70$  bzw.  $>.80$  gelten als akzeptabler bzw. guter Orientierungswert (Schmitt, 1996), für Gruppenuntersuchungen und Skalen mit wenigen Items gelten auch Werte  $>.60$  als ausreichend (Aiken & Groth-Marnat, 2006).

Faktorielle Validität gilt als gegeben, wenn die Annahmen über die dimensionale Struktur des zu erfassenden Konstrukts überprüfbar sind.

Konstruktvalidität ist gegeben, wenn sich der Messwert einer Skala als Indikator für das Merkmal eignet, das mit der Skala gemessen werden soll. Dazu werden die eingangs

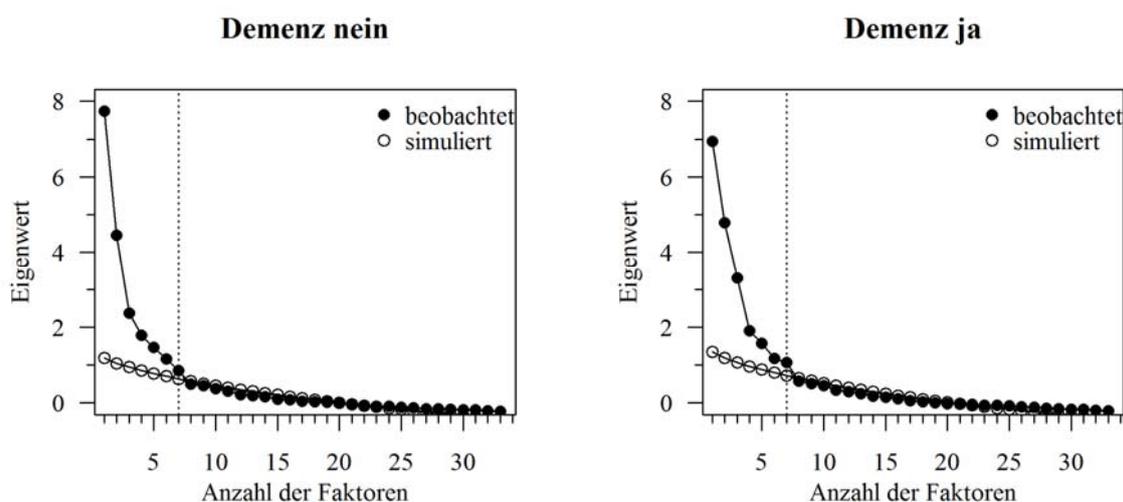
formulierten Zusammenhangshypothesen zwischen den zu validierenden Skalen und aus anderen Untersuchungen bekannten Befunden überprüft.

Es werden Effektstärken berechnet und nach den Vorgaben von Cohen (1988) interpretiert. Korrelationskoeffizienten  $r$  sowie  $w$  für Kreuztabellen als kleiner bzw. mittlerer bzw. starker Effekt für  $>.1$  bzw.  $>.3$  bzw.  $>.5$ ; Cohens  $d$  für Mittelwertsunterschiede als kleiner bzw. mittlerer bzw. starker Effekt für  $>.2$  bzw.  $>.5$  bzw.  $>.8$ .

### Explorative Faktorenanalysen

Für beiden Stichproben ist eine Faktorisierung sinnvoll (Demenz nein: KMO=.84, Bartlett  $\chi^2(528)=3166.46$ ,  $p<.001$  bzw. Demenz ja: KMO=.78, Bartlett  $\chi^2(528)=2899.31$ ,  $p<.001$ ). Sowohl der Screeplot also auch die Parallelanalyse deuten in beiden Stichproben auf sieben Faktoren hin.

Abbildung 1: Screeplot mit Parallelanalyse nach Substichprobe.



Sieben Faktoren erklären für den nicht demenziellen Bereich 60%, für den demenziellen Bereich 63% der Varianz. Eine oblique Rotation ist indiziert, weil einzelne Faktorkorrelationen in beiden Gruppen substantiell sind (Demenz nein bzw. ja maximal  $r=.48$  bzw.  $r=.38$ ). Die rotierten Faktorladungen weisen für beiden Gruppen mit nur wenigen Ausnahmen eine Einfachstruktur auf (siehe Tabelle 2). Dies deutet auf homogene Subskalen hin, deren Inhalte ähnliche Facetten repräsentieren.

Tabelle 2: Faktorladungsmatrix der generellen Dimensionen, bei pflegenden Angehörigen nicht-demenziell erkrankter Menschen ( $n=166$ )/ demenziell erkrankter Menschen ( $n=133$ ).

| Item                      | Faktor         |                |                |                |                |                |                | Kommunalität<br>h <sup>2</sup> |
|---------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------------------|
|                           | 1              | 2              | 3              | 4              | 5              | 6              | 7              |                                |
| Mahlzeiten                | <b>.68/.80</b> |                |                |                |                |                |                | .51/.64                        |
| Nahrungsaufnahme          | <b>.56/.73</b> |                |                |                |                |                |                | .37/.63                        |
| Baden                     | <b>.75/.81</b> |                |                |                |                |                |                | .63/.60                        |
| Körperpflege              | <b>.78/.85</b> |                |                |                |                |                |                | .66/.73                        |
| Toilette                  | <b>.74/.71</b> |                |                |                |                |                |                | .57/.54                        |
| An- und Auskleiden        | <b>.85/.89</b> |                |                |                |                |                |                | .69/.78                        |
| Verhüten von Weglaufen    | <b>.24/.58</b> |                |                |                |                |                |                | .12/.39                        |
| Verhüten von Verletzungen | <b>.57/.70</b> |                |                | .22/           |                |                |                | .41/.53                        |
| Anwesend sein             | <b>.56/.71</b> |                |                |                |                |                |                | .32/.59                        |
| Wiederholungen            |                | <b>.70/.61</b> |                |                |                |                |                | .53/.37                        |
| Geistiger Abbau           |                | <b>.76/.82</b> |                |                |                |                |                | .72/.73                        |
| Begreifen                 |                | <b>.84/.99</b> |                |                |                |                |                | .80/.91                        |
| Gedächtnis                |                | <b>.84/.85</b> |                |                |                |                |                | .69/.71                        |
| „Verrücktheit“            |                | .53/.27        | <b>.29/.30</b> |                |                |                |                | .52/.30                        |
| Unruhe                    |                | .30/.23        | <b>.25/.44</b> | .22/           |                |                |                | .33/.43                        |
| Beschimpfungen            |                |                | <b>.60/.84</b> |                |                |                |                | .43/.58                        |
| Widerstand                |                |                | <b>.90/.74</b> |                |                |                |                | .84/.57                        |
| Selbstgefährdung.         |                |                | <b>.56/.57</b> |                |                |                |                | .44/.35                        |
| Verständnis für Krankheit |                |                |                | <b>.72/.75</b> |                |                |                | .55/.54                        |
| Verständnis anderer       |                |                |                | <b>.93/.94</b> |                |                |                | .93/.90                        |
| Anerkennung               |                |                |                | <b>.62/.66</b> |                |                |                | .50/.57                        |
| Kampf mit Behörden        |                |                |                |                | <b>.69/.80</b> |                |                | .63/.67                        |
| Infos über Unterstützung  |                |                |                |                | <b>.97/.93</b> |                |                | .90/.83                        |
| Professionelle Hilfe      |                |                |                |                | <b>.69/.81</b> |                |                | .68/.71                        |
| Leben mit der Situation   | .12/           |                |                |                |                | <b>.67/.61</b> |                | .54/.49                        |
| Annahme der Situation     |                |                |                |                |                | <b>.85/.92</b> |                | .75/.81                        |
| Gewöhnung                 |                |                |                |                |                | <b>.80/.69</b> |                | .67/.48                        |
| Akzeptanz als Realität    |                |                |                |                |                | <b>.74/.74</b> |                | .65/.60                        |
| Rückzugsmöglichkeit       |                |                |                |                |                |                | <b>.77/.73</b> | .71/.61                        |
| Zeit für Interessen       |                |                |                |                |                |                | <b>.86/.94</b> | .75/.84                        |
| Zeit für Gesundheit       |                |                | .22/           |                |                |                | <b>.71/.83</b> | .63/.70                        |
| Aktivitäten mit anderen   |                |                |                |                |                |                | <b>.79/.86</b> | .70/.79                        |
| Zeit für Erledigungen     |                |                |                |                |                |                | <b>.84/.80</b> | .75/.74                        |
| Aufgeklärte Varianz       | .12/.16        | .10/.09        | .06/.06        | .07/.06        | .06/.07        | .08/.07        | .11/.11        |                                |

Anmerkungen: Extraktion mit Hauptachsenanalyse mit Kommunalitätsschätzung durch quadrierte multiple Korrelationen und anschließender Promax-Rotation, Faktorladungen <.20 sind nicht dargestellt. fett markiert ist die Zuordnung zur Skala, Faktor 1 = praktische Betreuungsaufgaben, 2 = subjektive Belastung durch kognitive Einbußen, 3 = subjektive Belastung durch Verhaltensstörungen, 4 = mangelnde soziale Anerkennung, 5 = mangelnde institutionelle Unterstützung Konflikte, 6 = Akzeptanz der Pflegesituation, 7 = persönliche Einschränkungen.

Die Zuordnung der Items entspricht weitgehend dem Referenzinstrument und die Komponenten sind damit inhaltlich gut interpretierbar. Nur wenige Items haben geringe (<.40) Ladungen oder können nicht eindeutig zugeordnet werden. Die Items „Verrücktheit“ und „Unruhe“ können in beiden Stichproben entweder dem Faktor 2 „subjektive Belastung

durch kognitive Einbußen“ oder dem Faktor 3 „subjektive Belastung durch Verhaltensstörungen“ zugeordnet werden. Im Weiteren werden beide Items dem Faktor 3 zugeordnet, dem Referenzinstrument folgend. In der Gruppe „Demenz nein“ weist zudem das Item „Verhüten von Weglaufen“ eine sehr geringe Ladung (.24) auf, während es in der Gruppe „Demenz ja“ deutlich höher (.58) lädt. Dies deutet darauf hin, dass hier ein differentielles Item vorliegt. Für die Deskription der Skalen siehe Tabelle 3, für die Korrelationen siehe Tabelle 4.

Tabelle 3: Skalenkennwerte, interne Konsistenz und Unterschiede von pflegenden Angehörigen nicht-demenziell ( $n=161$ , Zeile 1) und demenziell erkrankter Menschen ( $n=133$ , Zeile 2).

| Skala<br>[Itemanzahl]                      | <i>M</i>     | <i>SD</i>    | Schiefe      | Exzess        | $\alpha$   | $\omega$   | <i>d</i> |
|--|--------------|--------------|--------------|---------------|------------|------------|----------|
| 1 Prakt. Betreuungsaufgaben<br>[9]         | 2.32<br>2.29 | 1.04<br>1.20 | -.32<br>-.23 | -.97<br>-1.09 | .86<br>.92 | .87<br>.92 | .03      |
| 2 Belastung kognitive Einbußen<br>[4]      | 1.17<br>2.50 | 1.10<br>1.18 | .51<br>-.73  | -.98<br>-.58  | .88<br>.88 | .88<br>.88 | 1.02***  |
| 3 Belastung Verhaltensstörungen<br>[5]     | .64<br>1.64  | .80<br>1.03  | 1.51<br>.52  | 1.76<br>-.28  | .78<br>.75 | .79<br>.76 | .96***   |
| 4 Mang. soziale Anerkennung<br>[3]         | 1.98<br>2.29 | .99<br>.93   | -.12<br>-.21 | -.69<br>-.16  | .83<br>.84 | .85<br>.85 | .31**    |
| 5 Mang. institutionelle Unterstütz.<br>[3] | 1.49<br>1.62 | 1.08<br>1.05 | .41<br>.07   | -.75<br>-.92  | .87<br>.88 | .87<br>.89 | .13      |
| 6 Akzeptanz der Pflegesituation<br>[4]     | 2.97<br>2.67 | .87<br>.81   | -.92<br>-.42 | .66<br>.10    | .87<br>.82 | .87<br>.83 | .34**    |
| 7 Persönliche Einschränkungen<br>[5]       | 2.15<br>2.51 | .91<br>.89   | -.31<br>-.58 | -.28<br>.41   | .91<br>.93 | .91<br>.93 | .39***   |

Anmerkungen: *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung,  $\alpha$  = Cronbach alpha,  $\omega$  = McDonald omega, *d* = Effektstärke nach Cohen für den Gruppenunterschied mit gepoolter *SD*, \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ .

## Gütekriterien

**Reliabilität:** Die Koeffizienten für die interne Konsistenz sind bei nahezu allen Skalen  $>.80$  (siehe Tabelle 2). Nur die Skala „Belastung durch Verhaltensstörungen“ ist in beiden Gruppen marginal geringer. Cronbach Alpha und McDonald Omega unterscheiden sich zwischen den Gruppen praktisch nicht.

**Unterschiede in den mittleren Ausprägungen der Skalen nach Demenz:** Erwartungsgemäß zeigt sich, dass einige Subskalen im demenziellen Bereich ungünstigere Mittelwerte (siehe Tabelle 3) aufweisen: die subjektiven Belastungen durch kognitive Einbußen bzw. Verhaltensstörungen (jeweils großer Effekt), soziale Anerkennung, Akzeptanz der Pflegesituation und persönliche Einschränkungen (jeweils kleiner Effekt). Unabhängig von der Demenz sind die praktischen Betreuungsaufgaben und die institutionelle Unterstützung.

**Korrelation mit „Depressivität“:** Die Korrelationen der einzelnen Skalen mit der selbstberichteten Depressivität sind in beiden Stichproben in der erwarteten Richtung. In der Gesamtgruppe ist am deutlichsten mit Depressivität assoziiert ( $r > .40$ ): „mangelnde soziale Anerkennung“, „persönliche Einschränkungen“ und die „Akzeptanz der Pflegesituation“. Auffällig ist, dass in der Stichprobe „Demenz nein“ die Korrelationen sämtlicher Subskalen

mit Depressivität deutlicher sind. Dieser Befund bleibt auch bei nach Kontrolle von Geschlecht, Alter und Pflegestufe bestehen.

*Korrelation Pflegestufe:* Die Pflegestufe ist erwartungsgemäß mit den Betreuungsaufgaben korreliert ( $r > .20$ ) und von den subjektiven primären Stressoren unabhängig.

Tabelle 4: Korrelationen für pflegende Angehörige nicht-demenziell ( $n=161$ , Zeile 1) bzw. demenziell erkrankter Menschen ( $n=133$ , Zeile 2) bzw. Gesamtgruppe ( $n=294$ , Zeile 3).

|   | 1     | 2            | 3           | 4            | 5            | 6            | 7            | 8            |
|---|-------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1 Prakt. Betreuungsaufgaben               |       | <b>-.056</b> | <b>.063</b> | <b>.117</b>  | <b>.105</b>  | <b>.112</b>  | <b>.161</b>  | <b>.104</b>  |
|   |       | <b>.202</b>  | <b>.289</b> | <b>.019</b>  | <b>-.026</b> | <b>.105</b>  | <b>.274</b>  | <b>.042</b>  |
|   |       | <b>.049</b>  | <b>.147</b> | <b>.060</b>  | <b>.026</b>  | <b>.117</b>  | <b>.200</b>  | <b>.068</b>  |
| 2 Belastung durch kognitive Einbußen      | -.057 |              | <b>.566</b> | <b>.246</b>  | <b>.204</b>  | <b>-.320</b> | <b>.387</b>  | <b>.322</b>  |
|   | .154  |              | <b>.451</b> | <b>-.059</b> | <b>.091</b>  | <b>-.086</b> | <b>.107</b>  | <b>.042</b>  |
|   | .036  |              | <b>.620</b> | <b>.169</b>  | <b>.168</b>  | <b>-.276</b> | <b>.315</b>  | <b>.208</b>  |
| 3 Belastung durch Verhaltensstörungen     | .007  | .575         |             | <b>.281</b>  | <b>.199</b>  | <b>-.401</b> | <b>.276</b>  | <b>.368</b>  |
|   | .283  | .432         |             | <b>.052</b>  | <b>.156</b>  | <b>-.160</b> | <b>.126</b>  | <b>.135</b>  |
|   | .132  | .619         |             | <b>.219</b>  | <b>.194</b>  | <b>-.322</b> | <b>.266</b>  | <b>.251</b>  |
| 4 Mangelnde soziale Anerkennung           | .110  | .258         | .284        |              | <b>.403</b>  | <b>-.323</b> | <b>.411</b>  | <b>.468</b>  |
|   | .042  | -.066        | .065        |              | <b>.388</b>  | <b>-.247</b> | <b>.400</b>  | <b>.334</b>  |
|   | .074  | .172         | .224        |              | <b>.402</b>  | <b>-.308</b> | <b>.424</b>  | <b>.416</b>  |
| 5 Mangelnde institutionelle Unterstützung | -.037 | .228         | .237        | .401         |              | <b>-.236</b> | <b>.375</b>  | <b>.417</b>  |
|   | -.044 | .099         | .165        | .398         |              | <b>-.216</b> | <b>.377</b>  | <b>.326</b>  |
|   | -.041 | .176         | .204        | .404         |              | <b>-.237</b> | <b>.382</b>  | <b>.376</b>  |
| 6 Akzeptanz der Pflegesituation           | .163  | -.345        | -.429       | -.328        | -.297        |              | <b>-.330</b> | <b>-.522</b> |
|   | .127  | -.076        | -.157       | -.210        | -.178        |              | <b>-.232</b> | <b>-.407</b> |
|   | .146  | -.276        | -.334       | -.298        | -.253        |              | <b>-.320</b> | <b>-.488</b> |
| 7 Persönliche Einschränkungen             | .147  | .413         | .298        | .425         | .395         | -.366        |              | <b>.576</b>  |
|   | .289  | .072         | .152        | .406         | .366         | -.229        |              | <b>.516</b>  |
|   | .208  | .313         | .284        | .434         | .386         | -.331        |              | <b>.555</b>  |
| 8 Depressivität                           | .136  | .339         | .372        | .472         | .392         | -.519        | .592         |              |
|   | .074  | .007         | .143        | .311         | .270         | -.423        | .525         |              |
|   | .106  | .204         | .261        | .412         | .344         | -.485        | .565         |              |
| Pflegstufe<br>(0=0/I, 1=II/III)           | .276  | .115         | .040        | .119         | .034         | -.083        | .242         | .181         |
|   | .217  | -.092        | .091        | .153         | .100         | .132         | .189         | .036         |
|   | .246  | .022         | .064        | .134         | .064         | .007         | .217         | .121         |
| Geschlecht<br>(0=Frau, 1=Mann)            | .087  | -.060        | -.110       | .048         | -.033        | .138         | -.058        | -.073        |
|   | .034  | .072         | -.070       | .036         | .051         | .223         | -.161        | -.212        |
|   | .061  | -.002        | -.081       | .041         | .004         | .173         | -.103        | -.130        |
| Alter                                     | .392  | -.108        | -.163       | -.053        | -.340        | .250         | -.145        | -.018        |
|   | .209  | -.052        | -.063       | -.028        | -.167        | .072         | -.064        | .062         |
|   | .299  | -.047        | -.075       | -.034        | -.257        | .160         | -.097        | .020         |

Anmerkungen: Korrelationen nach Pearson; fett markiert ist die Partialkorrelation mit Geschlecht, Alter und Pflegestufe.

## **13.4 Aktivitäten zur Gewinnung der Teilnehmenden**

**Stand: Mai 2015**

### **Flyer**

- Auslage bei Veranstaltungen
- Verteilung durch PAUSE-Teilnehmende
- Versenden an bekannte Multiplikatoren
- Versenden an Multiplikatoren auf Anfrage

### **Persönliche Ansprache**

- Gespräche in 20 Regionalstellen der BARMER GEK
- Pflegeberatungstelefon 0800 332060 73-16 94
- Indirekt über Multiplikatoren

### **Vorträge für Zielgruppe und Multiplikatoren**

- Dialogveranstaltungen der Landesstelle für pflegende Angehörige in fünf Regionen
- Die BARMER GEK in der Region Soest mehrfach in BGM-Multiplikatorenschulungen und regionalen Konferenzen bzgl. pflegender Angehöriger

### **Multiplikatoren**

- Zweifache Anschreiben an Verbände und Institutionen (Projektbeginn und –hälfte)
  - LPFA
  - Selbsthilfeorganisation (Forum Seniorenarbeit, Koordinationsstelle für Selbsthilfe in NRW, Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagentur, Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, Landesintegrationsamt NRW, Landesstelle Seniorenvertretung,
  - Demenz-Service-Zentren in ganz NRW
  - Alzheimer-Gesellschaften NRW
  - KDA
  - ABVP
  - vdab NRW
  - AWO NRW
  - ASB NRW
  - LfK NRW
  - Paritätischer NRW
  - bpa NRW
  - DBfK NRW
  - IFK Bundesverband
  - Caritas NRW
  - Diakonie NRW
  - DRK NRW
  - Universität W/H
  - Stadt Dortmund (incl. Internetverlinkung)
  - Gleichstellungsbeauftragte Stadt Wuppertal (Competentia NRW inkl. Beitrag zum Projekt & Internetverlinkung)

- Verschiedene Beratungsstützpunkte mit Flyern versorgt: (Dortmund, Herten, Wuppertal, Bielefeld, Geldern, Bonn, Rödinghausen, Rheinberg, Remscheid, Unna u.v.m.)
- iqpr: Anschreiben an ausgewählte BGM-Kunden, teils BEM-auditierte Unternehmen (
- Hinweise bei PAUSE-Teilnehmenden in den Veranstaltungen und bei jedem Anschreiben zu den Fragebögen
- Hinweise bei PAUSE-Referenten
- Hinweise im PAUSE-Beirat
- Informationsstand bei der Tagung „Engagement und Selbsthilfe in der Pflege“ in Gelsenkirchen am 30.09.2014.

### Print

- 45 bestellte Anzeigen von Seiten der Regionalstellen für Regionalzeitungen (4 verschiedene Formate)
- Artikel von Seiten der am Pressegespräch vom 26.01.2014 beteiligten Medienvertreter
- Artikel von Seiten der Presseabteilung der BARMER GEK, insbesondere in der Mitgliederzeitschrift der BARMER GEK, in Pflegende Angehörige, in Lokal- und Regionalzeitungen und im Internet
- Mitgliederzeitschrift der BARMER GEK
  - Ausgabe 1/ 2014 Meldung und Aufruf zur Teilnahme
  - Ausgabe 2 / 2014 großer Beitrag über 2 Seiten
  - Ausgabe 4 / 2014 Meldung und Aufruf zur Teilnahme
  - Ausgabe 1 / 2015 Meldung und Aufruf zur Teilnahme
- Ganzseitige Din A 4 Anzeige in jeder Ausgabe von „Angehörige pflegen“ seit Projektstart (4x / Jahr)
- Hetzel, C. (2014). Neues Denken nötig: „Ich pflege – auch mich!“. *Nun reden wir*, Landesseniorenvertretung NRW, 87: 9 (im Internet <http://www.lsv-nrw.de/fileadmin/Dokumentenablage/lsv-nrw/Nun-reden-wir/NRWNr.87.pdf>)

### Film

- Film (9min) aus der Perspektive von PAUSE-Teilnehmenden

### Internet

- Zentrale Homepage <https://www.barmer-gek.de/143155> und <http://PAUSE-pflege.de>
- Film-Beitrag (9min, siehe oben)
- Ständiger Beitrag im Online Magazin der BARMER GEK <https://magazin.barmer-gek.de/2015-1/pause.html>
- Aktuelles-Meldungen bei
  - <https://familienbewussteunternehmen.de/news-aktuelles-aus-der-region/programm-mach-mal-pause/>
  - <http://www.pflegend-beschaefigte.net/news-detail.html?id=36>
  - <http://www.lpfa-nrw.de/meldung/items/Mach-mal-Pause.html>

- <http://www.ifk.de/verband/aktuell/archiv-meldungen/3412-mach-mal-PAUSE-ifk-konzept-fuer-pflegende-angehoerige-integriert>
- <https://www.facebook.com/armutdurchpflege.de/posts/10152655185428146>
- <http://pflegeberatung-aachen.de/machen-sie-mal-PAUSE-vom-pflegealltag/>
- <https://www.unfallkasse-nrw.de/pflegende-angehoerige/news/mach-mal-PAUSE-ein-ausgleich-zum-pflegealltag/>
- [http://www.lfk-online.de/index.php?id=189&type=98&tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=522&cHash=71e81a1debff6803ebddc5b4bbe88c66&print=1&no\\_cache=1](http://www.lfk-online.de/index.php?id=189&type=98&tx_ttnews%5Btt_news%5D=522&cHash=71e81a1debff6803ebddc5b4bbe88c66&print=1&no_cache=1)
- <http://www.caritas-soest.de/wirueberuns/pressearchiv/tipp-fuer-pflegende-angehoerige-mach-mal>
- [https://www4.fh-swf.de/de/home/studieninteressierte/infos\\_studieninteressierte/hilfe/gleichstellungsbeauftragte/familiengerechte\\_hochschule/pflege\\_von\\_angehoerigen/vereinbarkeit\\_von\\_pflege\\_und\\_beruf/vereinbarkeit\\_pflege\\_und\\_beruf.php](https://www4.fh-swf.de/de/home/studieninteressierte/infos_studieninteressierte/hilfe/gleichstellungsbeauftragte/familiengerechte_hochschule/pflege_von_angehoerigen/vereinbarkeit_von_pflege_und_beruf/vereinbarkeit_pflege_und_beruf.php)
- <http://www.freie-altenhilfe.de/aktuelles/Pflegepause.php>
- <http://elternpflege-forum.de/wbb/board109-allgemeines/board2-aktuelles/board92-archiv-aktuelles/12929-machen-sie-mal-PAUSE-vom-pflegealltag/>
- <https://dosys01.digistadtdo.de/dosys/pflegedb.nsf/WEBAngebote/AF59EF6FF197837DC1257C740058D563?OpenDocument>
- <http://www.demenz-service-nrw.de/nachricht/items/Projekt-Pause.html>
- Foren
  - <http://www.pflegendeangehoerige.info/pflegebegleiter/mach-mal-PAUSE-t18621.html>

### **Persönliche Anschreiben an pflegende Angehörige**

- an interessierte pflegende Angehörige
- keine Kaltakquise, weil keine Adressen verfügbar bei BARMER GEK, LPFA, LSV, „Wir Pflegen“

## 13.5 Datenqualität und Ersetzung fehlender Werte

Folgende Antworten wurden gelöscht:

1. Bei Pflege von Kindern die Items zu „Subjektive Belastung durch kognitive Einbußen“ und „Subjektive Belastung durch Verhaltensstörungen“
2. Bei Pflege des Partners bzw. der Partnerin die Items zu „Familiäre Rollenkonflikte“
3. Bei fehlender Berufstätigkeit die Items zu „Berufliche Rollenkonflikte“

Bei fehlenden Werten (alle Items) wurde

1. persönlich nachgefragt und ersetzt, soweit die Personen erreichbar waren
2. bei Items mit Likert-Skala wurde teils nicht geantwortet wenn das Items nicht zutrifft; wenn diese Systematik durchgängig im gesamten Fragebogen zu beobachten war, wurden fehlende Werte mit „trifft nicht zu“ ersetzt.

Bei den verbleibenden fehlenden Werten für „Depressivität“ (Einzelitems und Skala):

1. Löschen des Skalenwerts „Depressivität“ wenn weniger als 6 gültige Werte bei negativ formulierten Items (Basis n=7, 1,5 Monate n=1, 3 Monate n=4, 6 Monate n=8, 9 Monate n=9)
2. Wenn beim Skalenwert „Depressivität“ das Lügenkriterium ( $<-24$ ) erfüllt war, könnte dies darin begründet sein, dass Personen den Wechsel von positiv und negativ formulierten Items nicht verstanden haben (altersbedingt, Befragungsmüdigkeit weil am Ende des Fragebogens positioniert). Daher wurden dann bei diesen Personen die beiden positiv formulierten Items gelöscht (Personen Basis n=6, 1,5 Monate n=8, 3 Monate n=38, 6 Monate n=28, 9 Monate n=43)
3. Ersetzung der Einzelitems „subjektive Gesundheit“ und der beiden positiv formulierten Einzelitems der Skala „Depressivität“ mittels EM-Algorithmus (Wirtz, 2004) mit folgenden Prädiktoren des jeweiligen Messzeitpunkts: Alter, Geschlecht, Demenz, Pflegestufe, Anzahl der pflegebedürftigen Personen, alle Einzelitems der Skala „Depressivität“ (10), „subjektive Gesundheit“ (1), alle Einzelitems der Skala „persönliche Einschränkungen“ (5):
  - Ob für die Ausfallsystematik MCAR (=Missing Completely at Random) anzunehmen ist, ist nach dem MCAR-Test nach Little nicht eindeutig.  
Basis:  $X^2(1329)=1624; p<,001$   
1,5 Monate:  $X^2(74)=50; p=,986$   
3 Monate:  $X^2(812)=857; p=,135$   
6 Monate:  $X^2(546)=629; p=,008$   
9 Monate:  $X^2(861)=1109; p<,001$
  - Es wird mindestens MAR (=Missing at Random) angenommen, da der MCAR-Test nach Little nur für Messzeitpunkte mit den höchsten Fallzahlen signifikant ist und wegen der beschriebenen inhaltlichen Überlegungen.
  - Der ersetzte Datensatz weist keine Werte außerhalb der theoretischen Skalenbreite auf. Zudem sind die Mittelwerte, Standardabweichungen und Korrelationen vor und nach der Ersetzung nahezu identisch. Zudem gab es nach der Ersetzung keine Personen mit Lügenkriterium ( $<-24$ ) mehr. Daher ist die Ersetzung als hochwertig und dem Fallausschluss überlegen zu werten.

## 13.6 Auswertungsmethoden und Effektstärken

Es werden gängige inferenzstatistische Verfahren eingesetzt: Chi-Quadrat-Tests, T-Tests, Varianzanalysen mit Messwiederholung (Software SPSS 24.0). Bei den statistischen Modellen zur subjektiven Gesundheit werden zudem Mehrebenenmodelle geschätzt. Dazu wird die Software HLM (Raudenbush, Bryk, Cheong, Congdon et al., 2011) eingesetzt. Das Propensity Score Matching erfolgt mittels der Software R und dem Paket MatchIt von Ho und Autoren.

Bei der statistischen Signifikanz gelten die üblichen Konventionen mit  $p < 0,05$  als signifikant.

Anders als die statistische Signifikanz sind Effektstärken unabhängig von der Fallzahl. Sie geben Auskunft über die praktische Bedeutsamkeit der Ergebnisse, d.h. über die Größe von Unterschieden. Folgende Effektstärken werden verwendet:

- (a) Effektstärke  $w$  für 2x2 Kreuztabellen (Cohen, 1988, S. 223):

$$w = \sqrt{\frac{\chi^2}{N}} \text{ mit } N = \text{Anzahl}$$

- (b) Effektstärke  $w$  für beliebige Kreuztabellen (Cohen, 1988, S. 223):

$$w = \frac{w'}{\sqrt{k-1}} \text{ mit } k = \text{kleinere Anzahl der Spalten bzw. Zeilen und } w' \text{ aus (a)}$$

- (c) Effektstärke  $d$  für Mittelwertsunterschiede von 2 unabhängigen Stichproben (Cohen, 1988, S. 20):

$$d = \frac{M_A - M_B}{SD_{AB}} \text{ mit } M = \text{Mittelwert, } SD = \text{Standardabweichung}$$

- (d) Effektstärke  $d$  für Mittelwertsunterschiede von 2 abhängigen Stichproben (d.h. bei Veränderungen innerhalb von Personen) (Cohen, 1988, S. 49):

$$d = \frac{d'}{\sqrt{1-r}} \text{ mit } r = \text{Produkt-Moment-Korrelation und } d' \text{ aus (b) mit SD der Basiserhebung}$$

Darüber hinaus werden die Nettoeffekte der Maßnahme (=Maßnahmeeffekte) ermittelt. Der Nettoeffekt ist die Antwort auf die Frage „Wie groß ist der Unterschied, wenn die PAUSE-Teilnehmenden nicht an PAUSE teilgenommen hätten?“ Der Maßnahmeeffekt ist die Differenz aus dem Unterschied zwischen den Gruppen zu einem bestimmten Messzeitpunkt nach der Maßnahme zu dem Unterschied vor der Maßnahme. Dies liefert eine konservative Effektgröße, weil nur die Querschnittsinformationen genutzt werden bzw. weil die Abhängigkeit der Messzeitpunkte im Zeitverlauf nicht berücksichtigt wird.

Folgende Bewertungen werden nach Cohen für einen kleinen bzw. mittleren bzw. großen Effekt verwendet:

- $w \geq 0,1$  bzw.  $w \geq 0,3$  bzw.  $w \geq 0,5$
- $d \geq 0,2$  bzw.  $w \geq 0,5$  bzw.  $w \geq 0,8$ , wobei es in der jüngeren Literatur auch liberalere Empfehlungen gibt (Gignac & Szodorai, 2016)

### 13.7 Methodenergebnis Propensity Score Matching

Beim Propensity Score-Matching wird die Vergleichsgruppe so ausgewählt und gewichtet, dass sie mit der Interventionsgruppe bezüglich der ausgewählten Strukturmerkmale ähnlich ist. Dies erfolgt anhand eines Scores. Die Interventionsgruppe bleibt dabei unverändert. Zentraler Vorteil des Propensity Score-Matching ist, dass beide Gruppen dann strukturell vergleichbar sind und keine weitere Adjustierung im Modell vorgenommen werden muss. Die Kausalität, dass die Ergebnisse auf die Maßnahme zurückzuführen sind, wird so gestärkt. Die Methode ist insbesondere in quasiexperimentellen Studien anerkannt.

Wesentliche Nachteile sind, dass durch das Matching die im vorliegenden Fall ohnehin schon kleine Vergleichsgruppe noch kleiner wird und damit statistische Power verloren geht. Zudem kann, wie bei der Adjustierung auch, keine unbeobachtete Heterogenität kontrolliert werden.

Die eingesetzten Merkmale für das Propensity Score Matching und die Ergebnisse sind in Tabelle 25 dargestellt<sup>26</sup>.

Tabelle 25: Ergebnisse zur Effektivität des Propensity Score Matching.

| Summary of balance for all data:     |               |               |            |           |         |          |         |  |  |  |
|--------------------------------------|---------------|---------------|------------|-----------|---------|----------|---------|--|--|--|
|                                      | Means Treated | Means Control | SD Control | Mean Diff | eQQ Med | eQQ Mean | eQQ Max |  |  |  |
| distance                             | 0.6647        | 0.5278        | 0.1740     | 0.1370    | 0.1329  | 0.1355   | 0.2177  |  |  |  |
| t0hdepr_EM                           | 1.0408        | 0.9131        | 0.6089     | 0.1277    | 0.1333  | 0.1591   | 0.4571  |  |  |  |
| t0hsubg_EM                           | 4.5391        | 5.0126        | 2.3217     | -0.4735   | 0.5504  | 0.4994   | 1.0000  |  |  |  |
| sex                                  | 0.1598        | 0.2839        | 0.4523     | -0.1240   | 0.0000  | 0.1226   | 1.0000  |  |  |  |
| age                                  | 59.9795       | 65.5484       | 13.3369    | -5.5689   | 7.0000  | 5.9613   | 12.0000 |  |  |  |
| beruf                                | 0.5246        | 0.2452        | 0.4316     | 0.2794    | 0.0000  | 0.2774   | 1.0000  |  |  |  |
| pst2                                 | 0.5984        | 0.6323        | 0.4838     | -0.0339   | 0.0000  | 0.0387   | 1.0000  |  |  |  |
| bi ld                                | 0.7623        | 0.7097        | 0.4554     | 0.0526    | 0.0000  | 0.0516   | 1.0000  |  |  |  |
| begi nn                              | 6.9477        | 7.7226        | 8.2346     | -0.7748   | 1.0000  | 1.0081   | 8.0000  |  |  |  |
| dem                                  | 0.4303        | 0.3032        | 0.4611     | 0.1271    | 0.0000  | 0.1226   | 1.0000  |  |  |  |
| vpartn                               | 0.3730        | 0.6194        | 0.4871     | -0.2464   | 0.0000  | 0.2452   | 1.0000  |  |  |  |
| vel tern                             | 0.4672        | 0.2129        | 0.4107     | 0.2543    | 0.0000  | 0.2516   | 1.0000  |  |  |  |
| Summary of balance for matched data: |               |               |            |           |         |          |         |  |  |  |
|                                      | Means Treated | Means Control | SD Control | Mean Diff | eQQ Med | eQQ Mean | eQQ Max |  |  |  |
| distance                             | 0.6647        | 0.6647        | 0.1598     | 0.0001    | 0.0673  | 0.0706   | 0.1313  |  |  |  |
| t0hdepr_EM                           | 1.0408        | 1.1107        | 0.6950     | -0.0699   | 0.0938  | 0.1088   | 0.4000  |  |  |  |
| t0hsubg_EM                           | 4.5391        | 4.4439        | 2.4982     | 0.0952    | 0.0000  | 0.2984   | 1.0000  |  |  |  |
| sex                                  | 0.1598        | 0.1844        | 0.3900     | -0.0246   | 0.0000  | 0.0543   | 1.0000  |  |  |  |
| age                                  | 59.9795       | 55.0656       | 13.5152    | 4.9139    | 4.0000  | 3.6630   | 7.0000  |  |  |  |
| beruf                                | 0.5246        | 0.5246        | 0.5021     | 0.0000    | 0.0000  | 0.1630   | 1.0000  |  |  |  |
| pst2                                 | 0.5984        | 0.6721        | 0.4720     | -0.0738   | 0.0000  | 0.0326   | 1.0000  |  |  |  |
| bi ld                                | 0.7623        | 0.7828        | 0.4146     | -0.0205   | 0.0000  | 0.0109   | 1.0000  |  |  |  |
| begi nn                              | 6.9477        | 6.7787        | 5.4034     | 0.1691    | 1.0000  | 0.9946   | 14.0000 |  |  |  |
| dem                                  | 0.4303        | 0.3484        | 0.4791     | 0.0820    | 0.0000  | 0.0761   | 1.0000  |  |  |  |
| vpartn                               | 0.3730        | 0.3197        | 0.4689     | 0.0533    | 0.0000  | 0.0978   | 1.0000  |  |  |  |
| vel tern                             | 0.4672        | 0.4467        | 0.4999     | 0.0205    | 0.0000  | 0.1413   | 1.0000  |  |  |  |
| Sample sizes:                        |               |               |            |           |         |          |         |  |  |  |
|                                      | Control       | Treated       |            |           |         |          |         |  |  |  |
| All                                  | 155           | 244           |            |           |         |          |         |  |  |  |
| Matched                              | 92            | 244           |            |           |         |          |         |  |  |  |
| Unmatched                            | 63            | 0             |            |           |         |          |         |  |  |  |
| Discarded                            | 0             | 0             |            |           |         |          |         |  |  |  |

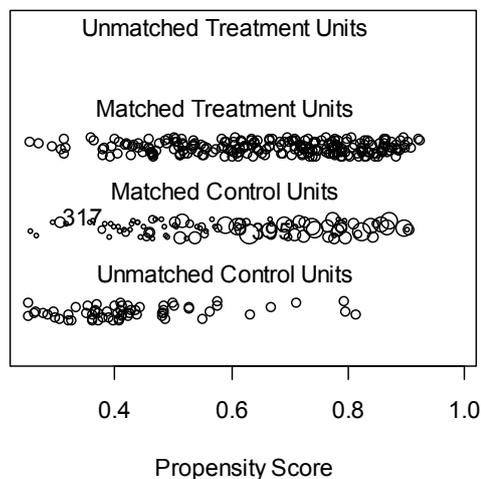
<sup>26</sup> Für das Matching wurde die Software R mit dem Paket MatchIt verwendet. Matching-Methode war „nearest-neighbor“ mit 1:1-Verhältnis.

Die Fallzahl der Vergleichsgruppe reduziert sich von 155 auf 92 Personen. Diese Reduktion ist der deutlichen Heterogenität von Interventions- und Vergleichsgruppe geschuldet. Mit diesen 92 Personen wird erreicht, dass Interventions- und Vergleichsgruppe wesentlich strukturähnlicher sind als vor dem Matching. Sämtliche Differenzen der Mittelwerte sind deutlich kleiner geworden. Das gesundheitliche Ausgangsniveau bezüglich subjektive Gesundheit und Depressivität ist nahezu gleich. Die drei Spalten rechts in Tabelle 25 zeigen das Median-, Mittelwert- und Maximum-Quartil zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe. Dabei bedeuten kleinere Quartil-Werte besseres Matching, was hier ausnahmslos vorliegt.

In Abbildung 40 steht jeder Kreis für einen Propensity Score einer Person. Die Abwesenheit von Kreise in der obersten Zeile zeigt, dass aus der Interventionsgruppe keine Personen ausgeschlossen wurden. Die mittlere Zeile zeigen, wie gut das Matching zwischen den Gruppen ist. Angesichts der Fallzahlunterschiede ist hier die Aussagekraft jedoch beschränkt. Die letzte Zeile zeigt die ausgeschlossenen Fälle der Vergleichsgruppe.

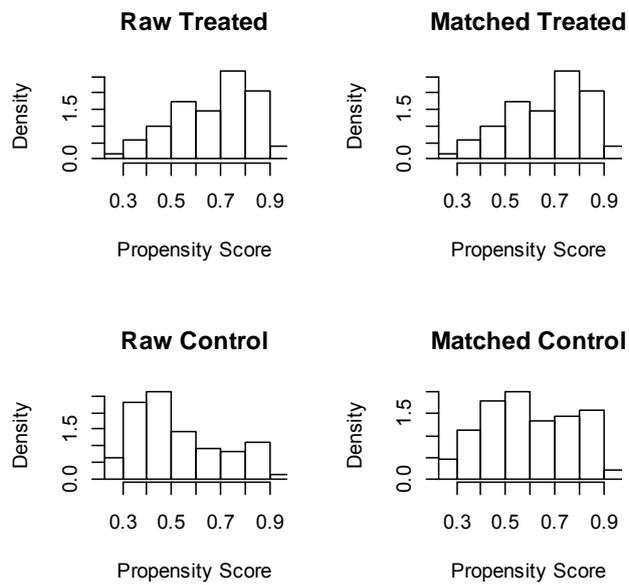
Abbildung 40: Verteilung der Propensity Scores vor und nach dem Matching.

#### Distribution of Propensity Scores



Die Histogramme in Abbildung 41 zeigen den deutliche Gruppenunterschiede vor dem Matching. Nach dem Matching (rechts) sind die Verteilungen ähnlicher, wenn auch nicht identisch.

Abbildung 41: Histogramme der Propensity Scores vor und nach dem Matching.



Alles in allem ist das Matching als gelungen zu werten.

### 13.8 Daten zum Kapitel „Informationswege“

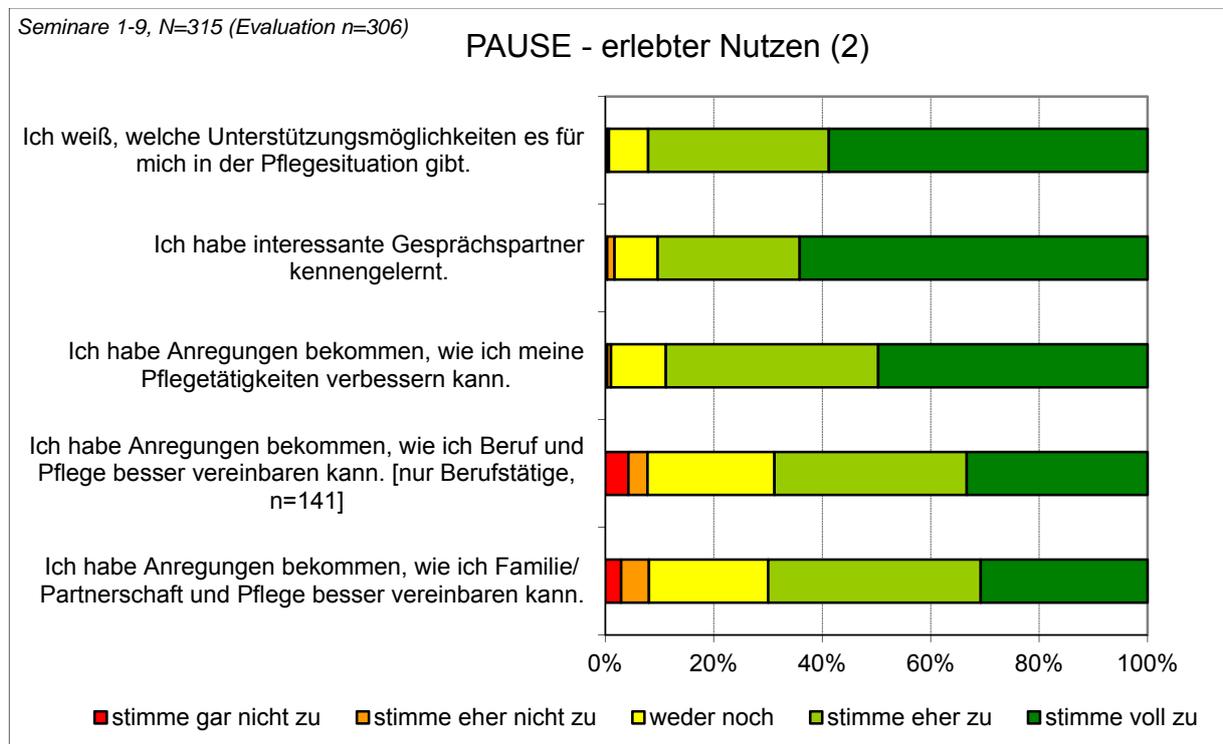
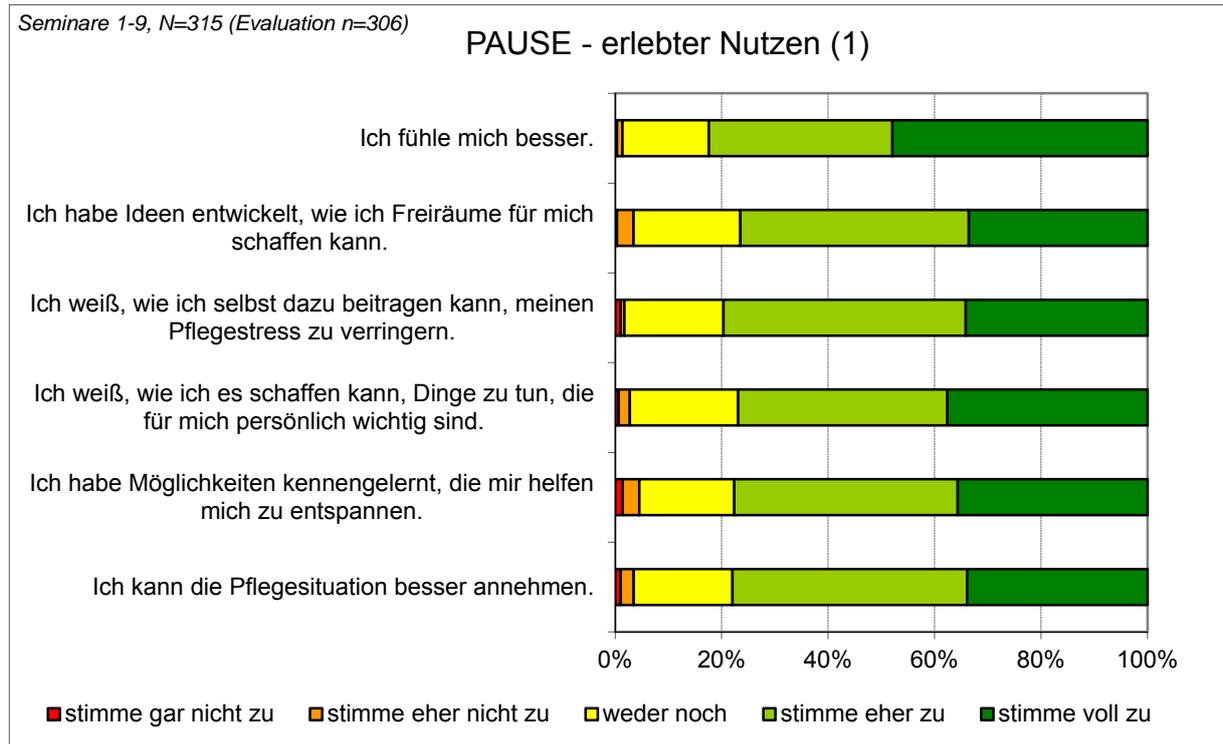
|  |                      | Geschlecht  |             | Gesamt     |
|--|----------------------|-------------|-------------|------------|
|  |                      | weiblich    | männlich    |            |
| Pflegeberatungstelefon der BARMER GEK          | Anzahl<br>% (Spalte) | 74<br>17,7% | 20<br>22,7% | 94         |
| Gespräch mit der Regionalstelle der BARMER GEK | Anzahl<br>% (Spalte) | 75<br>17,9% | 15<br>17,0% | 90         |
| Gespräch mit sonstigem Fachpersonal            | Anzahl<br>% (Spalte) | 35<br>8,4%  | 3<br>3,4%   | 38         |
| Gespräch mit anderen Pflegenden                | Anzahl<br>% (Spalte) | 34<br>8,1%  | 5<br>5,7%   | 39         |
| Anzeige in einer Fachzeitschrift               | Anzahl<br>% (Spalte) | 52<br>12,4% | 14<br>15,9% | 66         |
| Anzeige in einer Lokalzeitung                  | Anzahl<br>% (Spalte) | 38<br>9,1%  | 6<br>6,8%   | 44         |
| Anzeige im Internet                            | Anzahl<br>% (Spalte) | 23<br>5,5%  | 5<br>5,7%   | 28         |
| PAUSE-Faltblatt                                | Anzahl<br>% (Spalte) | 47<br>11,2% | 15<br>17,0% | 62         |
| Sonstiges                                      | Anzahl<br>% (Spalte) | 40<br>9,6%  | 5<br>5,7%   | 45         |
| <b>Gesamt</b>                                  | <b>Anzahl</b>        | <b>418</b>  | <b>88</b>   | <b>506</b> |

Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Antworten (506 bei 297 Personen).

|  |                      | Alter        |                 |                    | Gesamt     |
|--|----------------------|--------------|-----------------|--------------------|------------|
|  |                      | bis 50 Jahre | 51 bis 65 Jahre | 66 Jahre und älter |            |
| Pflegeberatungstelefon der BARMER GEK          | Anzahl<br>% (Spalte) | 16<br>16,3%  | 45<br>17,6%     | 33<br>21,6%        | 94         |
| Gespräch mit der Regionalstelle der BARMER GEK | Anzahl<br>% (Spalte) | 14<br>14,3%  | 49<br>19,2%     | 27<br>17,6%        | 90         |
| Gespräch mit sonstigem Fachpersonal            | Anzahl<br>% (Spalte) | 8<br>8,2%    | 18<br>7,1%      | 12<br>7,8%         | 38         |
| Gespräch mit anderen Pflegenden                | Anzahl<br>% (Spalte) | 8<br>8,2%    | 22<br>8,6%      | 9<br>5,9%          | 39         |
| Anzeige in einer Fachzeitschrift               | Anzahl<br>% (Spalte) | 5<br>5,1%    | 32<br>12,5%     | 29<br>19,0%        | 66         |
| Anzeige in einer Lokalzeitung                  | Anzahl<br>% (Spalte) | 7<br>7,1%    | 24<br>9,4%      | 13<br>8,5%         | 44         |
| Anzeige im Internet                            | Anzahl<br>% (Spalte) | 10<br>1,2%   | 16<br>6,3%      | 2<br>1,3%          | 28         |
| PAUSE-Faltblatt                                | Anzahl<br>% (Spalte) | 20<br>2,4%   | 27<br>1,6%      | 15<br>9,8%         | 62         |
| Sonstiges                                      | Anzahl<br>% (Spalte) | 10<br>1,2%   | 22<br>8,6%      | 13<br>8,5%         | 45         |
| <b>Gesamt</b>                                  | <b>Anzahl</b>        | <b>98</b>    | <b>255</b>      | <b>153</b>         | <b>506</b> |

Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Antworten (506 bei 297 Personen)..

### 13.9 Daten zum Kapitel „erlebter Nutzen“



### 13.10 Daten zum Kapitel „Image der Intervention“

Wie wichtig ist es für Sie, dass Pflegekassen so etwas wie das Kompaktseminar „Mach mal PAUSE“ anbieten?

|         |                   | Häufigkeit | Prozent | Gültige<br>Prozente |
|---------|-------------------|------------|---------|---------------------|
| Gültig  | gar nicht wichtig | 0          | 0       | 0                   |
|         | wenig wichtig     | 0          | 0       | 0                   |
|         | mäßig wichtig     | 7          | 4,7     | 4,7                 |
|         | ziemlich wichtig  | 27         | 18,0    | 18,2                |
|         | sehr wichtig      | 114        | 76,0    | 77,0                |
|         | Gesamt            | 148        | 98,7    | 10,0                |
| Fehlend | keine Angabe      | 2          | 1,3     |                     |
| Gesamt  |                   | 150        | 10,0    |                     |

Wenn Sie an die gesamten Leistungen der Pflegekasse denken, wie groß ist dabei für Sie der Stellenwert des Kompaktseminars „Mach mal PAUSE“?

|         |              | Häufigkeit | Prozent | Gültige<br>Prozente |
|---------|--------------|------------|---------|---------------------|
| Gültig  | sehr klein   | 2          | 1,3     | 1,4                 |
|         | klein        | 5          | 3,3     | 3,4                 |
|         | mäßig        | 26         | 17,3    | 17,6                |
|         | groß         | 49         | 32,7    | 33,1                |
|         | sehr groß    | 66         | 44,0    | 44,6                |
|         | Gesamt       | 148        | 98,7    | 10,0                |
| Fehlend | keine Angabe | 2          | 1,3     |                     |
| Gesamt  |              | 150        | 10,0    |                     |

Haben Sie in Ihrem Bekannten- oder Verwandtenkreis das Kompaktseminar „Mach mal PAUSE“ als besonderes Angebot der BARMER GEK weiterempfohlen?

|        |        | Häufigkeit | Prozent |
|--------|--------|------------|---------|
| Gültig | nein   | 17         | 11,3    |
|        | ja     | 133        | 88,7    |
|        | Gesamt | 150        | 10,0    |

|   |      |                      | Sind Sie oder Ihr/e Angehörige/r bei der BARMER GEK versichert? |                   | Gesamt |
|---|------|----------------------|---|-------------------|--------|
|   |      |                      | bei BARMER GEK  | anders versichert |        |
| Haben Sie in Ihrem Bekannten- oder Verwandtenkreis ... das Kompaktseminar „Mach mal PAUSE“ als besonderes Angebot der BARMER GEK weiterempfohlen? | nein | Anzahl               | 17  | 0                 | 17     |
|   |      | Korrigierte Residuen | 2,2   | -2,2              |        |
|   | ja   | Anzahl               | 101   | 31                | 132    |
|   |      | Korrigierte Residuen | -2,2  | 2,2               |        |
| Gesamt  |      | Anzahl               | 118   | 31                | 149    |

**13.11 Daten zum Kapitel „subjektive Gesundheit“**

|                          | A    | B    | C    | D    |
|--------------------------|------|------|------|------|
| A Subj. Gesundheit Basis | 1    |      |      |      |
| B ... 1,5 Monate         | ,687 | 1    |      |      |
| C ... 3 Monate           | ,548 | ,410 | 1    |      |
| D ... 6 Monate           | ,495 | ,356 | ,637 | 1    |
| E ... 9 Monate           | ,540 | ,689 | ,574 | ,670 |

Anmerkungen: Korrelation nach Pearson, paarweiser Fallausschluss.

## **13.12 Qualitative Daten (Interviews, Aussagen, Bericht)**

### **13.12.1 Herr A.**

Situation: pflegt seine demente und bettlägerige Mutter, seit 6 Jahren, sie wohnt im Haus, er arbeitet voll, seine Frau halbtags, zusätzlich Pflege Tochter

#### **Wie haben Sie von PAUSE erfahren?**

Auf zwei Wegen. Das erste war die Empfehlung von der Frau eines Arbeitskollegen, die arbeitet bei der BARMER GEK. Sie hat mir dann was zugeschickt. Aber ich dachte mir, das ist ja schön und gut und die erzählen dir da irgendwas. Aber ich weiß ja schon ne ganze Menge. Außerdem wie organisiere ich das. Wer kümmert sich um meine Mutter. Wie geht das. Dann habe ich das erst mal weggelegt. Dann stand das nochmal in der Zeitung. Das hat meine Frau gelesen und noch mal gefragt, ob wir das nicht machen sollen. Und dann haben wir uns dafür entschieden.

#### **Warum haben Sie sich für PAUSE angemeldet?**

Irgendwann fängt eine solche Pflegesituation auch mal an. Und dann muss man entscheiden, was macht man dann. Kann man alles leisten? Ich habe dann für mich entschieden ich mache das. Meine Mutter wohnt ja auch schon etwas länger hier bei uns. Das ging dann irgendwann soweit, dass ich mich sehr auf meine Mutter konzentriert habe, um Lösungen zu finden. Meine Frau hat das auch begleitet. Aber wir haben uns dabei auch ein Bisschen verloren. Wir haben uns nicht mehr auf uns konzentriert. Das mündete dann auch darin, dass wir beispielsweise keinen gemeinsamen Urlaub mehr machen konnten. Meine Frau ist dann mit meiner Tochter gefahren und ich habe hier die Pflege übernommen. Dann ging es darum, welche Leistungen können von anderen, z.B. von Pflegediensten, übernommen werden. Aber da läuft am Wochenende nichts, und das ist die Zeit wo man nicht arbeitet. Das endete letztlich darin, dass wir krank wurden. Meine Frau musste in Kur, weil es einfach nicht weiter ging. Dann haben wir gesagt, wir müssen uns auf uns konzentrieren. Dann gab es von der BARMER GEK das Angebot PAUSE und da kamen wir so richtig dazu, was müssen wir für eigentlich uns tun. Das ging schon in die Tiefe rein. Das man nicht von Burnout spricht, aber dass man einfach leer war.

#### **Welche Workshops haben Sie bei PAUSE gewählt und was hat Ihnen besonders gut gefallen?**

Da war Kinaesthetik. Da hat man erfahren wie man jemanden lagert und dabei selber seinen Rücken schont. Und dass man das Bett auf die richtige Höhe einstellt. Das ist ne echte Erleichterung. Ganz toll war auch ein Tipp. Wenn ich meine Mutter lagere. Dass ich so eine Wurst aus einer Decke mache und komplett über den Po bis zu den Armen hinlege. Dann sitzt sie da wie eine Fürstin und fühlt sich total wohl. Sie spricht ja nicht mehr aber man merkt dass sie sich wohlfühlt. Ich dürfte das im Kurs selber ausprobieren und habe gemerkt wie gut das tut. Da kann man dann wesentlich länger sitzen als normal. Total entspannend.

Das zweite war Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Da wurde ein Genogramm gemacht. Welche Personen sind da. Welche kann man noch in Anspruch nehmen. Ganz wichtig war für mich, einmal aufzuschreiben auf Zetteln was man eigentlich alles tut. Da ist mir aufgefallen, dass der Packer immer größer wurde. Wir leisten sehr viel und merken nicht was wir alles leisten. Das wurde sehr deutlich und führte dann dazu, dass ich gesagt habe,

jetzt brauchen wir ne Putzfrau. Das muss man natürlich bezahlen. Aber das muss man organisieren und dann geht das auch. Und einfach auch, Aufgaben abgeben. Was kann man abgeben, was will man abgeben. Um selber gesund zu bleiben.

### **Was haben Sie sonst noch gelernt?**

Die Vorträge zu den gesetzlichen Bedingungen waren gut, aber das meiste habe ich gewusst. Gut waren die Übungen für den eigenen Körper. Kleine Übungen für zwischendurch, z.B. durchstrecken. Das tut gut und das mache ich regelmäßig. Das sorgt für Erfrischung. Und die Achtsamkeit, dass man auf sich selbst achtet und auf die Dinge im Umfeld. Das Vögelzwitschern zu hören, einen Geruch wahrzunehmen oder etwas zu ertasten wenn man die Augen zu hat. Das fand ich gut und hat mich neugierig gemacht. Heute achte ich viel mehr auf mich und meine Umwelt.

### **Welche Dienste nehmen Sie bei der Pflege in Anspruch?**

Wir nehmen in Anspruch einen Pflegedienst und eine Einrichtung Tagespflege.

Bei PAUSE wurde ein Genogramm erstellt: wer ist im Umfeld da, welche Aufgaben kann man noch verteilen? In Folge dessen habe ich eine Kraft auf 450,-EUR Basis eingestellt. Außerdem kommt noch jemand von der Kirche. Das ging auf PAUSE zurück.

### **Wie haben Sie die zu Hause die Rollen aufgeteilt?**

Jeder macht das was er kann. Ich bin der Praktiker. Meine Frau kann viele Dinge umsetzen, indem sie telefoniert, organisiert, Wäsche wäscht, das Haus in Ordnung hält. Ich mache alles was an der Pflege ist: füttern, ins Bett legen, Toilettengang, diese Dinge. Es ist ja letztlich meine Mutter.

### **Wie sorgen Sie für Entlastung und wie tanken Sie Kraft?**

Ich habe da mehr drin gehangen, mehr Herzblut reingesteckt. Und viele Dinge vergessen. Die Beziehung. Da hat uns PAUSE drauf gestoßen. Dass man auch sich was gönnen muss, sonst bleibt man auf der Strecke. Deswegen haben wir das so organisiert, dass wir auch am Wochenende mal abends rausgehen können. Oder mal einen gemeinsamen Kurzurlaub machen. Oder uns auch mal selber was gönnen, entweder sitzen wir im Garten oder unterhalten uns mal beim Gläschen Wein oder grade das was uns einfällt. Oder wir integrieren den Freundeskreis. Das ist ja auch ganz wichtig, dass die mal hierhin kommen können, auch wenn es weitere Strecken sind. Oder dass wir mal woanders hin fahren können.

Und über meinen Beruf weiß ich, dass man seine Kraft einteilen muss. Da gibt es ein Modell, bei dem man sich alle paar Wochen 100 Punkte vergibt für die vier Bereiche Körper, Kontakte, Leistung und Zukunft. Und wenn man dann regelmäßig schon 50 oder 60 Punkte für Leistung vergibt, dann bleiben nicht mehr viele Punkte für die anderen Bereiche. Das führt dann langfristig dazu, dass man erkrankt, dass man einfach leer und ausgepowert ist.

Außerdem ein bisschen Meditation und Bewegung. Für mich ist sehr wichtig auf meinen Rücken zu achten. Da habe ich Übungen, die auch täglich mache. Außerdem die Muskelentspannung nach Jacobsen. Ich mache das schon länger. Und in Grenzsituationen reichen mir zwei Minuten. Man spannt seinen Körper oder Teile davon an und entspannt dann wieder. Mir reicht das. Ich bin dann wieder frisch.

**Und wenn Sie mal so richtig genervt sind. Was machen Sie da?**

Dann gehe ich einfach in den Garten. Ich spanne dann mal so richtig an und lasse dann wieder locker. Dann atme ich tief ein und aus. Das dauert dann 2 bis 3 Minuten und dann bin ich wieder entspannt und kann mich der Situation stellen die dann wieder kommt.

**Wie tanken Sie noch Kraft?**

Wichtig ist wie gesagt, Kontakt zu anderen Menschen zu halten, dass man nicht vereinsamt. Was macht man wenn man alleine ist. Man kommt ins Denken. Und dann muss man einen Anker werfen. Was kann ich tun, wen kann ich anrufen. Oder was hole ich dazu, mache ein bisschen Meditation, höre Musik, erzähle meiner Mutter was oder lese ihr was vor. Und das gibt mir ja auch viel. Wenn ich ein Lachen von meiner Mutter bekomme. Sie gibt mir sehr viel zurück, auch wenn man das nicht so sieht.

**Sie können also aus der Pflege auch etwas Positives ziehen?**

Pflege ist natürlich anstrengend. Aber Pflege hat auch etwas mit mir zu tun. Weil wenn ich meine Mutter ins Heim abschiebe, dann habe ich ein schlechtes Gewissen. Ich sehe das auch im Rahmen meiner diakonischen Arbeit. Da kommt dann „hätte ich doch damals“. Ich fahre z.B. gerne Motorrad. Aber was bringt mir das, wenn ich gleichzeitig ein Lächeln bekomme wenn ich etwas zum Trinken geben? Die Wertschätzung bei PAUSE hat mich hier bestärkt. Die Resilienz steigt, wenn man Probleme löst. Insofern ist PAUSE so etwas wie ein Problemlösungshelfer.

**Was hat Ihnen das PAUSE-Seminar sonst noch gebracht?**

Das meiste habe ich schon gesagt. Für mich und meine Persönlichkeit hat mich PAUSE weitergebracht. Wie kommt man runter und dass man auch an sich selber denken muss, z.B. mit Entspannungsübungen und Achtsamkeit. Außerdem war mein familiäres Gefüge angespannt. PAUSE war da ein Input von vielen und hat uns weiter gebracht. Ich habe auch gelernt, die Vielzahl der Aufgaben zu strukturieren. Wichtig war auch, dass ich als pflegende Person erkannt wurde und dass meine Leistung anerkannt wurde. Das hilft und motiviert. Ich halte auch Kontakt zu anderen PAUSE-Teilnehmenden. Die sind aber räumlich sehr weit weg. Telefonisch geht das aber ganz gut.

**Danke für das Gespräch.**

### 13.12.2 Herr M.

Situation: Ehefrau in PST 3, beide Kinder (16/18) gelten als Traumakinder, Beruf seit 5 Jahren aufgegeben (weil ich meine Frau nicht abschieben möchte und ich mir das auch gar nicht leisten könnte), gutes Hilfenetzwerk (z.B. finanzielle Unterstützung durch Schwiegereltern).

Ich habe das Bild von Don Quijote vor Augen. Ich kämpfe, aber komme nicht weiter. Und die Windmühle dreht sich immer weiter.

#### Familiengesundheitspflege

- Die 9 Termine habe ich voll ausgenutzt (Frau N.N.). Sie war sehr kompetent und hat zugehört. Sie war gut als Stütze und als zweite Meinung. Es ist schwer jemand Kompetentes zu finden. Es hat gut gepasst. Noch mehr Termine wären wünschenswert gewesen, weil Prozesse erst losgetreten werden (z.B. Fortbildung, Reha, Umgang mit Kindern). Außerdem muss man ja auch erst mal warm werden. Schließlich lässt man die Hosen runter.
- Die wesentlichen Erfolge?
  - Ich sehe vieles nicht mehr so verbissen.
  - Ich kann mir inzwischen auch eingestehen, es geht nicht mehr.
  - Antizipieren von „Was wäre wenn“. Zum Beispiel „Was mache ich wenn meine Frau verstirbt?“ „Wenn die Kinder aus dem Haus sind?“ Eine wirkliche Lösung zu meiner Perspektive habe ich noch nicht. Aber ich beschäftige mich damit, wie ich aus dem Loch komme.
  - Bezüglich Bewerbung habe ich Anregungen bekommen wie ich mit der Lücke im Lebenslauf umgehe
  - Einzelförderung für meine Kinder. Ich habe die Hemmschwelle übertreten, weil man zum Jugendamt gehen muss. Wir sind gemeinsam die Bürokratie angegangen.

#### Was würde Ihnen helfen?

- Wenn ich für meine Pflegetätigkeiten belohnt werden würde (z.B. rentenrechtliche Zeiten).
- Wenn ich Hilfen bei der Rückführung in den Beruf bekommen würde, z.B. Training ohne Bürokratie, Überbrückung mittels Praktikum um Berufsalltag zu lernen, schrittweise in eine Tätigkeit.
- Unterstützung bei den Kämpfen mit der Bürokratie (Pflegehilfsmittel, Kururlaub mit pflegebedürftigen Person). Beispiel: Wir sind selber nach Holland gefahren ans Meer. Ich habe Krankenhaus, Notfall, Rollstuhl etc. selber organisiert. Der Tapetenwechsel tat so gut. Die gemeinsame Freude war toll.

### **13.12.3 Frau M.**

Situation: 39 Jahre, pflegt Tochter (8 Jahre, PST3, 24h-Job, Krampfanfälle, gestörte Nachtruhe), insgesamt 3 Geschwister, ehemals Vollzeitarbeit, inzwischen Teilzeit

#### **Was war für Sie das Besondere des PAUSE-Seminars?**

Die Ruhe und Erholung. Dass ich mir mal Gedanken nur um mich selbst machen konnte. Ich konnte Kraft tanken.

#### **Was haben Sie im Nachgang zu PAUSE verändert?**

Ich nehme mir Auszeiten, nur für mich. Ich fahre jetzt öfters weg. Einmal im Quartal für 2 bis 3 Tage. Meine Tochter bleibt zu Hause. Mein Mann übernimmt die Versorgung. Außerdem nehme ich mir zwischendurch Auszeiten. Ich mache meiner Tochter klar, dass ich mal für 10 bis 15 Minuten alleine sein will. Da bin ich dann für mich.

#### **Geht das so einfach?**

Nein, gar nicht. Am Anfang ist mir das sehr schwer gefallen. Ich hatte ein schlechtes Gewissen. Ich habe mit ein paar Stunden angefangen und bin inzwischen bei den Quartalsausflügen. Da muss mein Mann halt eine Pizza bestellen (lacht). Und das mit den Minuten zwischendurch musste ich meiner Tochter halt klar machen.

#### **Was war beim Seminar der Auslöser dafür?**

Da waren vor allem die Gespräche zwischendurch. Frau/Herr XY [*Seminarbetreuung*] hatte immer ein offenes Ohr für Zwischenfragen.

#### **Gab es noch etwas, was sie geändert haben?**

Ja ich hole mir mehr Hilfe ins Haus. Dafür nutze ich die zusätzlichen Betreuungsleistungen. Da ist dann meine Tochter versorgt und ich kann die Zeit für mich nutzen. Ich war in der Zeit z.B. bei einem Demenzkurs, weil ich mich ab und zu auch meine Schwiegermutter kümmere.

#### **Sie kümmern sich also um zwei Personen?**

Ja, aber vor allem um meine Tochter. Um die Schwiegermutter nur ab und zu.

#### **Haben Sie beim Seminar auch für die Pflege etwas gelernt?**

Mit Pflegehilfsmitteln und wie ich mich um meine Tochter kümmere, das wusste ich schon. Das war es eher nicht.

#### **Gibt es etwas jenseits von PAUSE wo Sie noch Bedarf sehen?**

Die Bürokratie ist schon anstrengend. Das dauert und die Ablehnungen. Naja, vielleicht ist das so. Aber echten Bedarf, doch ja, die Ferienbetreuung ist ein Engpass. Da gibt es wenige Plätze und die ist sehr teuer. Während der Schule ist das gut geregelt. Aber in den Ferien nicht.

#### **Das ist das Thema Wertschätzung. Wie verhält sich die Gesellschaft zur häuslichen Pflege. Fühlen Sie sich mit Ihrem Engagement wertgeschätzt?**

Sehen Sie, ich arbeite inzwischen nicht mehr Vollzeit. Ich habe das nicht mehr geschafft, wenig zu schlafen und dann um 5 Uhr aufzustehen und voll zu arbeiten. Jetzt arbeite ich weniger und damit geht es mir gesundheitlich besser. Aber ich verdiene natürlich auch weniger. Das wird mir ja nicht ersetzt. Das Pflegegeld ist vergleichsweise viel zu wenig. Ein Einrichtungsplatz kostet ein Vielfaches. Ich will ja nicht Geld verdienen. Aber behinderte Kinder kosten halt mal mehr. Oder das Sparen. Meine Tochter darf nur 2600 Euro sparen. Das ganze Leben. Was drüber ist kappt die Kommune. Andere Kinder dürfen mehr sparen, so mit 18 Jahren und Führerschein und so. Ich will nicht jammern, es gibt ja viel und wir sind gut versorgt. Aber wirklich gerecht ist das nicht.

### 13.12.4 Frau F.

Situation: Demenz, inzwischen verstorben

- Gesamtbewertung:
  - o Hätte ich den Kurs früher gemacht, hätte ich mehr profitiert.
  - o Mentale und pflegfachliche Unterstützung war hervorragend.
  - o Im Nachhinein hat die Demenz vor 10 Jahren begonnen. Das mit den Ausreden und Aggressionen. Vor 6 Jahren wurde die Demenz dann diagnostiziert. Im Prinzip war ich aber alleine mit der Krankheit.
- Bewertung von PAUSE
  - o Rhythmus des Kurses war hervorragend.
  - o Der Workshop „Demenz“ war hervorragend insbesondere weil Frau N.N. viel aus der Praxis berichtet hat. Ich habe die Demenz nachher mit anderen Augen gesehen. Es wäre so wichtig, Angehörige bereits im Frühstadium zu erreichen, weil man die Aggressionen und Ausreden nicht richtig deutet. Man muss sich frühzeitig Hilfe holen sonst ist man irgendwann ein seelisches Wrack. Daher ist mein Empfehlung an alle pflegenden Angehörigen, daran teilzunehmen.
  - o Wichtig war die Tage mal raus zu kommen aus dem Pflegealltag. Das Ganze mit Abstand wahrnehmen ist viel effektiver, weil sonst geht man da belastet hin.
  - o Basiskurs Pflege war gut, war aber nicht so mein Thema und hat mir nicht so viel gebracht.
  - o Psychologie-Gruppen waren nicht schlecht. Das Angebot für ein Einzelgespräch war sehr gut, weil man sich in der Gruppe nicht unbedingt öffnet. Ich habe es aber nicht genutzt.
- Nach dem Tod meines Mannes fühle ich mich total alleingelassen. Es gibt keine Angebote, die mich auffangen. Jedes Geräusch in der Nacht lässt mich aufschrecken. Jetzt merke ich erst mal wie belastet ich war. Wenn der Körper zur Ruhe kommt, kommt vieles raus. Aber was kann ich da tun?

### **13.12.5 Frau B.**

Situation: pflegt Mann, seit 4 Jahren, „aktiv-dement“, PST2

#### **Was war für Sie der Wert von PAUSE?**

- Ich habe sehr viele neue Angebote kennengelernt.
- Ich habe Motivation bekommen, mich zu informieren und diese Angebote auszuprobieren. Leider sind 95% für mich uninteressant.
- Ich habe noch zu 2 TN regelmäßigen Kontakt. Wir treffen uns manchmal und tauschen uns aus.
- Ich habe neue Einblicke in das Krankheitsbild Demenz gewonnen.
- Für meinen Geschmack bot das Seminar zu viel Programm. Ich hätte mir mehr Freizeit gewünscht. Aber der Demenz-Workshop war hervorragend.

#### **Was haben Sie nach PAUSE konkret geändert?**

- Ich habe jemanden gefunden, der einmal pro Woche mit meinem Mann wandert oder Rad fährt, von 13-19 Uhr, abgerechnet über die Betreuungsleistungen zu 208,-EUR. Das war aber erst nach 8 Wochen erfolgreich. Die 7 Termine zuvor hat mein Mann mit Angst und Scheu reagiert.
- Ergotherapie und Logopädie habe ich zu einer Doppelstunde ausgeweitet, um selbst Zeit zu gewinnen.
- Ich habe einen Fahrschein beantragt.
- Viele Versuche, die aber ohne Erfolg blieben, u.a.
  - Mindestens 2 Tage Tagespflege für Aktiv-Demente gibt es nicht
  - Wohngemeinschaft (z.B. Adenauer-Stiftung) passt nicht
  - Fahrdienste fahren Patienten nur in Begleitung
  - Reha beantragt für Mann einschließlich gemeinsame Unterbringung, aber abgelehnt

#### **Sie haben die Familiengesundheitspflege genutzt. Wie war das?**

- Frau N.N. ist sehr kompetent und hoch engagiert. Ich habe sie „Engel“ genannt.
- Sie hat viel für meine Psyche getan, indem sie für neue Adresse gesorgt hat und indem sie meine Erkenntnisse bestätigt hat. Meine Erkenntnisse, dass es für aktiv-dement Personen kaum Angebote gibt. Auch sie hat keine passenden Strukturen finden können. Ich suche Gruppen mit Kunst, Musik, Sport etc. und nicht Angebote für zahnlose Alte. Dazu gibt es aber nichts. Auch eine Gruppe zu Frühdemenz hat mir diese Erfahrungen bestätigt.
- Da war das Angebot für eine Sportgruppe. Aber das war nichts. Es ist so enttäuschend, wenn man so viel Hoffnung in Angebote setzt.
- Nach dem Seminar war ich belasteter als vorher. Es hat so viel aufgewühlt, mich aber auch nach vorne gebracht. Fr. N.N. hat mir geholfen, den Rucksack zu leeren.

### **13.12.6 Frau G.**

Situation: Tod nach 7 Jahre Pflege einer dementen Person, geringfügig berufliche Tätigkeit

Ich bin selber emotional ausgebrannt, außerdem körperlich nicht mehr fit. Nach 7 Jahre Pflege fällt es mir schwer, dass ich mich in der Berufswelt zurecht finde. Da ist jetzt diese rationale Welt. Und die letzten Jahre ging alles nur nach Gefühl. Ich bräuchte einen Ex-Angehörigen-Treff zum Austausch.

### **13.12.7 Frau P.**

Situation: 66 Jahre, pflegt seit 11 Jahren (Mutter und 2 Jahre Vater), dafür früher in Rente

#### **Was war für Sie das Besondere des PAUSE-Seminars?**

Dass ich mal rausgekommen bin, weg vom Alltag, mal ein anderer Ort. Ich habe mich angemeldet, weil ich im Kopf immer einen Schritt voraus sein will. Bei PAUSE waren verschiedene Kompetenzen an einem Ort gebündelt. Die ganzen Informationen und praktischen Hilfen z.B. zur Lagerung meiner Mutter. Das hätte ich mir sonst mühsam und mit Aufwand zusammensuchen müssen. Außerdem war der Erfahrungsaustausch gut. Ernst genommen zu werden, das hat gut getan. Ich habe jetzt Adressen und gute Unterlagen. Außerdem ist mir viel bewusster, dass es genau so wichtig ist, selber auf sich zu achten. Das heißt sich selber rausnehmen, kein schlechtes Gewissen zu haben, Entspannungsübungen zu machen. Das habe ich im Kopf nachhaltig verankert. Ich kann Hilfe von anderen besser annehmen. Auch wenn das meine Mutter nicht akzeptiert. Dann sage ich, wenn ich nicht mehr kann, dann geht gar nichts mehr. Das war mir nach PAUSE bewusster. Kraft und Energie kann nur zum Teil aus dem Umfeld kommen, die Hauptsache ist man selber. Die Organisation war sehr professionell. Nur von den psychologischen Gruppen habe ich nicht so viel mitgenommen, die Entspannungsübungen waren mir schon bekannt.

#### **Wie haben Sie die Ersatzpflege organisiert?**

Über meinen Bruder und einen Pflegedienst. Außerdem habe ich einen Notruf organisiert.

#### **Wo sehen Sie noch Bedarf?**

Für mich sind offene Fragen: Was passiert, wenn pflegende Angehörige nicht mehr können? Außerdem ist die Akzeptanz in der Gesellschaft gering, das ist ein Tabuthema. Gibt es Möglichkeiten der psychologischen Hilfe? Was ist mit Kuren für pflegende Angehörige, am besten automatisch? Ich selber habe 35 Jahre gearbeitet ohne jemals eine Kur in Anspruch genommen zu haben. Pflegekassen könnten direkt pflegende Angehörige finanziell unterstützen, oder aber über Steuerfreibeträge oder Ehrenamtskarten. Wir entlasten doch die Gesellschaft! Ich wünsche mir, dass Pflege von der Gesellschaft akzeptiert ist.

#### **Was haben Sie nach PAUSE anders gemacht?**

Ich nehme mir wöchentlich eine Auszeit. So etwa ein halber Tag Sport oder Kultur, z.B. gehe ich in ein Konzert oder eine Galerie. Ich organisiere das rund um Arzttermine. Ich versuche Lauferei zu minimieren und nehme bestimmte Dienste in Anspruch, z.B. den Apothekenbringdienst oder eine Putzfrau. Einkaufen macht mein Bruder. Ich koche nicht jedes Wochenende. Allerdings muss ich mich immer in das Zeitgefüge meiner Mutter einordnen. Ich ziehe auch nichts Positives aus der Pflege mehr. Weil Mutter nicht loslässt. Das provoziert bei mir ein schlechtes Gewissen.

### **13.12.8 Frau W.**

Situation: sie hat 2 Jahre ihren Mann gepflegt, körperliche Einschränkungen aufgrund einer seltenen Erkrankung (u.a. Dialyse), inzwischen gestorben, keine Kinder

#### **Was hat Ihnen PAUSE gebracht?**

- Wissen über Angebote, die ich in Anspruch nehmen kann.
- Umsetzung von Pflegetechniken
- Erholung
- Erfahrungsaustausch und Kontakte zu anderen Teilnehmenden, auch im Nachgang.
- Sehr gute Vorträge. Vor allem der Vortrag über Betreuung war damals relevant und auch jetzt für mich, weil ich keine Verwandten habe. Ich habe jetzt auch eine Notfallkarte im Geldbeutel.
- Wenn es PAUSE nicht gegeben hätte, dann hätte ich selber recherchiert. Aber ob ich das alles so gefunden hätte? Meine Kasse bot keine Tipps.
- Eines habe ich auch gelernt. An sich selber denken ist wichtig, Lachen ist erlaubt.

#### **Wie haben Sie damals die Ersatzpflege organisiert?**

Ich habe meinen Mann in eine Kurzzeitpflege in Bad Sassendorf gebracht. Das hat gut geklappt.

#### **Was haben Sie im Nachgang zu PAUSE geändert?**

Aus der Erfahrung mit der KZP in Bad Sassendorf habe ich meinen Mann in eine KZP in Essen gebracht. Ich bin dann für 4 Tage nach Holland gefahren, um mal ausspannen. Lange schlafen, durchschlafen. Den ganzen Tag am Strand wandern. Selber den Tagesrhythmus bestimmen. Wir haben mehrmals telefoniert. Ich bin dann aber nach 3 Tagen zurückgefahren, weil das nicht optimal war. Er fühlte sich nicht so recht wohl, weil er mit lauter dementen Personen zusammen saß. Trotzdem, ich konnte mal 3 Tage Kraft schöpfen.

### **13.12.9 Herr W.**

Situation: pflegt seine Frau, zunehmend schlechter (Halluzinationen, Parkinson), 24 Stunden beschäftigt

#### **Was hat Ihnen PAUSE gebracht?**

Ich kam deprimiert an. Mir schien deprimierter als die anderen. Ich habe mir nicht erlaubt fröhlich zu sein. Ich wollte auch keine Vorträge halten. Und dann kam doch alles anders [einen Abend Alleinunterhalter mit Büttensprecher und Gedichten]. Die vier Tage haben mir gut getan.

Ich habe neue Finanzierungsmöglichkeiten erfahren (z.B. Tagestreff) und ich habe neue Kontakte bekommen, z.B. AWO, Pflegeberater BARMER GEK.

Allerdings habe ich immer noch Angst vor der Zukunft: Tod, Leid etc.

#### **Was haben Sie nach PAUSE geändert?**

Ich gehe 2x je Woche zum Tagestreff und 2x zur Alzheimer Runde.

#### **Wo sehen Sie noch Bedarf?**

Ich habe Probleme mit den Ärzten. Man muss sich immer groß erklären. Dass man in die Räume mit rein darf. Außerdem diese langen Wartezeiten.

### **13.12.10 Frau O.**

Situation: 50 Jahre, Pflege der Tochter

#### **Was hat Ihnen PAUSE gebracht?**

- PAUSE war erholsam. Es war Luxus pur, dass ich mich nur um mich kümmern musste. Ich konnte mich an den gedeckten Tisch setzen.
- Aber mein Grundproblem konnte auch PAUSE nicht lösen: es gibt Unterstützung für Kinder und für Alte. Für die Altersgruppe dazwischen gibt es praktisch keine Unterstützung.
- Bisläng hat mir meine Nachbarin geholfen. Die ist aber seit Kurzem krank und fällt wohl aus. Bei PAUSE habe ich von der AWO erfahren, dass da was möglich ist und dass ich so wieder Zeit für mich finde, wenn ich mal weg muss z.B. zu einer Beerdigung oder zum Frisör. Ich hoffe das klappt.

### **13.12.11 N.N.: Auswahl an Aussagen aus Fragebögen und aus der teilnehmenden Beobachtung**

Nachfolgende werden ausgewählte Aussagen aus den Freitextangaben in den Fragebögen aufgeführt. Eine vollständige Auflistung würde den Rahmen sprengen.

Verzichtet wird auf die sehr zahlreichen Angaben, die den Dank für die Veranstaltung zum Ausdruck bringen, stellvertretend: „Danke für das Angebot. Ich wünschte es jedem Betroffenen. Dieser Kurs war ein Geschenk! Die Möglichkeit sollte weiter ausgebaut werden.“

Verzichtet wird auf die zahlreichen Beschreibungen der zunehmenden Belastungen und Problemen mit Bürokratie, stellvertretend: „Bin nach langer Krankheit wieder berufstätig. Meine Mutter braucht ständige Beaufsichtigung da sie sturzgefährdet ist und ich schlafe schlecht was mich zunehmend schlaucht.“ „Hilfsmittel wurden mir einfach gestrichen, ohne Rücksprache.“

Subjektiver Nutzen und Absichten bei Seminarende (Stellvertreter):

- Ich fahre wegen der guten PAUSE locker und entspannt nach Hause.
- Ich muss bei Überforderung lernen Hilfe zu holen
- Die Atmosphäre war wohltuend und trotz der Informationsfülle entspannt.
- Das Seminar hat mir geholfen und Mut gemacht
- Umsetzen und annehmen gilt es nun. Ich bin nicht alleine.
- Bin selbstbewusster, gestärkt und orientierter
- Ich habe überrascht festgestellt, dass viele Angehörige dennoch eine positive Lebensfreude ausstrahlen.
- Ich konnte feststellen, wie viele härtere Fälle es geben kann. Habe das Schwimmbad genossen und bin sehr positiv nach Hause
- Ich hoffe so sehr, dass ich das ein oder andere umsetzen kann
- Meine Erwartungen weit übertroffen
- Das Seminar bot mir sinnvollen Gedankenaustausch und Kontakt

Kritik, Verbesserungsvorschläge (Stellvertreter):

- Mehr Freizeit, vor allem am Nachmittag
- Auf Anrede Du/Sie einigen
- Titel PAUSE missverständlich, auch nach der Beratung am Telefon [Hinweis: nur erstes Seminar]
- Einzelgespräch mit Psychologin
- Mehr Bewegungsangebote
- Sozialpädagogische Hilfestellung
- Gesellschaftsabend einführen
- Mehr Kinaesthetics

- Kleinere Gruppen
- Vorträge freiwillig
- Infos zu „Urlaub mit dem zu Pflegenden“
- freiwilliges Angebot am Abend wie z.B. Klangmassage, Traumreise, PMR
- einen Baustein in die Natur verlegen, z.B. Genießen
- Nachtreffen
- Folgeseminar
- Kur für Pflegende

Subjektiver Nutzen und Verhaltensänderungen im Nachgang zum Seminar (Stellvertreter):

- Dank des Seminars PAUSE sehe ich nun Dinge anders und nehme Hilfe an. Ich wünsche mir für meine Mutter eine häusliche Pflege wie bei meinem Vater auch geschehen und achte dabei aber darauf, mich nicht zu überfordern.
- Dank des Seminars PAUSE habe ich gelernt mir Hilfe zu holen und nun einen Pflegedienst eingeschaltet. Meine Lebensqualität ist deutlich gestiegen.
- Danke für das Seminar. Habe dadurch wieder meine Nerven im Griff und Hilfe kennen gelernt
- Das Seminar PAUSE gab mir sehr viel Kraft. Ich hatte bereits eine Beratung mit der Barmer.
- Das Seminar war für mich ein voller Erfolg, Entspannung, neue Anregungen, neue Kontakte habe ich mit nach Hause genommen.
- Das Seminar war für mich eine Bereicherung. Mein Selbstwertgefühl wurde gestärkt. Die Pflegesituation hat mich reifen lassen. Es ist gut zu wissen, dass ich als Pfleger so viel Unterstützung bekommen kann
- Das Seminar war sehr gut und informativ. Es müsste jährlich stattfinden.
- Die Teilnahme an Pause war sehr informativ und das Beste, was mir passieren konnte. Nochmals herzlichen Dank für dieses informative und einfühlsame Seminar. Ich habe es bereits weiterempfohlen.
- Durch das Seminar habe ich gelernt, mir Auszeiten zu nehmen. Auch ziehe ich mich zurück, wenn es einmal schwierig ist. Das ist für beide Seiten gut.
- Ich habe einen Pflegeantrag gestellt und bemühe mich um einen Psychologen.
- Mein Mann ist nun einen Tag beim Pflegedienst. PAUSE hat mir sehr viel gebracht.
- Bin seit dem Umzug ins Pflegeheim (Mutter) total erleichtert. Habe Urlaub gemacht. Das Seminar war sehr interessant, meine Hochachtung gilt allen pflegenden Teilnehmern.
- Bei der Übergabe in die Kurzeitpflege hatte ich das Gefühl versagt zu haben, die verbalen Attacken machen mir zu schaffen. Mit meiner eigenen Krankheit habe ich aber gelernt, dass ich auch wichtig bin.
- das Pause Projekt hat mich selbstbewusster gemacht im Umgang mit Ärzten und Krankenkassen
- Das Seminar hat mir geholfen in Situationen Abstand zu gewinnen. Mit professioneller Hilfe konnte ich einiges umsetzen. Mir geht es deutlich besser, ich habe mir Zeit genommen für mich (Sport).

- Das Seminar hat mir gut getan und geholfen. Ich rede öfter davon und empfehle es weiter. Meine Mutter ist im Pflegeheim - das hat weniger mit mir und der Pflegesituation zu tun, sondern mit geänderten äußeren Umständen.
- Das Seminar hat mir sehr gut getan, viele Anregungen zum Durchatmen erhalten, verschiedene Arbeiten sind einfacher geworden. Vielen Dank, Sehr gute Arbeit von Ihnen!
- Der Kurs war sinnvoll, er brachte eine Perspektive zur Pflegesituation. Man fühlte sich vor allem verstanden.
- ich habe gelernt Arbeit abzugeben, Danke
- Ich habe meinen Mann nach 10 Monaten aus dem Heim geholt - es klappt einigermaßen
- ich spiele nun Harfe, das tut meiner Seele gut
- Ich habe gelernt auch mit einem Kind PST 3 schöne Dinge zu erleben und zu tun.
- Es war für mich lehrreich und erholsam zugleich.
- Auch nur kurze Gespräche mit z.B. Nachbarn helfen und lenken ab.
- Das Seminar war eine sehr gute Veranstaltung für mich weil es meinen Blickwinkel durch den Austausch und die vielen Anregungen und den Abstand und die Pause, die Ruhe positiv beeinflusst hat.
- Durch das Seminar sind die Berührungängste einen Pflegedienst zu kontaktieren deutlich geringer geworden. Auch haushaltsnahe Dienstleistungen, das hilft im Alltag unglaublich.
- Ich habe viel umgesetzt. Durch einen Hund komme ich ans laufen. Eigenes Schlafzimmer, es geht bergauf. Danke für die Zeit in Sassendorf und die gute Betreuung in schlechten Zeiten. Bei einem Tief denke ich an die vielen Gespräche und dann bin ich wieder stark.
- Ich mache nun regelmäßig Rehasport was mir sehr gut tut. Zudem hatte ich eine Kur mit vollem Erfolg. PAUSE hat viel dazu beigetragen, dass ich dies umsetzen konnte, danke
- Jetzt, nach so langer Zeit [9 Monate] sehe ich wie nachhaltig dieses kurze PAUSE-Programm war. Ich habe sehr davon profitiert. Durch die Bearbeitung der Fragebögen hatte ich auch den Anstoß, Dinge anzugehen. Vielleicht wären Ermutigungsschreiben nicht schlecht. Ich als Pfleger rückte mit meinen Bedürfnissen wieder in den Fokus. Ich erkannte den Wert meiner sonst so selbstverständlich geleisteten Arbeit. Das hat für mein Selbstwertgefühl unglaublich gut getan. Danke!

### Genutzte Angebote an Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement:

- Alzheimer Gesellschaft
- Betreuungsteam Kreis Lippe
- Pflegebegleiter
- Bürger für Bürger in Leichlingen
- Buschstiftung Solingen
- Clemens Wallrath Haus
- Die Balance e.V., Parderborn
- Tauschbörse
- ehrenamtl. Helfer Stadt Dortmund

- Sozialamt Mengende Caritas Dortmund
- ev. Kirchengemeinde Porz
- Freiwilligenbörse Bergisch Gladbach
- Verein Nestwärme e.V. bundesweit
- Hospitzverein Duisburg
- kath. Gemeinde Rheinviertel
- Netzwerk Nachbarschaftshilfe
- Wegweiser Pflege der Stadt Dortmund
- Betreuer
- Caritas
- DUO Köln
- für Haushaltshilfe und Betreuung
- Nachbarschaftshilfe
- Seniorenbetreuung
- SPZ

Aus der teilnehmenden Beobachtung einige Stellvertreter:

- Pflege ist offener Vollzug.
- Hobbies, was ist das? Ich habe keine mehr.
- Das Seminar macht mich stärker.
- Ich habe mich angenommen und erst genommen gefühlt.
- Mir geht es ja gar nicht so schlecht, wenn ich die Schicksale der andern höre.
- Ich habe gemerkt, ich bin wichtig.

## 13.12.12 Fachkraft Familiengesundheitspflege (FGP) 1

### Charakteristik der insgesamt 12 Fälle

- 2 Klienten mit akuter Stressbelastung, die eine intensive Betreuung ablehnten (Ende nach Erstgespräch)
- 10 übrige:
  - Sehr offen und konstruktiv
    - Sehr positives Feedback zum Kompaktseminar
    - Begleitung zu Hause sehr positiv, weil vertraute Umgebung
    - Sehr dankbar für die Unterstützung
    - Fühlten sich bestärkt in Entscheidungen
  - Entspannungsübungen haben etwa die Hälfte angenommen
  - Einige haben sich Verlängerung über die 9 Termine hinaus gewünscht oder ein Strecken der Termine über den avisierten Zeitraum von 7 Monaten
  - Teils schwierige Rahmenbedingungen: Terminabsprachen teils sehr schwierig und unverbindlich, teils lange Anreisen

### Welche Erfolge konnten Sie mit Ihren Klienten erzielen?

- Die Fallarbeit war nicht anders als ohne PAUSE. Der Einstieg war aber einfacher und auf einem höheren Niveau (siehe unten)
- Emotionale Unterstützung: „Tränen fließen“ und Trauerarbeit
- Konkrete Hilfen, z.B. Tagespflege, Kurzzeitpflege, Schlafseminar angeregt
- Notfallpläne durchgespielt, z.B. was wäre wenn ich meinen Angehörigen Tod im Bett finde. Die Klienten sind besser vorbereitet.
- Fall 1: Wohlbefinden gesteigert, Selbstbewusstsein gesteigert, mehr Kurzzeitpflege genutzt
- Fall 2: erfolgreicher Widerspruch gegen abgelehnte Erhöhung der Pflegestufe
- Einleiten von Psychotherapie in drei Fällen; ein Fall wäre zwar indiziert, aber es lag keine Bereitschaft vor.

### Welche Rückmeldungen gaben die Klienten zum PAUSE-Seminar?

- Insgesamt sehr positiv
- Besonderheiten
  - Mal rauskommen
  - Ausschlafen
  - Gedeckter Tisch
  - Etwas für sich tun
  - Selbst im Mittelpunkt stehen
  - Selber ernst genommen werden und Wertschätzung erfahren
- Programmpunkte
  - Kompakter und guter Überblick
  - Verständnis über Krankheit
  - Kompetente Fachkräfte
  - „Lichtblick“ erfahren
  - Wunsch auf ein 2. Mal

- Informeller Austausch mit Gleichgesinnten hat gut getan.

**Was war der Mehrwert des PAUSE-Seminars in Bezug auf die Fallarbeit?**

- Die Klienten kommen informierter in die FGP, z.B. hohes Wissen an Unterstützungsmöglichkeiten.
- Hemmschwellen und Hürden, sich zu öffnen, sind geringer.
- Angst vor „Kontrolle“ durch die individuelle Beratung ist genommen.
- Hürden, Kontakt mit der Krankenkasse aufzunehmen, sind geringer. Bei Fragen wird mal eben der zuständige Sachbearbeiter angerufen.
- Einige Personen würden ohne das Seminar wohl kaum eine individuelle FGP-Beratung annehmen.

**Fast alle Klienten waren am Rande der Depressivität. Wie geht die FGP damit um?**

- Zum einen helfen teilweise Entlastungsmaßnahmen und Gespräche
- Bei klinisch auffälligen Personen (z.B. 1 Person mit zweimaligem Suizidversuch und diagnostizierte Schizophrenie, 2 Personen mit auffälligem Erschöpfungszustand) versucht die FGP, eine psychotherapeutische Behandlung einzuleiten (ambulant, stationär)

### **13.12.13 Fachkraft Familiengesundheitspflege (FGP) 2**

#### **Charakteristik der insgesamt 7 Fälle**

- Die Fälle waren typisch für andere Fälle, die ich betreue. In der Regel wird zunächst die Pflegeversorgung geregelt. Danach geht es um Aktivitäten, die auf das eigene Wohlbefinden abzielen. Dabei hat sich u.a. die „Liste angenehmer Aktivitäten“ aus dem Seminar bewährt. Die wurde dann entweder eigenständig oder als Hausaufgabe ausgefüllt. Teilweise habe ich dann telefonisch oder per Mail oder beim Folgetermin nachgefragt, ob sie ihre Pläne umgesetzt haben. Die meisten brauchen einen Coach, sonst geht das im Alltag unter.
- Die individuelle Betreuung zu Hause ist in meinen Augen sehr wichtig. Denn dort treten die Probleme auf. Dann kommt die Frage wie regule ich das? Das ist in einem Seminar nur eingeschränkt möglich.
- Insgesamt konnte ich sehr gut helfen. Teils lagen schwere Schicksalsschläge vor. Bei einer Person haben wir die Beratung in beiderseitigem Einvernehmen aber abgebrochen. Die Person wollte nichts verändern.

#### **Welche Erfolge konnten Sie mit Ihren Klienten erzielen?**

- Jenseits von Unterstützungsmöglichkeiten, die wir organisiert haben, scheint den Personen wichtig zu sein, dass da jemand da ist. Und dass da ein fester Ansprechpartner ist. Die pflegenden Angehörigen waren positiv überrascht, dass es vor allem um sie selber geht.

#### **Welche Rückmeldungen gaben die Klienten zum PAUSE-Seminar?**

- Insgesamt positiv, aber auch Kritik
  - Positiv:
    - Erfahrungsaustausch konstruktiv,
    - Hotelambiente sehr angenehm
    - Die Pflegenden stehen im Mittelpunkt und haben sich verstanden gefühlt. Ein solches Verständnis für pflegende Angehörige fehlt im Alltag. Ich darf mich mal um mich kümmern.
  - Kritik:
    - mehr Erholung erwartet,
    - pflegende Eltern haben sich teils verloren gefühlt weil kaum Gleichgesinnte teilnahmen.
    - Es gibt eine große Gruppe, die vom Seminar ausgeschlossen ist. Das sind die Eltern von behinderten Säuglingen und Kindern, für die es kaum Betreuungsangebote gibt. Deswegen kommen die auch nicht in ein Seminar. Ich erlebe dort große Wissensdefizite.
- Das Kontakthalten mit den anderen Teilnehmenden auch aus der Regionalgruppe hat eher nicht geklappt. Die Entfernungen waren zu groß, um sich im Nachgang mal zu treffen.

#### **Was war der Mehrwert des PAUSE-Seminars in Bezug auf die Fallarbeit?**

- Die Klienten sind besser aufgeklärt, z.B. in Bezug auf Pflegeverrichtung, Unterstützungsangebote und Finanzierungsmöglichkeiten.
- Die meisten wussten konkret was sie wollten, z.B. eine häusliche Schulung nach Bobath.
- Bei den meisten waren Ängste und Hemmfaktoren geringer. Das betrifft z.B. die Schweigepflicht oder die Angst, dass ähnlich wie beim MDK eine Kontrollfunktion ausgeübt wird. Die meisten waren sofort offen für die Beratung. Es gab aber auch verschlossene Personen. Insofern kann ich nicht eindeutig sagen, ob die Offenheit ein Personenmerkmal ist oder ob das Seminar dazu beigetragen hat.
- Einige Personen würden ohne das Seminar wohl kaum eine individuelle FGP-Beratung annehmen.

**Fast alle Klienten waren am Rande der Depressivität. Wie geht die FGP damit um?**

- Zum einen helfen teilweise Entlastungsmaßnahmen und Gespräche
- Teils gibt es aber klinisch auffällige Personen. Hier wäre professionelle Hilfe nötig. Aber für Psychotherapie gibt es lange Wartezeiten. In einem solchen Fall kann es beruhigend sein, dass für die Zwischenzeit eine FGP da ist. Teils wurde die FGP sogar als stützender erlebt wie eine Psychotherapie. Eine gute Adresse zumindest für die Überbrückung ist das Online-Angebot [pflegen-leben.de](http://pflegen-leben.de).

### **13.12.14 Beschreibung der Gewinnung von Teilnehmenden am Beispiel einer Regionalstelle der BARMER GEK**

Beispiel: Regionalstelle Paderborn

Die BARMER GEK ist in NRW in Regionalstellen organisiert. Dies eröffnet das Potenzial, dezentral und im persönlichen Kundengespräch die Zielgruppe zu adressieren. Die Aktivitäten sollen am Beispiel der Regionalstelle Paderborn dargestellt werden.

Die Regionalstelle Paderborn umfasst die Kreise Höxter, Detmold und Paderborn. In der Regionalstelle arbeiten etwa 125 Personen, davon etwa 13 in der Abteilung Pflege und häusliche Krankenpflege. In dieser Region gibt es etwa 4.500 anerkannt pflegebedürftige Personen, die ambulant versorgt werden und die bei der BARMER GEK versichert sind. Mit folgenden Aktivitäten wurden pflegende Angehörige für das PAUSE-Seminar gewonnen (Stand nach acht PAUSE-Seminaren, Februar 2014 bis September 2015).

#### **Anzeigen in den Printmedien**

Zu Projektbeginn und situativ wurden sieben Anzeigen in regionalen Printmedien geschaltet. Der Erfolg ist schwer zu bewerten. Denn einerseits meldeten sich geschätzt 5 Personen je Anzeige für das Seminar an. Andererseits ist davon auszugehen, dass die Anzeigen vielfach die initiale Information zu PAUSE sein dürfte, die dann zu weiteren Recherchen (z.B. Internet, Pflegeberatungstelefon, Gespräch mit Berater der BARMER GEK) führen dürften. Nicht zuletzt sind derartige Anzeigen aus Sicht einer Kranken-/Pflegeversicherung auch als allgemeines Marketing zu werten.

#### **Beschäftigte der Regionalstelle Paderborn**

Alle Beschäftigten der Regionalstelle sind über das Sekretariat in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Personalrat über PAUSE informiert worden. Eine Person des örtlichen Personalrats ist die Ansprechperson für Beschäftigte in Pflegeverantwortung. Ziel war es die Beschäftigten ebenfalls für das Seminar zu gewinnen. Es hat eine Person am Seminar teilgenommen. Inwieweit die Beschäftigten Multiplikatoren für die Gewinnung von Teilnehmenden waren, ist nicht zu quantifizieren.

#### **Leistungserbringer**

Im Einzugsgebiet wurden die größten Leistungserbringer (ca. acht) vom Sachgebietsleiter angesprochen und das Projekt PAUSE vorgestellt. Flyer wurden zur Verfügung gestellt. Allerdings ist aus externer Sicht kaum zu belegen, inwieweit die Informationen und die Flyer in der Fläche ankommen. Dies hängt von Kommunikationskultur, Schichtorganisation, Dezentralität usw. der Leistungserbringer ab.

#### **Firmenkontakte der BARMER GEK**

Die BARMER GEK bietet Betriebliches Gesundheitsmanagement als Dienstleistung an. Über den Email-Verteiler wurden sämtliche Kontakte über PAUSE informiert. Insbesondere zu Projektbeginn hat die Leitung für Betriebliches Gesundheitsmanagement persönlich in den Unternehmen PAUSE als attraktives Angebot für Beschäftigte in Pflegeverantwortung vorgestellt.

## **Pflegekurse**

Bei Pflegekursen und sonstigen Vorträgen im Rahmen der Pflegeversicherung (etwa acht Veranstaltungen) hat der Leiter der Abteilung Pflege und häusliche Krankenpflege das Projekt den pflegenden Angehörigen vorgestellt und Flyer verteilt.

## **Kundengespräche**

Der Leiter der Abteilung Pflege und häusliche Krankenpflege hat seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig über das Projekt und über Zwischenergebnisse informiert. In der persönlichen oder telefonischen Kundenberatung wurden diese Informationen dann an pflegende Angehörige weitergetragen. Zu beachten ist, dass PAUSE vielfach nicht im Erstgespräch thematisiert wurde. Denn häufig sind die Gespräche sehr emotional und intensiv, so dass das Projekt erst bei einem zweiten oder dritten Gespräch effektiv platziert werden konnte.

## **Flyer als Anlage zu Bewilligungsbescheiden**

Die Abteilung Pflege und häusliche Krankenpflege versendet Bewilligungsbescheide. Im Mittel wurden bei etwa drei Bewilligungsbescheiden je Mitarbeiter je Woche der Projektflyer beigelegt. Allerdings ist dabei zu beachten, dass pflegende Angehörig sich häufig einer Informationsflut gegenüber sehen und daher die Effektivität fraglich ist.

## **Pflegestützpunkt**

Der regionale Pflegestützpunkt (Kreis, AOK, BARMER GEK) wurde über das Projekt informiert, um Multiplikatoreffekte zu nutzen.

## **Fazit**

Im Vergleich der einzelnen Aktivitäten ist die persönliche Ansprache am effektivsten. Zu beachten ist, dass für die Gespräche Ressourcen einzuplanen sind. Neben dem Hauptziel „Gewinnung von Teilnehmenden“ erzielt die BARMER GEK den Nebeneffekt, bei (potenziellen) Versicherten als attraktive Kranken-/Pflegversicherung wahrgenommen zu werden.

## **13.13 Abschlusstagung - Presseerklärung von BARMER GEK und iqpr, 30.09.2016**

### **Ergebnisse Modellprojekt PAUSE**

Programm zur Unterstützung pflegender Angehöriger kann Versorgungslücke schließen

Das Programm PAUSE kann die Gesundheit von pflegenden Angehörigen nachweislich verbessern. Mehr als 300 Pflegende aus Nordrhein-Westfalen erhielten 2014 bis 2016 Unterstützung beim Modellprojekt, das vom NRW-Gesundheitsministerium und der BARMER GEK gefördert wurde. Die Ergebnisse sind am Freitag bei einer Fachtagung in Düsseldorf vorgestellt worden. Sie zeigen: PAUSE wirkte sich nicht nur nachhaltig positiv auf die Gesundheit der Teilnehmer aus, sondern konnte auch Depressionen vorbeugen. Dadurch stabilisierte sich auch die häusliche Pflegesituation. Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens stellte die Bedeutung des innovativen Modellprojektes heraus: „Die Ergebnisse sprechen für sich: PAUSE wirkt, und zwar nachhaltig. Für pflegende Angehörige brauchen wir mehr solcher bedarfsgerechten Entlastungsangebote. Deshalb darf PAUSE nicht Ausnahme sein, sondern sollte zur Regel werden. Diese Angebote muss es regelhaft von allen Kassen geben, damit viel mehr Angehörige daran teilnehmen können.“

Pflege ist eine dauerhafte Mehrfachbelastung, die bei vielen Angehörigen das Erkrankungsrisiko erhöht. „Unterstützungsprogramme wie PAUSE können die Versorgungslücke bei der Entlastung der Pflegenden schließen. Es ist höchste Zeit, dass sie Teil der Regelversorgung werden“, forderte Heiner Beckmann, Landesgeschäftsführer der BARMER GEK NRW. Von speziellen mehrtägigen Kompaktseminaren können Angehörige jedes Alters und in verschiedenen Lebenssituationen, darunter auch Langzeit-Pflegende, profitieren.

### **Risiko für Depressionen sinkt**

„Zwei von fünf Teilnehmern hatten zu Beginn Symptome einer Depression. Angehörige, die sich um Lebenspartner oder Demenzkranke kümmerten, waren besonders oft betroffen“, berichtete Dr. Christian Hetzel, Projektleiter am Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule in Köln (iqpr). Neun Monate nach PAUSE hat das iqpr den Gesundheitszustand der weiterhin pflegenden Teilnehmer erfragt. Die Ergebnisse wurden mit pflegenden Angehörigen aus NRW, die nicht am Kompaktseminar teilgenommen hatten, verglichen. „Bei knapp 40 Prozent der ursprünglich betroffenen PAUSE-Teilnehmer gab es deutlich weniger Anzeichen für eine Depression. In der gesamten Vergleichsgruppe waren es lediglich 24 Prozent“, erläuterte Hetzel. Darüber hinaus konnten die PAUSE-Teilnehmer im Vergleich zu den anderen Pflegenden besser mit Belastungen umgehen. Die persönliche Einschätzung ihres Gesundheitszustands fiel deutlich positiver aus. In der Wissenschaft hat sich die subjektive Gesundheit bei der Vorhersage von Krankheiten bewährt.

### **Flächendeckende Strukturen zur Stärkung der Angehörigenpflege**

Nicht nur das Erlernte aus dem Kompaktseminar wirkte stabilisierend auf die Gesundheit der Angehörigen. Auch ihr Pflegeverhalten änderte sich nachhaltig. Im Gegensatz zu den

Pflegenden aus der Vergleichsgruppe nutzten die PAUSE-Teilnehmer später deutlich häufiger Pflegekurse, häusliche Schulungen oder weitere Maßnahmen zu ihrer Unterstützung. Zudem tauschten sich diese Angehörigen häufiger mit anderen Pflegenden aus. Auch ihre Freizeitaktivitäten nahmen zu. „Gleichzeitig nahmen die Teilnehmer ihre persönlichen Einschränkungen als geringer wahr. Sie konnten ihre Pflegesituation besser akzeptieren“, erklärte Hetzel. Aus einer Gesellschaft mit einer zunehmenden Anzahl an Pflegebedürftigen sind Angehörige nicht wegzudenken. Mehrtägige Entlastungsprogramme können diese, das legen die PAUSE-Ergebnisse nahe, diese als wichtige Säule bei der Pflege stärken. „Bei mehr als 500.000 pflegenden Angehörigen allein in NRW bedarf es dafür jedoch flächendeckender Strukturen und eines gemeinsamen Engagements aller Kostenträger“, betonte Beckmann.

### **Über PAUSE**

PAUSE (Pflegende Angehörige unterstützen, stärken, entlasten) regte die Teilnehmer über individuell zusammenstellbare Workshops, psychologisch geführte Gesprächsgruppen, Beratung und Vorträge zur Selbstsorge an. Das viertägige Seminar fand neunmal im Kurort Bad Sassendorf statt. Teilnehmen konnten alle gesetzlich Versicherten in NRW, die einen nahestehenden Menschen pflegten.

## **13.14 Publikationen zum Projekt**

### **Fachpublikationen**

Hetzel, C., Alles, T. & Froböse, I. (eingereicht). „Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz Praxisversion (BIZA-D-PV)“ auch für den nicht-demenziellen Bereich?

Hetzel, C., Baumann, R., Diekmann, J. & Froböse, I. (2016). Beschreibung eines mehrdimensionalen Gesundheitsprogramms für pflegende Angehörige. Gesundheitswesen, DOI: 10.1055/s-0042-112814.

Hetzel, C., Baumann, R. & Diekmann, J. (2015). Handlungsbedarf für Gesundheitsförderung und Prävention aus Sicht pflegender Angehöriger. Die Pflegewissenschaft, 7/8, 408-415.

Hetzel, C. (2014). Zwischen häuslicher Pflege und Beruf: Das kann Ihr Unternehmen tun, damit beide Seiten profitieren. In Grashoff, M. (Hrsg.), Praxishandbuch Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz im Betrieb (Oktober, P86, 1-22). Bonn: VNR Verlag für die Deutsche Wirtschaft.

### **Vorträge**

Hetzel, C. (2014, 2015). Ich pflege – auch mich. Grenzen der Belastbarkeit erkennen. Dialogveranstaltungen der Landesstelle Pflegende Angehörige NRW in Abstimmung mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen und den Landesverbänden der Pflegekassen. Meschede am 10.04.2014, Bielefeld am 12.05.2014, Recklinghausen am 28.08.2014, Duisburg am 13.05.2015, Bergisch Gladbach am 11. Juni 2015.

### **Internet**

Homepage zum Projekt PAUSE. Online unter <http://PAUSE-pflege.de/>

PAUSE aus der Perspektive der Teilnehmenden. Film, Online unter <https://www.barmer.de/s050042> und <http://PAUSE-pflege.de/>

### **Publikationen zur Gewinnung von Teilnehmenden**

Artikel von Seiten der Presseabteilung der BARMER GEK, insbesondere in der Mitgliederzeitschrift der BARMER GEK, in „Pflegerische Angehörige“, in Lokal- und Regionalzeitungen und im Internet (siehe Kap. 13.4)

Informationsstand bei der Tagung „Engagement und Selbsthilfe in der Pflege“ in Gelsenkirchen am 30.09.2014.

Hetzel, C. (2014). Neues Denken nötig: „Ich pflege – auch mich!“. Nun reden wir, Landesseniorenvertretung NRW, 87: 9 (im Internet <http://www.lsv-nrw.de/fileadmin/Dokumentenablage/lsv-nrw/Nun-reden-wir/NRWNr.87.pdf>)