



# **Personen in belastenden Situationen (PibS): Eine Trainings- und Erholungswoche für pflegende Angehörige**

Ein Angebot der Land- und forstwirtschaftlichen Sozialversicherung  
Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (LSV HRS) und  
der Sozialversicherung für den Gartenbau

Abschlussbericht der Evaluation

Christian Hetzel

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

## Impressum

Hetzel C.: Personen in belastenden Situationen (PibS): Eine Trainings- und Erholungswoche für pflegende Angehörige, ein Angebot der Land- und forstwirtschaftlichen Sozialversicherung Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (LSV HRS) und der Sozialversicherungsträger für den Gartenbau – Abschlussbericht der Evaluation. Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr) GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, 2011.

Auftraggeber: Land- und forstwirtschaftlichen Sozialversicherung Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (LSV HRS) und Sozialversicherung für den Gartenbau

### **Rückfragen zum Bericht:**

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

Köln, Oktober 2011

## Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	5
2	Fragestellungen und Aufbau des Berichts .....	9
3	Ausgangslage.....	10
3.1	Stand der Forschung: Gesundheit bei pflegenden Angehörigen .....	10
3.2	Theorie der Verhaltensänderung.....	13
3.3	Die Trainings- und Erholungswoche „PibS“.....	14
3.4	Schlussfolgerungen für den Evaluationsansatz .....	15
4	Evaluationsansatz, Datengrundlage und Auswertungsmethoden .....	18
5	Was charakterisiert die Ausgangssituation der PibS-Teilnehmerinnen und gibt es Unterschiede zur Vergleichsgruppe?.....	23
5.1	Bedürfnisse des Angehörigen .....	23
5.2	Situation der pflegenden Person .....	25
5.3	Finanzielle Ressourcen .....	28
5.4	Verfügbarkeit von Hilfsangeboten .....	28
5.5	Zusammenfassende Diskussion .....	29
6	Wie bewerten die Teilnehmerinnen den Nutzen des PibS-Kurses?.....	30
7	Was wollen die Teilnehmerinnen unmittelbar nach PibS in Bezug auf das eigene Gesundheitsverhalten und die Nutzung von entlastenden Angeboten und Diensten ändern? .....	33
7.1	Gesundheitsverhalten .....	33
7.2	Nutzung von entlastenden Angeboten und Diensten .....	35
7.3	Quantität der Änderungsabsichten.....	37
8	Wie verändert sich die Pflegesituation im Beobachtungszeitraum?.....	38
9	Wie ausgeprägt sind die Effekte im Zeitverlauf in Bezug auf das Verhalten der PibS-Teilnehmerinnen?.....	40
10	Wie ausgeprägt sind die Effekte im Zeitverlauf in Bezug auf subjektive Belastung und subjektive Gesundheit? .....	43
10.1	Vorüberlegungen.....	43
10.2	Ergebnisse und Interpretation .....	45

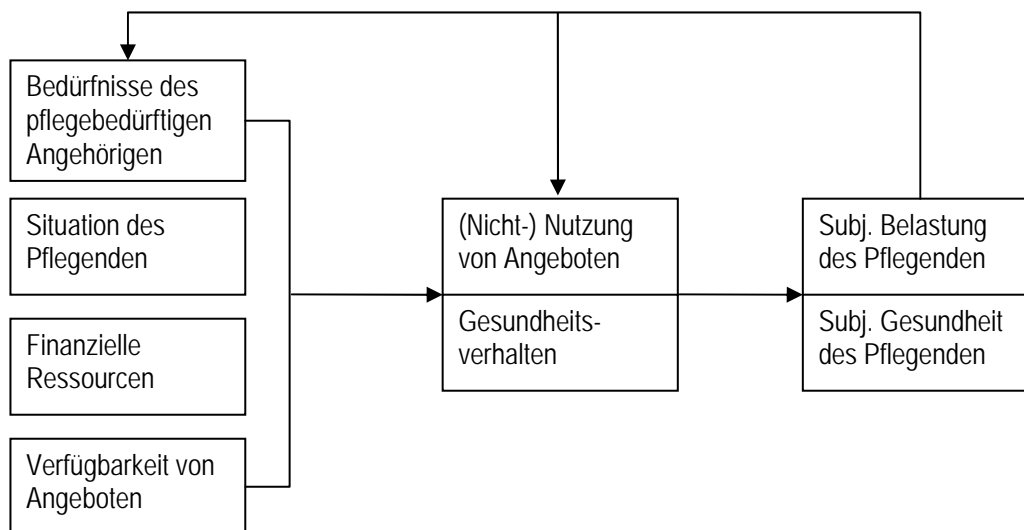
---

Literatur .....	50
Abbildungsverzeichnis.....	53
Tabellenverzeichnis.....	53
Anhang .....	54
A.1 Wirkungsmodell der Evaluation.....	55
A.2 Überblick über das Frageprogramm.....	56
A.3 Skalenanalyse .....	58
A.4 Interventionsintegrität zwischen den beiden Kliniken.....	59
A.5 Drop-Out-Analyse.....	60
A.6 Vergleichs- und Interventionsgruppe.....	61
A.7 Statistiken zur Veränderung der Nutzenbewertung.....	61
A.8 Statistiken zur Veränderung des Verhaltens .....	62
A.9 Statistiken zur Veränderung der Gesundheit.....	64
A.10 Qualitative Rückmeldungen der Teilnehmerinnen.....	67

# 1 Zusammenfassung

Evaluationsgegenstand sind 12 PibS-Kurse mit 89 pflegenden Personen (Interventionsgruppe) sowie 148 pflegenden Personen einer zufällig ausgewählten Vergleichsgruppe. PibS-Kurse sind Trainings- und Erholungswochen, die in der Rehaklinik Klinik Lohrey in Bad Soden-Salmünster bzw. im Gesundheitszentrum Saarschleife in Mettlach-Orscholz durchgeführt und von der Land- und forstwirtschaftlichen Sozialversicherung Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (LSV HRS) sowie der Sozialversicherungsträger für den Gartenbau getragen werden.

Es wird ein Paneldesign mit vier Messzeitpunkten eingesetzt (bei Beginn, vier Wochen nach, drei Monate nach und sechs Monate nach PibS). Ergänzend werden bei Ende von PibS Handlungsabsichten und Bewertungen des Kurses abgefragt. Die Evaluation basiert auf folgendem Wirkungsmodell.



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

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

**Wie bewerten die Teilnehmerinnen den Nutzen des PibS-Kurses?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Empfehlungen

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

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

Last but not least: Herzlichen Dank an die „guten Seelen“ der PibS-Kurse. Das sind insbesondere die Kursleiterinnen Frau Engel und Frau Siebenborn sowie die Organisatorinnen der Träger Frau Opfermann-Kersten und Frau Sunkel! In den Worten einer Teilnehmerin:

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



## 2 Fragestellungen und Aufbau des Berichts

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

1. Was charakterisiert die Ausgangssituation der PibS-Teilnehmerinnen<sup>3</sup> und gibt es Unterschiede zur Vergleichsgruppe?
2. Wie bewerten die Teilnehmerinnen den Nutzen des PibS-Kurses?
3. Was wollen die Teilnehmerinnen unmittelbar nach PibS in Bezug auf das eigene Gesundheitsverhalten und in Bezug auf die Pflege ändern?
4. Wie verändert sich die Pflegesituation im Beobachtungszeitraum?
5. Wie ausgeprägt sind die Effekte im Zeitverlauf in Bezug auf das Verhalten der PibS-Teilnehmerinnen?
6. Wie ausgeprägt sind die Effekte im Zeitverlauf in Bezug auf subjektive Belastung und subjektive Gesundheit?

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

---

<sup>2</sup> Weitere Möglichkeiten der Pflege sind häusliche Pflege mit einer Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst sowie stationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung.

<sup>3</sup> Da die Mehrheit der am Kurs teilnehmenden Personen Frauen sind, wird im Folgenden die weibliche Form verwendet.

## 3 Ausgangslage

### 3.1 Stand der Forschung: Gesundheit bei pflegenden Angehörigen

Nach der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes waren im Dezember 2007 2.25 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Nach Vorausberechnungen dürfte die Zahl bis 2030 um fast zwei Drittel ansteigen, auf etwa 3.4 Millionen Menschen<sup>4</sup>. Mehr als zwei Drittel (68 Prozent oder 1.54 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden Ende 2007 zu Hause versorgt. Die große Mehrheit (1.04 Millionen Personen) von ihnen wurde in der Regel allein durch Angehörige gepflegt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008). Die zu Hause versorgten Personen sind zu knapp 57 Prozent in Pflegestufe I, zu knapp 34 Prozent in Pflegestufe II und zu etwa 10 Prozent in Pflegestufe III eingestuft (vgl. Pick et al., 2004).

Der Heimeinzug kann wegen der psychosozialen Veränderungen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Personen führen (vgl. Riedl et al., 2011). Dies ist möglicherweise ein Grund, warum sich der Trend der Vorjahre hin zur "professionellen" Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste erst einmal nicht fortsetzt. Der Anteil der zu Hause Versorgten ist nicht weiter rückläufig. 1999 hatte der Anteil noch bei 72 Prozent gelegen, 2005 waren es 68 Prozent. Im Vergleich zu 2005 ist die Anzahl der in Heimen Versorgten um 4.8 Prozent (33.000) und die durch ambulante Dienste Betreuten um 6.9 Prozent (33.000) gestiegen. Im Bereich der Pflegegeldempfänger ist ein Wachstum um 5.4 Prozent (53.000) zu verzeichnen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008).

In Deutschland leben rund eine Million Menschen mit einer Demenz. Während weniger als zwei Prozent der 65- bis 69-Jährigen betroffen sind, steigt die Häufigkeit der Demenzerkrankungen auf mehr als 30 Prozent bei den über 90-Jährigen an. Durch den demografischen Alterungsprozess ist in den nächsten Jahrzehnten mit einer starken Erhöhung der Zahl erkrankter Frauen und Männer zu rechnen. Die Mehrheit der Demenzkranken lebt derzeit in privaten Haushalten und wird dort von meist weiblichen Angehörigen betreut (vgl. Weyerer, 2005). Die Wirkung von Interventionen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen wird allgemein als positiv bewertet (vgl. Mantovan et al., 2010).

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

---

<sup>4</sup> Bis 2050 wird sich die Zahl auf voraussichtlich 4,7 Millionen mehr als verdoppeln (vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, DIW: Wochenbericht des DIW. Berlin 5/01).

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

Körperlich	Emotional	Sozial
<b>Verminderung der Pflegebelastung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entlastende Einrichtungen (stationär, Tagespflege, professionelle Pflege)</li> <li>Entlastungstechniken (Seminare, Anleitung)</li> <li>Hilfsmittelberatung und -beschaffung</li> <li>Pflegebereitschaft auch in Familie abklären</li> <li>Pflegeplanung vor Krankenhausentlassung</li> <li>Kooperation aller Therapeuten und Versorgenden aktiv fördern (prof. Pflege, Physiotherapeuten, Ärzte, Apotheker, etc.)</li> </ul>	<b>Stützung des Selbstwertgefühls</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anerkennung, Lob</li> <li>Stützende Gespräche</li> <li>Finanzielle Entschädigung als Belohnung</li> </ul>	<b>Finanzielle Absicherung der Pflegebeziehung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pflegegeld</li> <li>Rentenanspruch</li> <li>Wohnungsumbau</li> <li>Schwerbehindertenausweis</li> </ul>
	<b>Unterstützung des Gleichgewichts</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Akzeptanz der Pflegebelastung</li> <li>Motivation Gesprächs-, Selbsthilfegruppen</li> <li>Freiräume für eigene Bedürfnisse schaffen</li> <li>Entlastung und Erholung einplanen</li> </ul>	<b>Stabilisierung im sozialen Umfeld</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Stabilisierung durch organisierte Entlastung</li> <li>Nutzung des sozialen Netzes zur eigenen Entlastung</li> </ul>
<b>Förderung der eigenen Gesundheit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reha-Maßnahme, Kur</li> <li>Entspannung, Yoga</li> <li>Beratungen, Gespräche</li> <li>Symptomatische Therapie: siehe entsprechende Leitlinie</li> <li>Cave! bei Beruhigungs- und Schlafmitteln, Alkohol</li> </ul>	<b>Konfliktbewältigung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gespräche über Sterbebetreuung, Trauerarbeit etc. anbieten</li> <li>Stabilisierung durch psychotherapeutische Gesprächsführung</li> <li>Beziehungsanalyse der Beteiligten</li> <li>Überforderung erkennen und abbauen</li> </ul>	<b>Informationen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gespräche Hausarzt, Sozialstation</li> <li>Gedrucktes</li> <li>Beratungsstellen</li> <li>Gesprächskreise</li> <li>Ortsbezogenes Informationsmaterial</li> </ul>

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

Aneshensel und Autoren (1995) haben ein Wirkungsmodell entwickelt, in dem die Belastung und das Wohlbefinden des Pflegenden eine Folge der (Nicht-)Nutzung von Unterstützungs-

angeboten sind, die wiederum von den Bedürfnissen des Angehörigen, der Situation des Pflegenden, den finanziellen Ressourcen und der Verfügbarkeit von Unterstützungsangeboten abhängen. Gleichzeitig beeinflussen die Belastung und das Wohlbefinden der pflegenden Person die Angebotsnutzung sowie die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Angehörigen. Dieses Modell bildet u.a. die Grundlage für die Auswahl des Frageprogramms in der vorliegenden Studie.

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

Einige Zitate und Fakten seien schlaglichtartig aufgeführt:

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

In der Landwirtschaft gibt es überdurchschnittlich viele pflegende Personen. Die daraus entstehende Belastung wird durch die betrieblichen Anforderungen und die Zunahme Demenzkranker noch verschärft. Dies belegen Daten aus der Aktion 55plus, bei der im Frühjahr 2008 repräsentative Daten zu über 55-jährigen Personen aus der bayerischen Land- und Forst-

wirtschaft erhoben wurden (vgl. Hetzel, 2009). Demnach geben 9.2 Prozent der Befragten an, dass sie fast täglich pflegen. Weitere 2.4 Prozent geben an, dass sie mindestens wöchentlich jemanden pflegen. Zusammen sind das 11.6 Prozent der Befragten, die eine (anerkannt oder nicht anerkannt) pflegebedürftige Person zu Hause pflegen. Das sind etwa dreimal so viel wie der bundesdeutsche Durchschnitt<sup>5</sup>. Diese Gruppe der „pflegenden Angehörigen“ bewertet die Anstrengung bei der Pflege zu 55 Prozent mit mittelmäßig und zu 33 Prozent mit schwer. Aufgrund der Daten wird ferner deutlich, dass die pflegenden Angehörigen statistisch signifikant mehr körperliche Beschwerden angeben, sich stärker psychisch beeinträchtigt fühlen und weniger zufrieden mit dem Leben sind. Allerdings sind die Unterschiede nur sehr klein. Keine statistisch signifikanten Unterschiede gibt es bezüglich der Wochenarbeitszeit Hof, Feld, Wald – das zeigt, dass die Pflege schon rein zeitlich eine Zusatzbelastung darstellt.

### 3.2 Theorie der Verhaltensänderung

Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (vgl. Prochaska et al., 1997) findet vielfache Anwendung in Gesundheitsförderung und Prävention in den Bereichen Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, körperliche Bewegung. Es ist ein Konzept zur Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Beeinflussung von Verhaltensänderungen (vgl. Keller, 2004; Kerr et al., 2007). Das Transtheoretische Modell postuliert mindestens fünf Phasen der Verhaltensänderung, die nacheinander aber in der Regel nicht linear – Rückfälle sind möglich – durchlaufen werden<sup>6</sup>:

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

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

---

<sup>5</sup> In Deutschland werden etwa 1.8 Prozent der 82 Mio. Bundesbürger zu Hause gepflegt. Im Mittel kommen in Deutschland auf eine zu Hause gepflegte Person 2.1 Helfer (vgl. Schneekloth et al., 2003). Das bedeutet: Etwa 3.6 Prozent – das sind fast 3 Mio. Bundesbürger – pflegen zu Hause anerkannt pflegebedürftige Personen.

<sup>6</sup> Weiterhin beinhaltet das Transtheoretische Modell Veränderungsprozesse. Diese werden definiert als Aktivitäten und Ereignisse, die ein problematisches Verhalten und damit zusammenhängende Kognitionen und Emotionen beeinflussen und verändern. Die Veränderungsprozesse ermöglichen und fördern das Durchlaufen der Stadien der Änderungsbereitschaft, d. h. sie beschreiben, wie Personen von einem Stadium in das nächste fortschreiten.

### 3.3 Die Trainings- und Erholungswoche „PibS“

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

- belastungsreduzierendes und
- gesundheitsförderliches Verhalten anregen,
- subjektive Belastung mindern,
- emotionale Stabilität fördern.

Die Kurse werden seit 2007 angeboten. Während dieser Woche erhalten die Pflegepersonen Anleitung, Beratung und Tipps für ihren häuslichen Pflegealltag. In Gruppen von bis zu 15 Personen werden sie durch Fachpersonal in allen Aspekten der Pflege geschult. Zudem bleibt Zeit für Erholung, Entspannung und Erfahrungsaustausch. Zielgruppe sind Pflegepersonen, die einen Angehörigen der Pflegestufe I, II oder III zu Hause pflegen und bei der Krankenkasse der LSV HRS bzw. der SV Gartenbau versichert sind. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflege mehr als 14 Stunden pro Woche ausgeübt wird. Die einwöchigen Schulungen finden jeweils in der Rehaklinik Klinik Lohrey in Bad Soden-Salmünster bzw. im Gesundheitszentrum Saarschleife in Mettlach-Orscholz statt (vgl. LSV HRS 2008, dort auch Programm und Erfahrungsberichte). Eine vergleichbare Intervention bietet u.a. die Land- und forstwirtschaftlichen Sozialversicherung Niederbayern/ Oberpfalz und Schwaben (LSV NOS) an<sup>7</sup>, für die bereits Evaluationsergebnisse vorliegen (vgl. Hetzel, 2010; Hetzel et al. 2010).

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

---

<sup>7</sup> Siehe unter <http://www.lsv.de/nos/01aktuell/projekte/01pibs.html>.

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

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

### 3.4 Schlussfolgerungen für den Evaluationsansatz

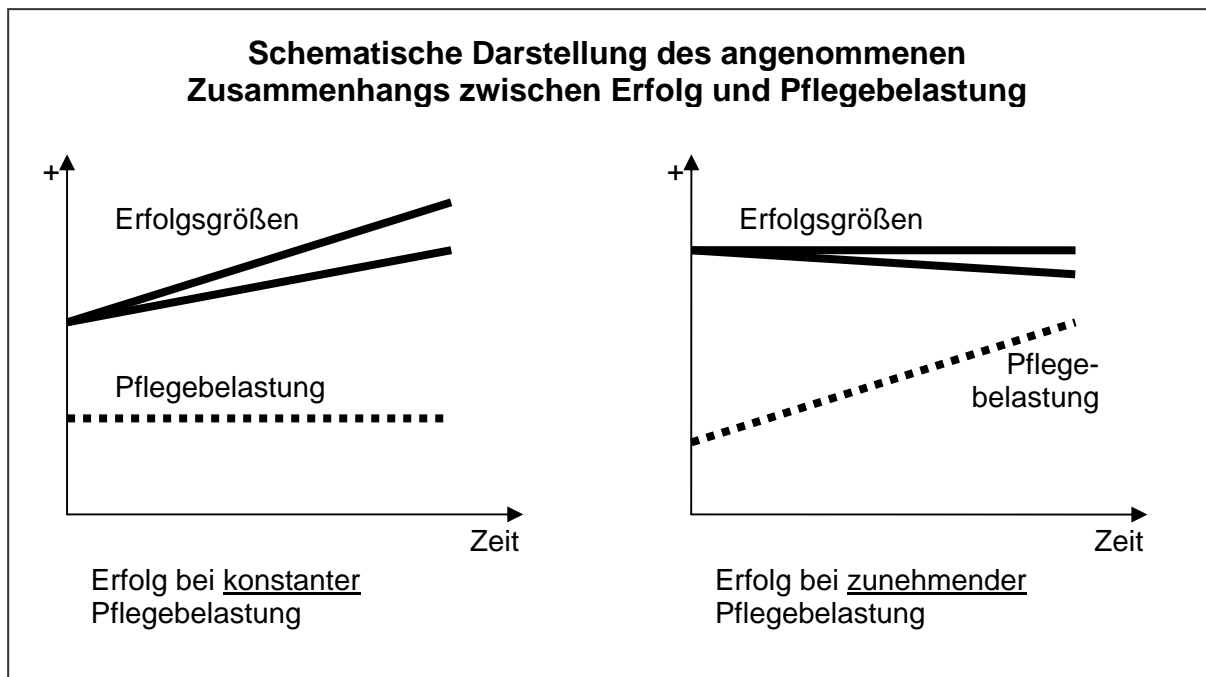
Der Erfolg von PibS muss sich in Anlehnung an das Transtheoretische Modell messen lassen an der Entwicklung von Absichten zur Verhaltensänderung sowie an der Veränderung bzw. Stabilisierung gesundheitsförderlichen und belastungsreduzierenden Verhaltens. Dies müsste sich positiv auf die subjektive Bewertung der Pflegeanforderungen auswirken und damit die subjektive Gesundheit stabilisieren oder sogar fördern. Subjektive Gesundheit lässt sich nach salutogenetischer Sichtweise differenzieren in Positivindikatoren (z.B. Wohlbefinden) und in Negativindikatoren (z.B. körperliche Beschwerden)<sup>8</sup>.

Ferner ist die Bewertung des Kurses bezüglich des subjektiven Nutzens eine wichtige Erfolgsgröße.

Das Ausmaß und unter Umständen sogar die Richtung der Erfolgsgrößen ist von der Pflegebelastung und deren Verlauf abhängig. Das bedeutet, dass beispielsweise ein stabiler oder moderat abnehmender Verlauf der subjektiven Gesundheit bei zunehmender Pflegebelastung ein Erfolg ist, bei konstantem Pflegeverlauf jedoch eher nicht<sup>9</sup> (siehe Abbildung 2). Zur Minimierung der dargestellten Zusammenhänge sollten daher idealerweise Dimensionen untersucht werden, die weitgehend unabhängig vom Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen sind.

<sup>8</sup> Zum theoretischen Hintergrund von Gesundheit (z.B. Belastungs-Beanspruchungskonzept, transaktionales Stressmodell, Handlungsregulationstheorie, Salutogenese) siehe u.a. Bengel und Autoren (2000) oder die Überblicksarbeit von Ducki (2000).

<sup>9</sup> Ausnahme: Bei Demenz im Endstadium ist bekannt, dass pflegende Angehörige diese Phase ausgeglichener erleben als die Frühphase, weil dann die psychische Belastung der körperlichen Pflegebelastung weicht.



**Abbildung 2: Schematische Darstellung des angenommenen Zusammenhangs zwischen Erfolg und Pflegebelastung.**

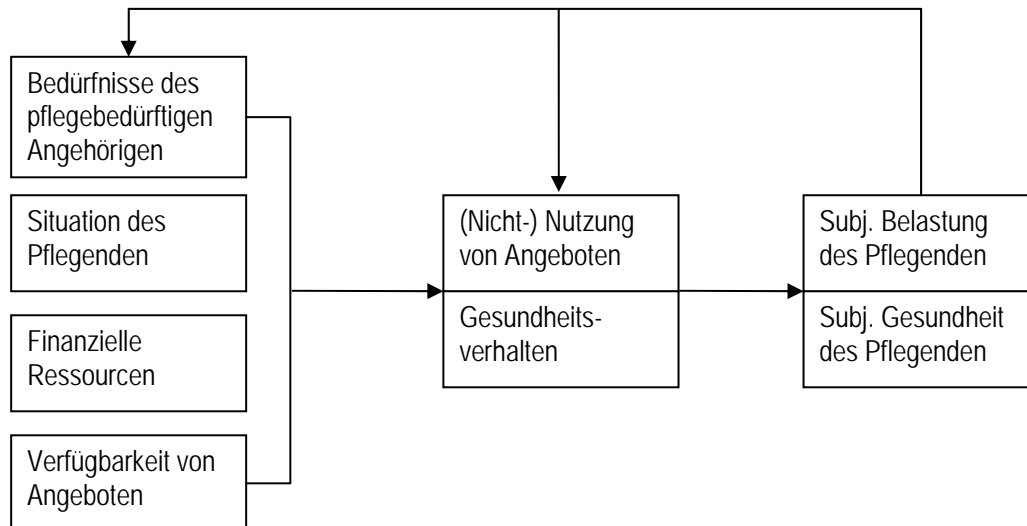
Neben dem Transtheoretischen Modell bietet das Wirkungsmodell von Aneshensel und Autoren, (1995) eine wertvolle Hilfe zur Strukturierung der zu untersuchenden Parameter. Gemeinsam mit den PibS-Verantwortlichen wurde ein Wirkungsmodell erarbeitet und operationalisiert. Das Ergebnis ist schematisch in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

Das gesundheitsförderliche und belastungsreduzierende Verhalten hängt

- a) von der Pflegesituation ab, die durch die Bedürfnisse des Angehörigen, die Situation des Pflegenden, die finanziellen Ressourcen und die Verfügbarkeit von entlastenden Angeboten gekennzeichnet ist, und ist
- b) Voraussetzung für die subjektive Belastung und das Wohlbefinden des Pflegenden.

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





**Abbildung 3: Wirkungsmodell als Grundlage der Evaluation von PibS (ausführlich siehe Anhang).**

## 4 Evaluationsansatz, Datengrundlage und Auswertungsmethoden

Gegenstand der Evaluation sind 12 PibS-Kurse, an denen insgesamt 105 Personen teilgenommen haben. Die Personen sind Versicherte der LSV HRS oder der SV Gartenbau, die mindestens 14 Wochenstunden eine anerkannt pflegebedürftige Person (d.h. mind. Pflegestufe I) zu Hause pflegen.

Personen der potenziellen Zielgruppe wurden mittels einfacher Zufallsauswahl aus dem Adressbestand der LSV HRS oder der SV Gartenbau angeschrieben. Gegenstand des Anschreibens war das Angebot der Kursteilnahme sowie ein beiliegender Fragebogen zur Pflegesituation einschließlich Rücksendeumschlag. Es wurden insgesamt 1000 Anschreiben einschließlich Fragebögen versendet, die sich wie folgt verteilen.

### Einladungen März 2009 bis Mai 2009

an PibS aus Hessen:	von der LSV HRS	= 150
an PibS	von der SV Gartenbau	= 100
an PibS aus Rheinl.-Pf. u. Saarl.:	von der LSV HRS	= 150
an PibS	von der SV Gartenbau	= 100

### Einladungen November 2009 bis Februar 2010

an PibS aus Hessen:	von der LSV HRS	= 150
an PibS	von der SV Gartenbau	= 100
an PibS aus Rheinl.-Pf. u. Saarl.:	von der LSV HRS	= 150
an PibS	von der SV Gartenbau	= <u>100</u>
	gesamt:	1000

Tabelle 2 zeigt Anzahl und Ort der PibS-Kurse einschließlich der Teilnehmerzahlen.

**Tabelle 2: Überblick über die PibS-Kurse der Evaluation.**

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

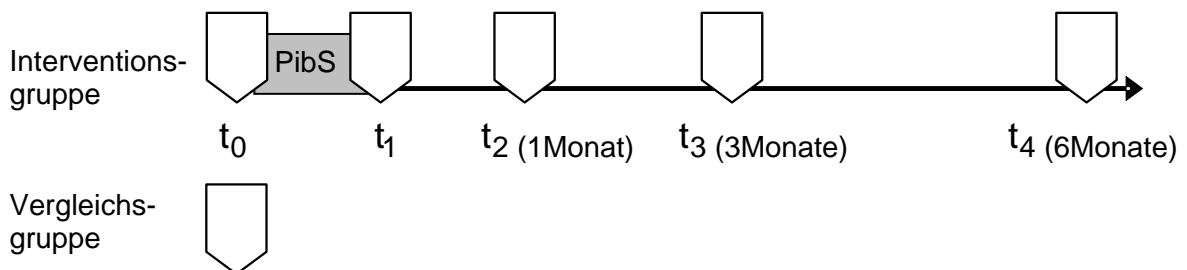
Anmerkungen: n = Anzahl der Teilnehmerinnen.

Im Idealfall wird zur Beurteilung der Wirkung einer Maßnahme eine Kontrollgruppe, die nicht an der Maßnahme teilnimmt, verwendet. Auf diesem Weg werden externe Störfaktoren kontrolliert. Eine Kontrollgruppe zu konstruieren, die den Pflegeeinheiten der Interventionsgruppe (Pfleger, Pflegebedürftiger, soziales Umfeld, häusliche Bedingungen) im Sinne des Matching ähnlich ist, bedeutet einen erheblichen Aufwand bzw. ist bei der Komplexität des Bedingungsgefüges unrealistisch. Eine randomisierte Zuweisung zu Kontroll- und Interventionsgruppe gewährleistet eine vergleichbare Zusammensetzung der Gruppen, konnte organisatorisch jedoch nicht umgesetzt werden. Stattdessen kommt ein Panel-Design zum Einsatz. Ein Panel-Design ist eine spezielle Form der Längsschnittuntersuchung. Man versteht darunter die mehrfache Erhebung derselben Variablen (mit der gleichen Operationalisierung) an den gleichen Untersuchungsobjekten zu verschiedenen Zeitpunkten. Der Vorteil ist, dass kausale Fragestellungen wesentlich besser bearbeitet werden können, weil Veränderungen auf Individualdatenniveau am selben Untersuchungsobjekt festgestellt werden können. Das Panel-Design gilt als starkes Design. In den Vorhermessungen soll das Ausgangsniveau sowie die Stabilität bzw. Tendenz des Ausgangsniveaus (steigend, fallend, schwankend, stabil) erfasst werden. Zu diesem Zweck wären im Idealfall mehrere Messungen vor dem PibS-Kurs sinnvoll. Da die Anmeldungen zu den Kursen jedoch häufig kurzfristig erfolgen, musste davon Abstand genommen werden. Stabilität bzw. Tendenz des Ausgangsniveaus werden daher retrospektiv erfasst. Die Vorhermessung findet zu Kursbeginn statt. In den Posttests werden die Effekte hinsichtlich der genannten Dimensionen und deren Nachhaltigkeit überprüft. Dazu werden Daten an fünf Messzeitpunkten erhoben: vier Messzeitpunkte im

Sinne des Paneldesigns (vor PibS, 1, 3 und 6 Monate nach PibS) und ein Messzeitpunkt unmittelbar nach PibS, bei dem die Änderungsabsichten erfasst werden. Die Messzeitpunkte liegen so weit auseinander, dass Erinnerungseffekte minimiert sind und damit die Vorhermessungen die Nachhermessungen kaum beeinflussen dürften. Alle PibS-Teilnehmerinnen durften an der Evaluation teilnehmen und wurden zur dauerhaften Teilnahme an der Studie argumentativ überzeugt, um die Panel-Mortalität gering zu halten. Die Problematik wurde in den Kursen thematisiert.

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

Das Evaluationsdesign ist schematisch in Abbildung 4 zusammengefasst.



**Abbildung 4: Die Erhebungszeitpunkte im Rahmen des Panel-Designs mit Vergleichsgruppe  $t_0$ .**

Interventionsintegrität ist sichergestellt, da die Kurse in der jeweiligen Klinik immer von derselben Kursleitung nach demselben Kurskonzept durchgeführt werden. Die Teilnehmerstruktur ist in beiden Kliniken gleich (siehe Anhang, Tabelle 22), so dass keine systematischen Verzerrungen zu erwarten sind. Die Wirkung der PibS-Kurse kann von vielfältigen Variablen überlagert werden (siehe Anhang, Tabelle 18), die daher statistisch kontrolliert werden müssen. Insgesamt entsteht ein vielfältiges Variablengefüge (siehe Anhang, Tabelle 19). Die Dimensionen werden überwiegend mit Instrumenten erfasst, die wissenschaftlich fundiert und insbesondere veränderungssensitiv sind (siehe Anhang). Darüber hinaus werden eigene spezifische Instrumente entwickelt (z. B. zur Erfassung der Pflege- und sonstigen Anforderungen der Pflegenden), die jedoch an Referenzuntersuchen angelehnt sind<sup>10</sup>. Die eingesetzten Skalen weisen eine mittlere bis hohe Zuverlässigkeit auf (siehe Anhang, Tabelle 21).

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

<sup>10</sup> Beispielsweise Repräsentativstudie Eurofamcare (vgl. Meyer, 2004).

**Tabelle 3: Zusammensetzung der Interventionsgruppe.**

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

Die Brutto-Interventionsgruppe (Zeile 1, n=105) wird um solche Personen bereinigt, von denen nur grob unvollständige Daten vorliegen (n=16). Gegenstand der weiteren Analysen ist die verbleibende Netto-Interventionsgruppe (Zeile 5, n=89). In dieser Gruppe liegen von 39 Personen Daten an allen Messzeitpunkten vor. Bei 50 Personen bestehen Ausfälle an mindestens einem Messzeitpunkt. Die Personen mit Ausfällen unterscheiden sich von den Personen mit durchgängigen Daten im Ausgangsniveau nur durch einen höheren Disability-Index der pflegebedürftigen Personen, d.h. die Pflegebedürftigkeit ist höher. Das Niveau bezüglich Wohlbefinden, positive und negative Auswirkungen der Pflege, soziale Unterstützung, Alter der pflegenden Person und Alter der gepflegten Person sind gleich (Werte siehe Anhang, Tabelle 24). Die Analyse der Gründe für den Drop-Out zeigt, dass von den 37 echten Drop-Outs (Zeile 8-10) 23 mit dem Ende der Pflege begründet sind (davon 18 Tod des pflegebedürftigen Angehörigen, 4 Heimeinzug, 1 Wechsel der Pflegeperson). Dies erklärt auch den höheren Disability-Index in der Drop-Out-Gruppe.

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

In der Auswertung werden gängige statistische Verfahren zur Ermittlung von Unterschieden bei abhängigen und unabhängigen Stichproben eingesetzt (T-Tests, verteilungsfreie Verfahren,  $\chi^2$ -Tests, weiterführend siehe Bortz 2003). Fehlende Angaben in den Fragebögen (Missings) treten nicht in überhöhtem Maße auf. Bei den Tests werden Missings fallweise ausgeschlossen<sup>11</sup>. Es gelten die üblichen Konventionen für die Irrtumswahrscheinlichkeit p:

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

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

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

---

<sup>11</sup> Bei der Datenaufbereitung wurden fehlende Werte (Missings) mit folgenden Methoden ersetzt:

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

## 5 Was charakterisiert die Ausgangssituation der PibS-Teilnehmerinnen und gibt es Unterschiede zur Vergleichsgruppe?

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

### 5.1 Bedürfnisse des Angehörigen

Etwa jede zweite der zu pflegebedürftigen Personen ist eine Frau bzw. ein Mann. Die Pflegestufen I und II sind jeweils zu gut 40% vertreten. Etwa die Hälfte der Personen hat altersbedingte kognitive Einschränkungen oder ist diagnostiziert demenz. Die Unterschiede zur Vergleichsgruppe sind statistisch nicht auffällig.

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

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

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

Die Verteilung der Pflegestufen insgesamt und nach Geschlecht kommen der Grundgesamtheit aller anerkannt pflegebedürftigen und ambulant versorgten Personen der LSV HRS rela-

tiv nahe. Bei den hier untersuchten Personen sind die Pflegestufen II und III mit jeweils knapp 10% etwas häufiger vertreten (siehe Kap. 3.3).

Der Barthel-Index misst die „Activities of Daily Living (ADL)“. Dazu zählen z.B. sich waschen, sich anziehen, Mahlzeiten zu sich nehmen. Je höher der Wert, umso höher ist die Pflegebedürftigkeit. In der Interventionsgruppe liegt der Index im Mittel bei 43.6 Punkten (theoretisch maximale Spanne 0-100). Der Index für die „Instrumental Activities of Daily Living (IADL)“ mit Items wie Hausarbeit machen, Mahlzeiten zubereiten, Einkaufen gehen etc. liegt im Mittel bei 4.5 Punkten (theoretisch maximale Spanne 0-6). Der Disability-Index verdichtet die beiden zuvor genannten Indices zu einem Wert und liegt im Mittel bei 9.1 Punkten (theoretisch maximale Spanne 0-17). Die Angehörigen sind im Mittel 74 Jahre alt<sup>12</sup> und werden seit 53 Monaten gepflegt, wobei die Pflegedauer eine große Variationsbreite aufweist. Sämtliche Werte unterscheiden sich statistisch nicht von der Vergleichsgruppe.

**Tabelle 5: Bedürfnisse des Angehörigen, Teil 2.**

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

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

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

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

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

<sup>12</sup> Darunter sind einzelne pflegebedürftige Kinder bzw. junge Erwachsene (Vergleichsgruppe: 14 Personen jünger als 30 Jahre, darunter drei Personen jünger als 10 Jahre; Interventionsgruppe: fünf Personen jünger als 30 Jahre, darunter eine Person jünger als 10 Jahre).



## 5.2 Situation der pflegenden Person

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

Knapp 25% leben im selben Gebäude, aber in verschiedenen Haushalten. Etwa 11% leben zwar in verschiedenen Gebäuden, das jedoch räumlich nahe beieinander liegen. Hier liegt ein statistisch signifikanter Unterschied zur Vergleichsgruppe vor. Dort ist der Anteil, bei denen im selben Haushalt gepflegt wird, mit knapp 84% deutlich höher, während die anderen beiden Varianten relativ nur etwa halb so häufig vertreten sind. Allerdings dürfte dieser Unterschied mit Blick auf die Erfolgsindikatoren kaum von praktischer Bedeutung sein. Denn fasst man die beiden Kategorien „im selben Haushalt“ und „im selben Gebäude, aber verschiedene Haushalte“ zu einer Kategorie zusammen – beide Wohnsituationen bieten vergleichbare Potenziale und Risiken für Be- und Entlastungen wie Rückzug, Erreichbarkeit etc. –, dann verschwindet der Unterschied.

Etwa 80% der Teilnehmerinnen hat noch nie einen Pflegekurs besucht, ähnlich verhält es sich auch in der Vergleichsgruppe.

Fast alle Teilnehmerinnen sind bereit, die Pflege auch im kommenden Jahr fortzuführen. Für etwa die Hälfte der Personen kommt eine Heimeinweisung unter keinen Umständen in Betracht. Dies spricht für eine sehr ausgeprägte Pflegemotivation, die in beiden Gruppen statistisch vergleichbar ist. Etwa drei von vier Personen bekommen die Pflegeleistung in irgendeiner Form vergütet.

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

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

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

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

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

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

Das Durchschnittsalter der pflegenden Personen liegt in beiden Gruppen im Mittel bei gut 60 Jahren. Der subjektive Gesundheitszustand und die Lebenszufriedenheit sind in beiden Gruppen auf einem mittleren Niveau und gleich ausgeprägt. Auch die wahrgenommene Unterstützung und die positiven Auswirkungen der Pflege sind vergleichbar. Allerdings fühlen sich die Personen der Interventionsgruppe etwas weniger wohl und erleben die negativen Auswirkungen der Pflege etwas stärker<sup>13</sup>. Zur Beschreibung der Skalen siehe Kap. 10.

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

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

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

<sup>13</sup> Beides jedoch nur mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 10%.

### 5.3 Finanzielle Ressourcen

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

**Tabelle 9: Finanzielle Ressourcen.**

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

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

### 5.4 Verfügbarkeit von Hilfsangeboten

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

**Tabelle 10: Verfügbarkeit von Hilfsangeboten.**

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

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

## 5.5 Zusammenfassende Diskussion

Die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Angehörigen und die Verfügbarkeit von Hilfsangeboten sind zwischen der Interventionsgruppe und der Vergleichsgruppe ähnlich ausgeprägt. Ein statistisch signifikanter Unterscheid betrifft die finanziellen Ressourcen, die in der Interventionsgruppe höher ausgeprägt sind. Die Situation der pflegenden Personen ist weitgehend vergleichbar. Abweichungen betreffen die Wohnsituation und einzelne Gesundheitsindikatoren. In der Interventionsgruppe wohnen die pflegende Person und der Angehörige zwar häufiger in verschiedenen Haushalten, aber immer noch im selben Gebäude. Daher wird der Unterschied als praktisch nicht bedeutsam gewertet. Auffälliger ist der Befund, dass das Risikoprofil der Interventionsgruppe ungünstiger zu sein scheint als das der Vergleichsgruppe: das Wohlbefinden ist tendenziell geringer und die negativen Auswirkungen der Pflege sind stärker. Dieser Unterschied könnte auf die in den Gruppen unterschiedlich ausgeprägten finanziellen Ressourcen zurückzuführen sein. Dem ist jedoch nicht so, da die Unterschiede bezüglich Wohlbefinden und negative Auswirkungen der Pflege sogar noch deutlicher werden, wenn die finanzielle Ressourcen statistisch kontrolliert werden; der Unterschied bezüglich Wohlbefinden ist als mittelgroß und der Unterschied bezüglich negativer Auswirkungen als klein einzustufen (Berechnungen siehe Anhang, Tabelle 25).

Insgesamt sind beide Gruppen weitgehend vergleichbar, was die objektive Pflegesituation angeht. Die einzigen Unterschiede betreffen zum einen die finanziellen Ressourcen, die in der Interventionsgruppe höher sind und möglicherweise die Nutzung entlastender Angebote fördern, und zum anderen Teile des subjektiven Risikoprofils. Denn das Wohlbefinden ist in der Interventionsgruppe geringer und die negativen Auswirkungen der Pflege sind subjektiv stärker (beides unabhängig von den finanziellen Ressourcen) – beides jedoch nur praktisch gering bedeutsam (kleine Effektstärke). Dagegen sind subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit, positive Auswirkungen der Pflege und wahrgenommene Unterstützung gleich ausgeprägt.

Wegen der Vergleichbarkeit der Gruppen dürften die (noch zu zeigenden) Effekte von PibS daher verallgemeinerbar sein. Angesichts des etwas deutlicheren Risikoprofils der Interventionsgruppe sind die Effekte bezüglich Wohlbefinden und negative Auswirkungen möglicherweise geringfügig überschätzt, weil ein geringeres Ausgangsniveau größere Effekte zulässt als ein höheres Ausgangsniveau.

## 6 Wie bewerten die Teilnehmerinnen den Nutzen des PibS-Kurses?

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

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

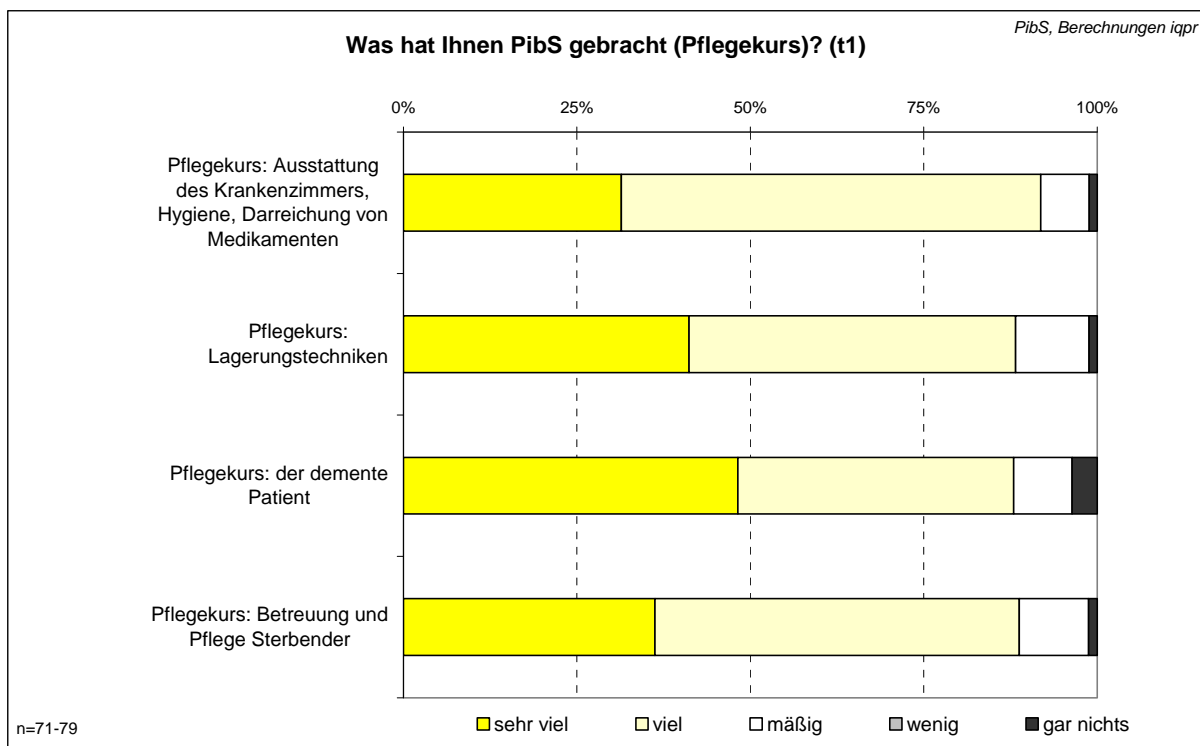
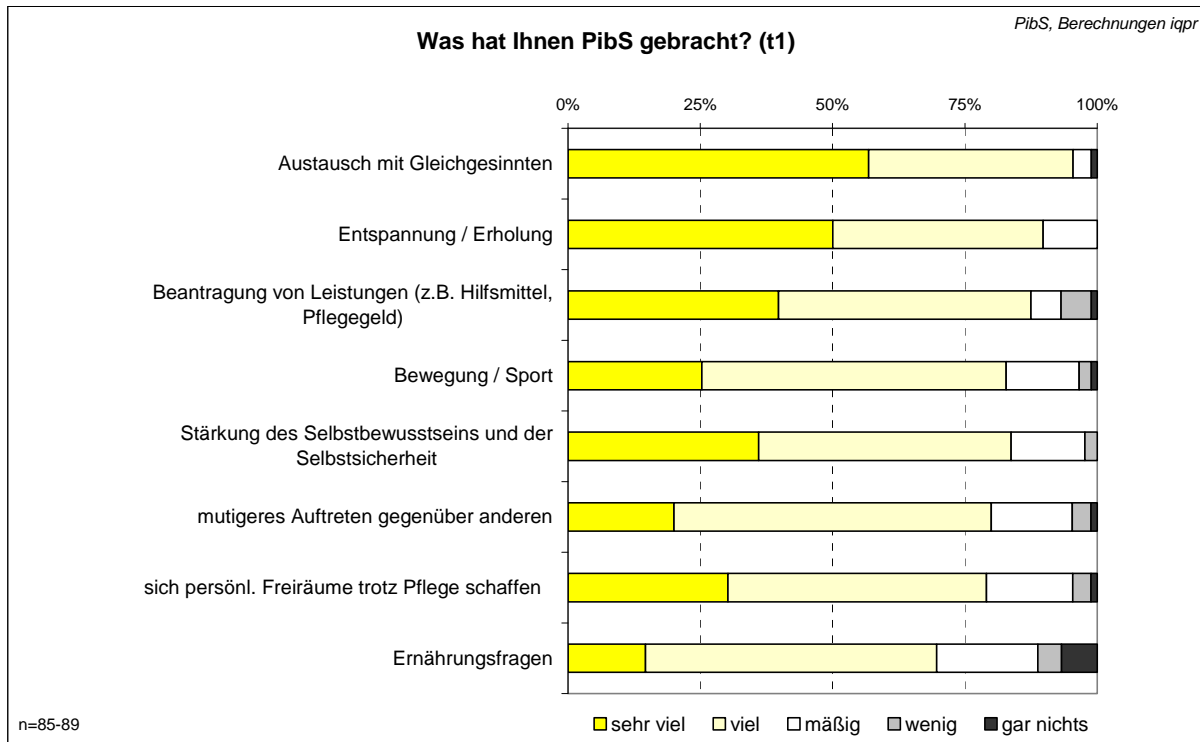


Abbildung 5: Persönlicher Nutzen des Pflegekurses bei PibS.

Neben den inhaltlichen Themen des Pflegekurses ist der Austausch mit Gleichgesinnten von zentraler Bedeutung (siehe Abbildung 6). Fast alle Personen geben an, dass dies „viel“ oder „sehr viel“ gebracht hat. Offensichtlich konnten in PibS geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den persönlichen Austausch ermöglichen. Sämtliche anderen Themen sind für die Teilnehmerinnen kaum weniger bedeutsam. PibS behandelt demnach ein Themenspektrum, das auf breite Zustimmung stößt. Marginale Verbesserungspotenziale bietet das Thema Ernährung.



**Abbildung 6: Persönlicher Nutzen von PibS (ohne Pflegekurs).**

Die insgesamt sehr positive Bewertung zeigt sich auch an dem ausgeprägten Interesse, an einem PibS-Folgekurs teilnehmen zu wollen (siehe Tabelle 11).

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

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

Allerdings nehmen im Zeitverlauf die positiven Bewertungen deutlich ab, verbleiben jedoch im Mittel jenseits der neutralen Mitte (siehe Anhang). Möglicherweise ist der Transfer des Erlernten in den Pflegealltag doch schwieriger als gedacht. Oder aber die Nutzenbewertung ist direkt im Anschluss an PibS überschätzt und wird mit zunehmendem Abstand realistischer.

Exemplarisch für eine Vielzahl positiver Rückmeldungen (siehe Anhang) drei Zitate von Teilnehmerinnen:

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

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

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

Festzuhalten bleibt eine insgesamt sehr positive Nutzenbewertung von PibS bei Maßnahme. Im Zeitverlauf trübt sich das „sehr positive“ Bild zu einem „positiven“ Bild ein.



## **7 Was wollen die Teilnehmerinnen unmittelbar nach PibS in Bezug auf das eigene Gesundheitsverhalten und die Nutzung von entlastenden Angeboten und Diensten ändern?**

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

- in Bezug auf das Gesundheitsverhalten,
- in Bezug auf die Nutzung von entlastenden Angeboten und Diensten und
- die Anzahl der Absichten je Person.

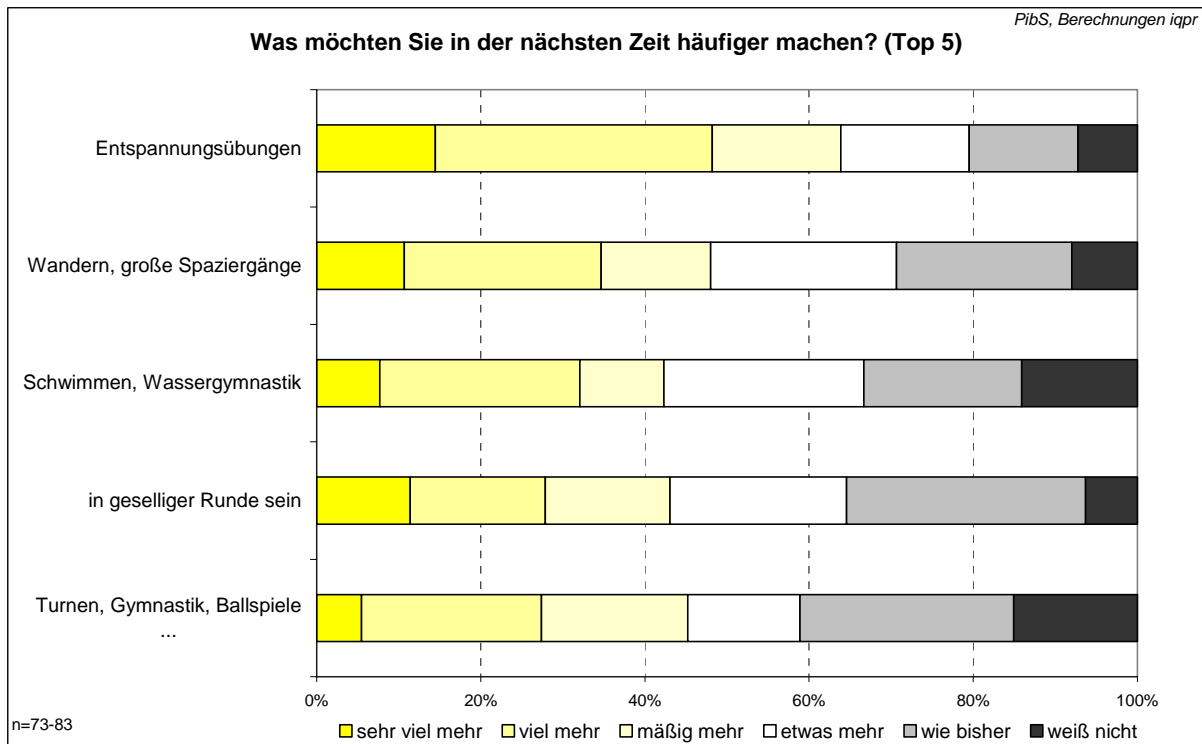
### **7.1 Gesundheitsverhalten**

Was wollen die Teilnehmerinnen an ihrem Gesundheitsverhalten ändern? Dazu wurden 11 Kategorien abgefragt, von aktiver und passiver Entspannung über soziale Kontakte bis hin zu individuellen Hobbies.

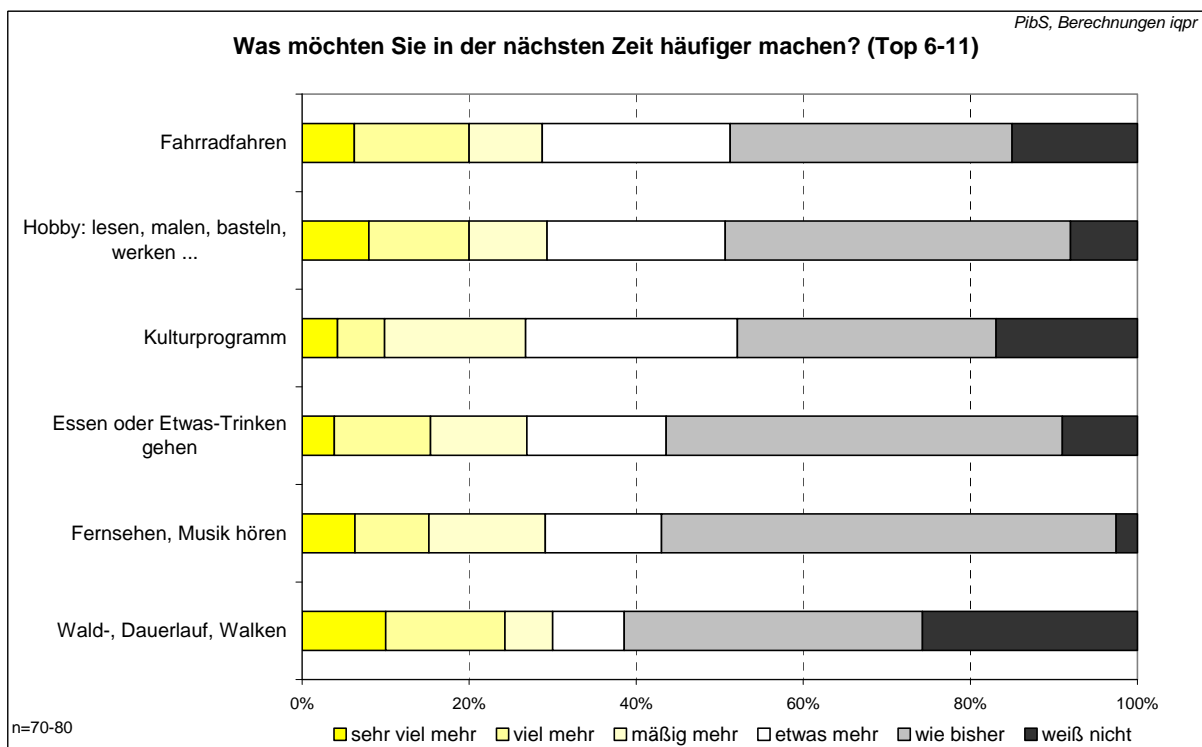
Die meisten der Teilnehmerinnen (60-80%) wollen mindestens „etwas mehr“ tun entweder bezüglich Entspannungsübungen oder Wandern oder Schwimmen/Wassergymnastik oder Geselligkeit oder Turnen (vgl. Abbildung 7).

40-50% der Teilnehmerinnen wollen mindestens „etwas mehr“ tun entweder bezüglich Fahrradfahren oder Hobby oder Kulturprogramm oder Ausgehen oder Fernsehen oder Dauerlauf/Walken (vgl. Abbildung 8).

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



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



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

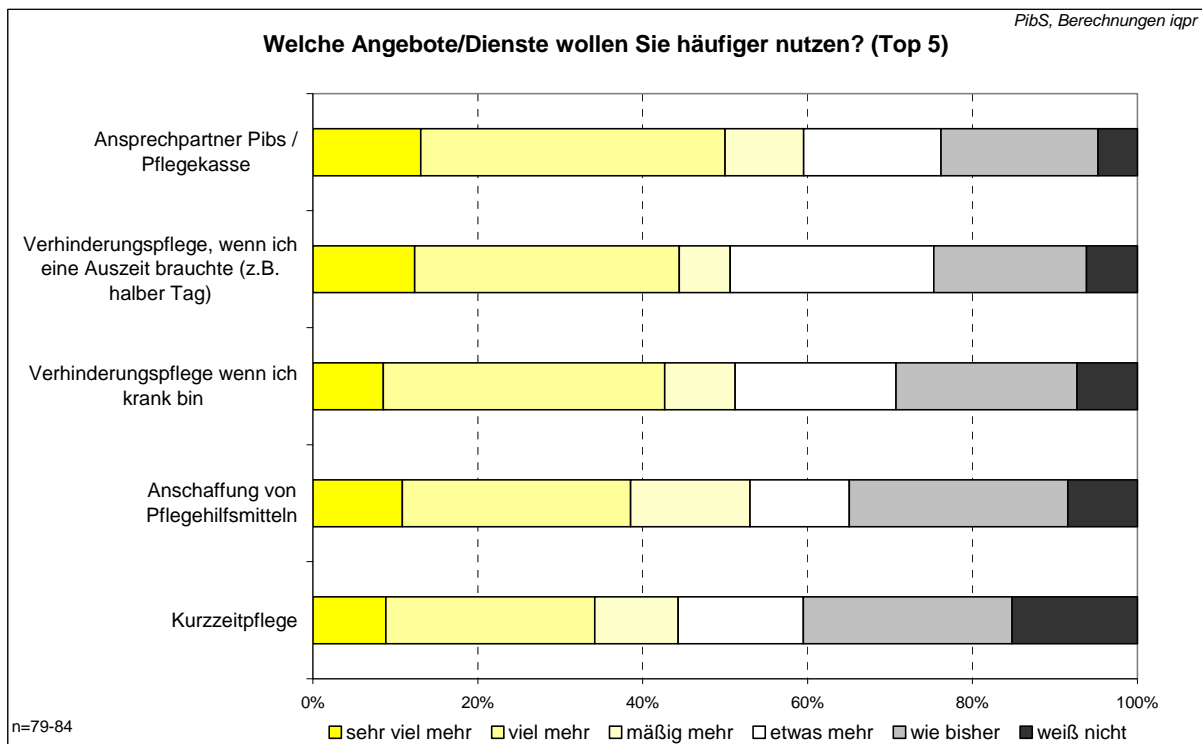
## 7.2 Nutzung von entlastenden Angeboten und Diensten

Gesundheitsförderliches Verhalten bezieht sich aber nicht nur auf das direkte Gesundheitsverhalten, sondern auch auf die Nutzung entlastender Angebote und Dienste. Dazu wurden 13 Kategorien abgefragt, von professioneller Unterstützung bis hin zu Laienhilfe.

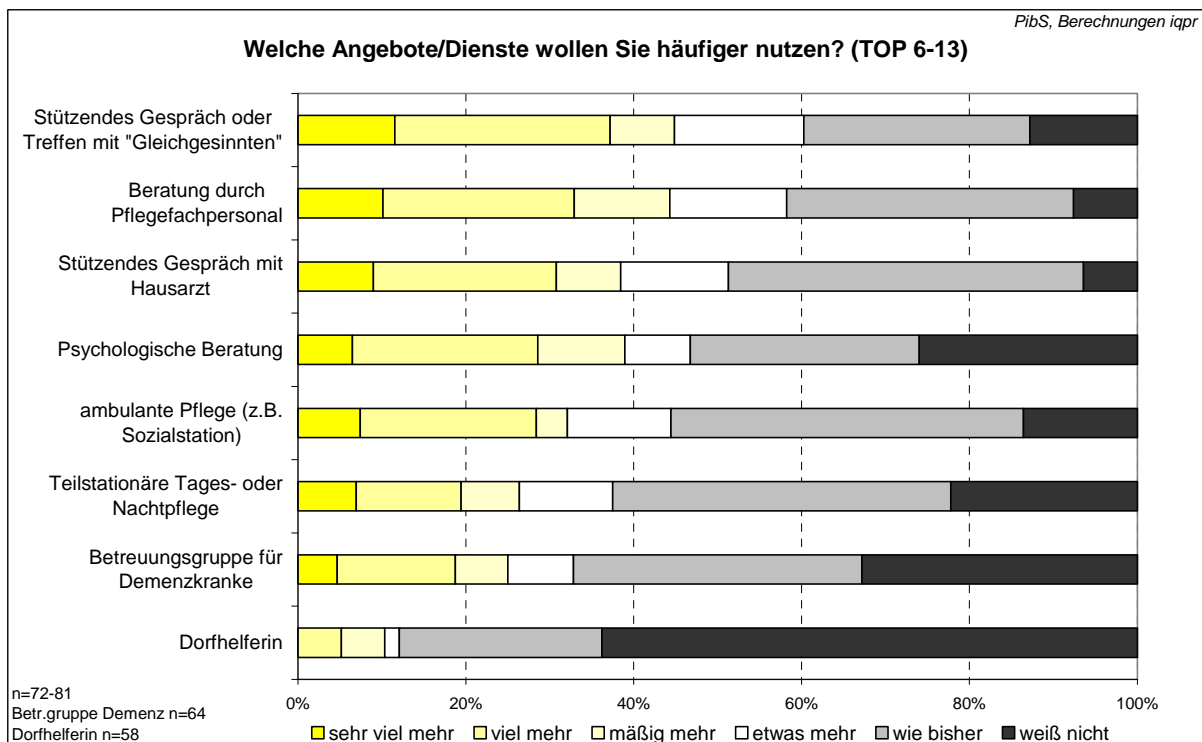
Knapp 80% der Teilnehmerinnen wollen die Ansprechperson bei PibS bzw. der Pflegekasse häufiger nutzen. Fast ebenso viele Teilnehmerinnen wollen die Verhinderungspflege (d.h. über Freunde, Familie oder Nachbarn) häufiger nutzen. Etwa 60% der Teilnehmerinnen wollen Pflegehilfsmittel anschaffen oder professionelle Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen.

Ungefähr jede zweite Person möchte häufiger Stützgespräche mit „Gleichgesinnten“, aber auch mit Profis (Hausarzt, Pflegefachpersonal, Psychologe) führen. Etwa 40% der Teilnehmerinnen wollen professionelle Pflegeleistungen häufiger nutzen. Einzelne Teilnehmerinnen möchten auch eine Betreuungsgruppe für Demenzkranke oder die Dorfhelferin nutzen.

Alles in allem ist die Bandbreite der Absichten auch hier beeindruckend. Was davon in tatsächliches Verhalten umgesetzt wird, ist Gegenstand des Kap. 9.



**Abbildung 9: Handlungsabsichten zur Nutzung von Angeboten/Diensten (Top 6-11).**



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

### 7.3 Quantität der Änderungsabsichten

In den vorherigen Ausführungen wurde dargestellt, in welchen Bereichen die Verhaltensänderung angestrebt wird. Fraglich ist nun noch, ob jede Teilnehmerin mindestens eine Absicht aus dem dargestellten Spektrum entwickelt und wenn ja, wie viele.

Bis auf ganz wenige Ausnahmen geht jede Person mit mindestens einer Absicht zur Verhaltensänderung nach Hause: über 90% der Teilnehmerinnen wollen mehr Entlastungsangebote nutzen bzw. am eigenen Gesundheitsverhalten etwas ändern. Jede zweite Person geht mit mindestens sechs Änderungsabsichten bezüglich der Nutzung von entlastenden Angeboten und fünf bezüglich des Gesundheitsverhaltens nach Hause. PibS trägt damit in beeindruckender Weise zur Absichtsbildung bei. Eine Stufe hin zu gesundheitsförderlichen und belastungsreduzierenden Verhaltensweisen ist damit genommen.

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

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

Anmerkungen; kum.=kumulierte.

## 8 Wie verändert sich die Pflegesituation im Beobachtungszeitraum?

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

In Tabelle 13 ist dargestellt, bei wie vielen Personen sich die Pflegesituation innerhalb der drei Messzeitpunkte wie oft verschlechtert hat. Die meisten Verschlechterungen sind bezüglich der Pflegebedürftigkeit aufgetreten, weil bei etwa jeder zweiten pflegebedürftigen Person mindestens einmal im Verlauf des Beobachtungszeitraumes die Hilfsbedürftigkeit, die Gedächtnisprobleme oder die Verhaltensauffälligkeiten gestiegen sind. Die finanzielle Situation und die Pflegemotivation (keine Pflegebereitschaft) sind vergleichsweise relativ stabil. Bei knapp einem Drittel der Teilnehmerinnen sind die Möglichkeiten zur Verhinderungspflege und die verfügbare Zeit mindestens einmal schlechter geworden. Außerdem ist bei etwa einem Drittel der Teilnehmerinnen mindestens einmal ein kritisches Lebensereignis<sup>14</sup> aufgetreten.

**Tabelle 13: Anzahl der Personen, bei denen sich von t2 bis t4 die Pflegesituation verschlechtert hat.**

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

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

<sup>14</sup> Frage: „Ist bei Ihnen selbst, oder ihrem Partner, Ihren Kindern, Ihren Eltern, Ihren besten Freunden [im Bezugszeitraum] eine schwere Erkrankung eingetreten oder ist in dieser Zeit jemand von diesen Verwandten oder Freunden gestorben oder haben Sie sich in dieser Zeit von einem dieser Personen aus irgendeinem Grund getrennt?“

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

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

	n	%	kum. %
0	10	13.3	13.3
1	7	9.3	22.7
2	13	17.3	40.0
3	8	10.7	50.7
4	7	9.3	60.0
5	8	10.7	70.7
6	6	8.0	78.7
7	4	5.3	84.0
8	2	2.7	86.7
9	3	4.0	90.7
10	4	5.3	96.0
11	1	1.3	97.3
12	0	0	97.3
13	2	2.7	100.0
Gesamt	75	100.0	

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

Exemplarisch hierzu ein Zitat einer Teilnehmerin (t4)

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

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

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

Unmittelbar nach dem PibS-Kurs wurden die Absichten zur Verhaltensänderung ermittelt (siehe Kap. 7). Fraglich ist, was von diesen Absichten in tatsächliches Verhalten umgesetzt wird. Die nachfolgenden Auswertungen ermitteln für alle 75 Teilnehmerinnen<sup>15</sup> zu den verschiedenen Messzeitpunkten die Häufigkeit des tatsächlichen Verhaltens, sofern nach dem PibS-Kurs in Bezug auf dieses Verhalten eine Änderungsabsicht formuliert wurde. Die Ergebnisse sind schematisch dargestellt (Werte im Anhang, Tabelle 27): Ein Pfeil bedeutet eine „kleine“ Veränderung (bei einem eingeklammerten Pfeil ist die Veränderung zwar ähnlich deutlich, aber statistisch nur mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < .10$  abgesichert), zwei Pfeile eine „mittelgroße“ Veränderung. Das Ausgangsniveau zu t0 (also bei Kursbeginn) ist ebenfalls angegeben. Dabei steht die 5 für täglich, die 4 für fast täglich, die 3 für wöchentlich, die 2 für zweiwöchentlich, die 1 für seltener und die 0 für nie. Das Gesundheitsverhalten ist in Tabelle 15 und die Nutzung von Angeboten und Diensten ist in Tabelle 16 dargestellt.

**Tabelle 15: Gesundheitsverhalten im Zeitverlauf.**

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

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

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

<sup>15</sup> Ausgeschlossen werden diejenigen, die bei t2 endgültig ausgeschieden sind.



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

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

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

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

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

Trends in einer Gruppe schließen jedoch individuelle Erfolge nicht aus:

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

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

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

Als Erfolgsgrößen werden analysiert

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

### 10.1 Vorüberlegungen

Die Ergebnisse werden für die Gesamtgruppe<sup>16</sup> dargestellt sowie für folgende Teilgruppen:

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

zu 1)

Profitieren Personen mit einer hohen objektiven Pflegeausgangsbelastung stärker als solche mit geringer Ausgangsbelastung? Und in welchen Dimensionen? Um dies zu beantworten, werden die Personen anhand der objektiven Pflegebelastung zu t0 in zwei Gruppen eingeteilt: Eine überdurchschnittliche Pflegebelastung ist gegeben,

- wenn Pflegestufe III bzw. III mit Härtefall vorliegt oder
- wenn die Diagnose Demenz vorliegt
- wenn der Disability-Index höher als 12 ist (entspricht dem 75%-Perzentil).

Nach diesen Kriterien sind 39 PibS-Teilnehmerinnen einer überdurchschnittlichen Pflegebelastung bei t0 ausgesetzt. Die verbleibenden 36 Personen einer unterdurchschnittlichen Pflegebelastung.

---

<sup>16</sup> Alle Teilnehmerinnen ohne Drop bei t2 (n=75).

zu 2)

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

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

- pflegende Personen mit stabilem Pflegeverlauf sind jünger als Personen mit zunehmender Pflegebelastung (60 zu 66 Jahre) ( $T(73)=2.52$ ,  $p=.014$ ,  $d=.58$ ).
- Personen mit hoher Ausgangsbelastung haben deutlich häufiger unmittelbar vor PibS ein kritisches Lebensereignis verarbeiten müssen als Personen mit niedriger Ausgangsbelastung ( $T(68)=3.15$ ,  $p=.002$ ,  $d=.80$ ).

Das Ausgangsniveau der Erfolgsindikatoren wurde bereits in Kap. 5 beschrieben. Für die folgenden Analysen im Zeitverlauf ist es von Bedeutung, ob sich die Gruppen 1) und 2) im Ausgangsniveau der Erfolgsindikatoren unterscheiden. Sollte dies der Fall sein, so ist das unterschiedliche Niveau wenn nicht statistisch zumindest interpretativ zu berücksichtigen. Denn dasselbe Ausmaß an Veränderungen ist von einem hohen Niveau ausgehend schwieriger zu erreichen als von einem niedrigen Niveau ausgehend. Bezüglich der Pflegebelastung zu t0 sowie bezüglich des Pflegeverlaufs besteht kein statistisch signifikanter Unterschied in den Erfolgsindikatoren zu t0 (Werte siehe Anhang, Tabelle 28 und Tabelle 29). Insofern können die Befunde ohne Kontrolle des Ausgangsniveaus dargestellt und interpretiert werden.

## 10.2 Ergebnisse und Interpretation

Nachfolgend sind die Ergebnisse schematisch dargestellt: 1) für die Gesamtgruppe, 2) unterteilt nach Pflegeausgangsbelastung und 3) unterteilt nach Pflegebelastung im Verlauf. Die Veränderung der einzelnen Erfolgsindikatoren wird jeweils in Bezug auf das Ausgangsniveau t0 bezogen. Eine „kleine Veränderung“ wird mit einem Pfeil dargestellt, eine „mittel bedeutende“ Veränderung mit zwei Pfeilen und eine „große Veränderung“ mit drei Pfeilen. Sämtliche Veränderungen sind statistisch signifikant, Veränderungen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von maximal 10% ( $p < .10$ ) sind eingeklammert. Bei Steigerungen wird der Pfeil nach oben verwendet.

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

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

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

Ein ausführliches Lesebeispiel anhand des subjektiven Gesundheitszustandes:

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

Das Wohlbefinden der PibS-Teilnehmerinnen ist im Vergleich zum Ausgangsniveau fast im kompletten Beobachtungszeitraum erhöht. Die Effekte sind kurzfristig bedeutsamer als mittel- und langfristig. Im Gegensatz zum Gesundheitszustand können auch Personen mit niedriger Pflegeausgangsbelastung sowie Personen mit zunehmender Pflegebelastung das Wohlbefinden steigern.

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

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

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

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

Wie sind diese Befunde zu bewerten?

In der Gesamtgruppe können in fast allen Erfolgsdimensionen (bis auf die wahrgenommene soziale Unterstützung) zum Teil deutliche Effekte erzielt werden. Allerdings nehmen die Effektstärken mit zunehmendem Maßnahmeabstand ab und erreichen vielfach nach einem halben Jahr wieder das Ausgangsniveau. Dies ist auch bei einem konzeptionell vergleichbaren Kurs der LSV NOS zu beobachten (vgl. Hetzel, 2010). Allerdings sei betont, dass das Stabilisieren des Ausgangsniveaus insbesondere bei zunehmender Pflegebelastung als Erfolg zu werten ist. Insofern ist es beeindruckend, dass in keiner Dimension das Ausgangsniveau unterschritten wird. Nachsorgerische Maßnahmen könnten die Effekte stabilisieren. Möglicherweise könnten bereits niedrigschwellige Maßnahmen wie z.B. Angehörigengruppen oder postalisch-telefonische Kontakte ausreichen. Die Wirkung von Angehörigengruppen im Sinne der Selbsthilfe ist belegt (vgl. Trojan, 1986; Borgetto, 2007) und würde voraussichtlich von den PibS-Teilnehmerinnen akzeptiert sein (vgl. Hetzel, 2010). Die Akzeptanz äußerte auch eine Teilnehmerin:

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

Die deutlichsten Effekte bestehen bezüglich der Gesundheitsdimensionen (subjektiver Gesundheitszustand, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit). Allerdings ist die Gruppe nicht homogen. Personen mit geringer Ausgangsbelastung können im Gegensatz zu Personen mit hoher Ausgangsbelastung den subjektiven Gesundheitszustand und die Lebenszufriedenheit nicht steigern, obwohl das Ausgangsniveau identisch ist. Überraschender Weise ist es beim Wohlbefinden tendenziell umgekehrt: bei geringer Pflegeausgangsbelastung sind Steigerun-

gen deutlicher als bei hoher. Auch bezüglich der subjektiven Belastungssituationen unterscheiden sich die Effekte in Bezug auf das Ausgangsniveau der Pflegebelastung. Bezüglich der positiven Auswirkungen der Pflege profitieren nur hoch belastete pflegende Personen. Die negativen Auswirkungen können zwar auch gesenkt werden, aber deutlicher gelingt dies bei Personen mit geringer Pflegeausgangsbelastung.

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

Folgendes Zitat untermauert diese Argumentation (t2):

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

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



kritisches Lebensereignis zurückliegt als bei den gering belasteten (siehe Kap. 10.1) und sich die Verarbeitung im PibS-Kurs auf eine Steigerung der subjektiven Gesundheit auswirkt.

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

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

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

Aus methodischer Sicht könnten weitere Analysen die Befunde fundieren. So werden die Entwicklungen jeweils in Bezug auf das Ausgangsniveau analysiert. Die Bezüge zu den vorhergehenden Messzeitpunkten werden damit nicht berücksichtigt, obwohl diese möglicherweise eine eigenständige Wirkung haben. Auch die Analyse des Pflegeverlaufs ist durch die zweistufige Gruppeneinteilung stark vereinfacht. Nicht zuletzt bergen die Analysen aufgrund des paarweisen Fallausschlusses Interpretationsrisiken. Das bedeutet, dass den einzelnen Messzeitpunkten wegen der Drop-Outs unterschiedliche Fallzahlen zugrunde liegen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass dem keine Systematik zugrunde liegt, weil Ausgangsniveau und Teilnehmerinnenstruktur in beiden Gruppen gleich sind (siehe Anhang). Die skizzierten Perspektiven setzen jedoch größere Fallzahlen und komplexere statistische Verfahren voraus.

## Literatur

- Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S. & Whitlatch, C. (1995). *Profiles in Caregiving. The Unexpected Career*. London: Academic Press.
- Balck, F., Tchitchekian, G. & Berth, H. (2008). Bewältigungsstrategien von Angehörigen schwer körperlich Erkrankter. In Bals, T., Hanses, A. & Melzer, W. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings, ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten (65-77)*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2000). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Borgetto, B. (2007). Wirkungen und Nutzen von Selbsthilfegruppen. *Public Health Forum*, 15, 6-8.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. (2005). *Statistik*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bundesministerium für Gesundheit (2007). *Pflegen zu Hause. Ratgeber für die häusliche Pflege*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit (2007). *Wenn das Gedächtnis nachlässt. Ratgeber: von der Diagnose bis zur Betreuung*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Christiansen, G. (2001). *Evaluation - ein Instrument in der Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ [u.a.]: Erlbaum.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2005). *Pflegende Angehörige, DEGAM-Leitlinie Nr. 6*. Düsseldorf: Omikron Publishing.
- Döhner, H., Kofahl, C., Lüdecke, D. & Mnich, E. (2007). *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage (Eurofamcare). The National Survey Report for Germany*. Hamburg: Institute for Medical Sociology.
- Ducki, A. (2000). *Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit*. Zürich: vdf Hochschulverl.
- Geisler, D. & Wilms, S. (1999). Pflegende Angehörige und der Hausarzt. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 75, 750-754.
- Grässel, E. (1998). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 57-62.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Interventionsansätze in der häuslichen Pflege (aus Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2005). .....	11
Abbildung 2: Schematische Darstellung des angenommenen Zusammenhangs zwischen Erfolg und Pflegebelastung. ....	16
Abbildung 3: Wirkungsmodell als Grundlage der Evaluation von PibS (ausführlich siehe Anhang).....	17
Abbildung 4: Die Erhebungszeitpunkte im Rahmen des Panel-Designs mit Vergleichsgruppe $t_0$ . ....	20
Abbildung 5: Persönlicher Nutzen des Pflegekurses bei PibS. ....	30
Abbildung 6: Persönlicher Nutzen von PibS (ohne Pflegekurs). ....	31
Abbildung 7: Handlungsabsichten zum Gesundheitsverhalten (Top 5). ....	34
Abbildung 8: Handlungsabsichten zum Gesundheitsverhalten (Top 6-11). ....	34
Abbildung 9: Handlungsabsichten zur Nutzung von Angeboten/Diensten (Top 6-11). ....	36
Abbildung 10: Handlungsabsichten zur Nutzung von Angeboten/Diensten (Top 6-13). ....	36

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der anerkannt pflegebedürftigen und ambulant versorgten Personen bei der LSV HRS im ersten Quartal 2011 (aus LSV HRS, 2011).....	15
Tabelle 2: Überblick über die PibS-Kurse der Evaluation. ....	19
Tabelle 3: Zusammensetzung der Interventionsgruppe. ....	21
Tabelle 4: Bedürfnisse des Angehörigen, Teil 1.....	23
Tabelle 5: Bedürfnisse des Angehörigen, Teil 2.....	24
Tabelle 6: Situation der pflegenden Person, Teil 1. ....	26
Tabelle 7: Situation der pflegenden Person, Teil 2. ....	27
Tabelle 8: Situation der pflegenden Person, Teil 3. ....	27
Tabelle 9: Finanzielle Ressourcen. ....	28
Tabelle 10: Verfügbarkeit von Hilfsangeboten. ....	28
Tabelle 11: Würden Sie an einem PibS-Folgekurs teilnehmen (t1)? .....	31
Tabelle 12: Anzahl der Personen mit Absichten zur Verhaltensänderung. ....	37
Tabelle 13: Anzahl der Personen, bei denen sich von t2 bis t4 die Pflegesituation verschlechtert hat. ....	38
Tabelle 14: Anzahl der Personen mit 0,1, ... Situationsverschlechterungen von t2 bis t4. ....	39

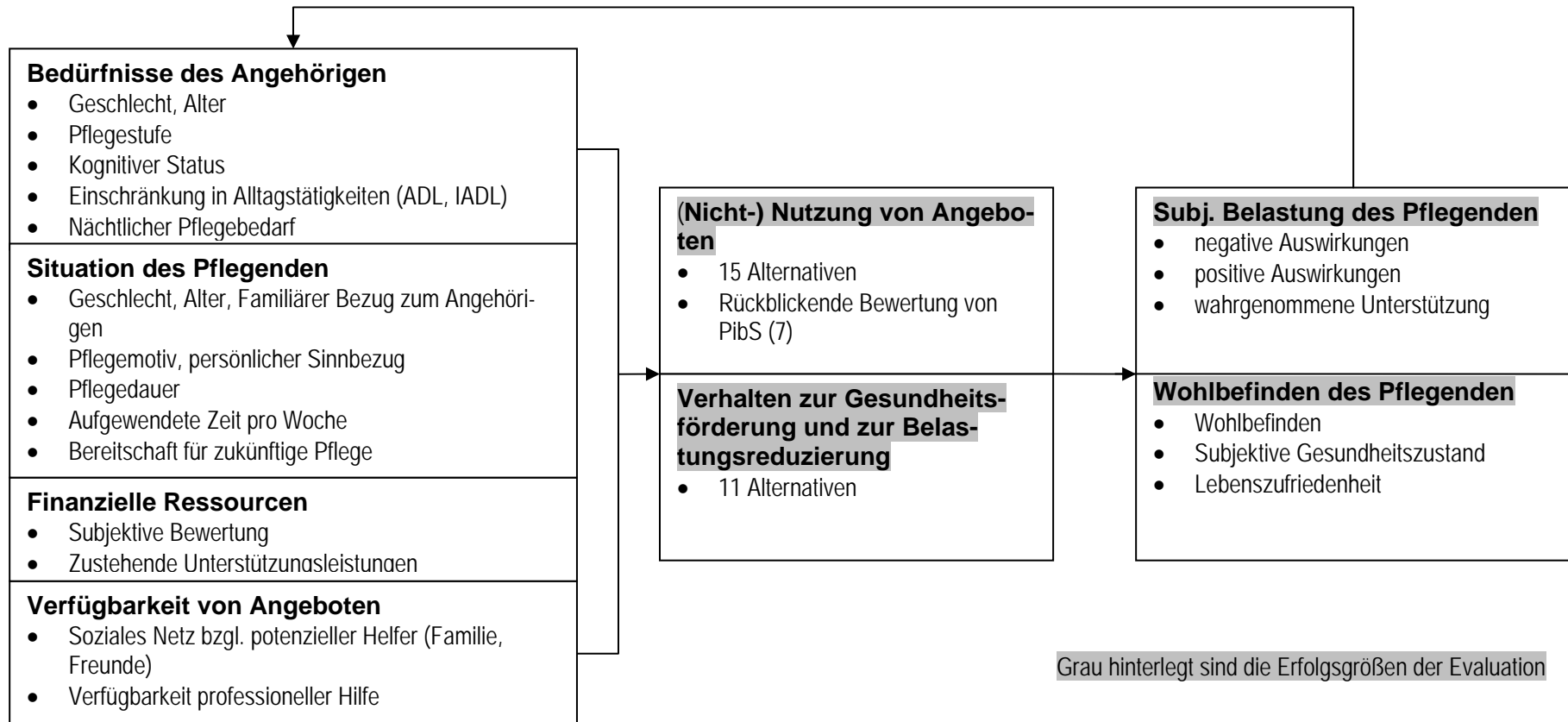
Tabelle 15: Gesundheitsverhalten im Zeitverlauf.....	40
Tabelle 16: Nutzung von Angeboten und Diensten im Zeitverlauf.....	41
Tabelle 17: Veränderungen der Gesundheit und der subjektiven Belastungen im Zeitverlauf.....	45
Tabelle 18: Kontrollvariablen für das Bedingungsgefüge Häusliche Pflege.....	56
Tabelle 19: Variablenplan, zugeordnet zu den verschiedenen Messzeitpunkten.....	56
Tabelle 20: Überblick über die Skalen und Items.....	57
Tabelle 21: Interne Konsistenz und Dimensionalität der Skalen.....	58
Tabelle 22: Vergleich der Kliniken.....	59
Tabelle 24: Patientenzufriedenheit.....	59
Tabelle 24: Vergleich der Teilnehmerinnen nach Drop-Out.....	60
Tabelle 25: Vergleichs- und Interventionsgruppe, Zwischensubjekteffekte von finanzielle Ressourcen bezüglich Wohlbefinden und negative Auswirkungen der Pflege.....	61
Tabelle 27: Nutzenbewertung im Zeitverlauf.....	61
Tabelle 27: Veränderung des Gesundheitsverhaltens und der Nutzung von entlastenden Angeboten/Diensten.....	62
Tabelle 28: Ausgangsniveau der Erfolgsindikatoren nach Pflegebelastung zu t0.....	64
Tabelle 29: Ausgangsniveau der Erfolgsindikatoren nach Pflegeverlauf.....	64
Tabelle 31: Veränderungen der Gesundheit in der Gesamtgruppe.....	64
Tabelle 32: Veränderungen der Gesundheit nach Pflegeausgangsbelastung.....	65
Tabelle 33: Veränderungen der Gesundheit nach Pflegeverlauf.....	66

## Anhang

- A.1 Wirkungsmodell der Evaluation
- A.2 Überblick über das Frageprogramm
- A.3 Skalenanalyse
- A.4 Interventionsintegrität zwischen den beiden Kliniken
- A.5 Drop-Out-Analyse
- A.6 Vergleichs- und Interventionsgruppe
- A.7 Statistiken zur Veränderung der Nutzenbewertung
- A.8 Statistiken zur Veränderung des Verhaltens
- A.9 Statistiken zur Veränderung der Gesundheit
- A.10 Qualitative Rückmeldungen der Teilnehmerinnen

## A.1 Wirkungsmodell der Evaluation

### PibS - Wirkungsmodell



## A.2 Überblick über das Frageprogramm

Tabelle 18: Kontrollvariablen für das Bedingungsgefüge Häusliche Pflege.

Pflegende Person	Pflegebedürftige Person	Rahmenbedingungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschlecht</li> <li>• Alter</li> <li>• Familiärer Bezug zum Angehörigen</li> <li>• Pflegemotiv, persönlicher Sinnbezug</li> <li>• Pflegebeginn</li> <li>• Aufgewendete Zeit pro Woche</li> <li>• Bereitschaft für zukünftige Pflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschlecht</li> <li>• Alter</li> <li>• Pflegestufe</li> <li>• Kognitiver Status</li> <li>• Einschränkung in Alltagsaktivitäten (Barthel-Index, IADL, Disability-Index)</li> <li>• Nächtlicher Pflegebedarf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziales Netz bzgl. potenzieller Helfer (Familie, Freunde)</li> <li>• Verfügbarkeit professioneller Hilfe</li> <li>• Zustehende Unterstützungsleistungen</li> <li>• Finanzielle Situation</li> </ul>

Tabelle 19: Variablenplan, zugeordnet zu den verschiedenen Messzeitpunkten.

Variablen	t <sub>0</sub> , vor	t <sub>1</sub> , nach	t <sub>2</sub> , 1Mo	t <sub>3</sub> , 3Mo	t <sub>4</sub> , 6Mo
<b>Hauptzielgrößen</b> - Gesundheitsindikatoren (subjektiver Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden) - Pflegebelastung (positive, negative Auswirkungen, wahrgenommene Unterstützung) - Verhalten zur Gesundheitsförderung - Nutzung von Angeboten	X	--	X	X	X
<b>Absichten zur Verhaltensänderung bzgl.</b> - Nutzung von entlastenden Angeboten - Bewegung - Erholung	--	X	--	--	--
<b>Bewertung des PibS-Kurses</b>	--	X	X	X	X
<b>Kontrollvariablen</b> - Pflegende Person - Pflegebedürftige Person - Rahmenbedingungen	X	--	--	--	--
<b>Wesentliche Veränderungen der Kontrollvariablen</b>	--	--	X	X	X



**Tabelle 20: Überblick über die Skalen und Items.**

Name	Zeit	Range	Anzahl Items	Herkunft
<b>Befinden, Verhalten, Nutzung von Angeboten</b>				
Subjektive Gesundheit	t0-t4	1-7	11	
Lebenszufriedenheit	t0-t4	1-7	5	
Wohlbefinden	t0-t4	0-5	5	WHO, 1998
Häufigkeit der genutzten Angebote	t0-t4	0-5	11	
Häufigkeit ges.förderlicher Verhaltensweisen	t0-t4	0-5	11	
Negative Auswirkungen der Pflege	t0-t4	1-4	7	McKee, 2003
Positive Auswirkungen der Pflege	t0-t4	1-4	4	McKee, 2003
Wahrgenommene Unterstützung	t0-t4	1-4	4	McKee, 2003
Subjektiv wahrgenommene Effekte durch PibS	t0-t4	1-5	12	
<b>Bedürfnisse des Angehörigen</b>				
Kognitiver Status (Demenz)	t0	0-3	2	
Barthel-Index (ADL)	t0	0-100	10	Mahoney, 1965
IADL	t0	0-6	7	
Disability Index	t0	0-17	17	Döhner, 2007
Anzahl der Nächte	t0		1	
Pflegedauer pro Tag	t0		1	
Pflegedauer insgesamt	t0		1	
Alter	t0		1	
Geschlecht	t0		1	
Familienstand	t0		1	
Pflegestufe	t0		1	
Sonstiges				
Bereitschaft zu PibS-Folgkurs	t1		1	
Patientenzufriedenheit (ZUF 8)	t1	0-32	8	

### A.3 Skalanalyse

Zur Prüfung der Reliabilität der Skalen wird eine interne Konsistenzanalyse durchgeführt (Cronbach Alpha für Items zu t0, listenweiser Fallauschluss). Als „unzureichend“ wird ein Alpha-Koeffizient kleiner .60 bezeichnet, „gering bis zufrieden stellend“ zwischen .60 und .80, „gut“ größer als .80. Bei Skalen mit relativ wenigen Items gilt ein alpha zwischen .60 und .70 als „akzeptabel“. Ergänzend wird faktorenanalytisch geprüft, ob die Skala eindimensional ist (Kriterium: Knick im Scree-Plot) (vgl. Bortz, 1995).

**Tabelle 21: Interne Konsistenz und Dimensionalität der Skalen.**

Name	Range	Anzahl Items	N	alpha	eindimensional
Wohlbefinden	0-5	5	207	.89	ja
Negative Auswirkungen der Pflege	1-4	7	195	.80	ja
Positive Auswirkungen der Pflege	1-4	4	212	.64	ja
Wahrgenommene Unterstützung	1-4	4	176	.73	ja
Patientenzufriedenheit (ZUF8)	0-32	8	86	.86	ja
Barthel-Index (ADL)	0-100	10	237	.88	ja
IADL	0-6	7	237	.70	ja
Disability Index	0-17	17	237	.89	ja
Nutzen von PibS	1-5	12	69	.87	ja

Im Ergebnis sind alle Skalen mindestens als „akzeptabel“ zu werten und damit zuverlässig für die weiteren Analysen einsetzbar.

## A.4 Interventionsintegrität zwischen den beiden Kliniken

Nachfolgend wird die Netto-Interventionsgruppe unter folgender Fragestellung untersucht: Unterscheiden sich die Teilnehmerinnen je nach Klinik? Bei bedeutsamen Unterschieden ist zu diskutieren, ob die Einflüsse der Kliniken bei den weiteren Analysen kontrolliert werden müssen. Es liegen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Kliniken bezüglich der Teilnehmerinnen vor. Insofern ist Interventionsintegrität anzunehmen. Der Einfluss der beiden Kliniken muss mit Blick auf weitere Analysen nicht kontrolliert werden.

**Tabelle 22: Vergleich der Kliniken.**

	Rangsumme	Z	p
t0_subjektive Gesundheit	780.5	-.779	.436
t0_Lebenszufriedenheit	749.5	-1.479	.139
t0_Wohlbefinden	701.0	-1.085	.278
t0_Positive Auswirkungen der Pflege	909.0	-.159	.874
t0_Negative Auswirkungen der Pflege	834.5	-.213	.831
t0_Wahrgenommene Unterstützung	762.5	-1.283	.199
t0_Disability Index	871.5	-.479	.632
t0_Barthel-Index (ADL)	866.0	-.525	.599
t0_IADL-Index	872.5	-.485	.628
Alter der gepflegten Person	892.0	-.156	.876
Pflegedauer	795.0	-1.198	.231
Alter der pflegenden Person	894.0	-.502	.616
Geschlecht der pflegenden Person	889.5	-.946	.344
t1_Patientenzufriedenheit_zuf8	814.0	-.698	.485
t1_Nutzen	840.5	-.812	.417

Anmerkungen: Mann-Whitney-U-Test für Klinik Lohrey (n=36) und Gesundheits-Zentrum Saarschleife (n=53), Z = Testgröße, p = Irrtumswahrscheinlichkeit.

Nachfolgende die Deskription der Patientenzufriedenheit im Vergleich der beiden Kliniken (je höher der Wert, umso zufriedener). Das Niveau ist hoch und in beiden Kliniken gleich.

**Tabelle 23: Patientenzufriedenheit.**

		Klinik	
		Klinik Lohrey	Gesundheits-Zentrum Saarschleife
t1_Patientenzufriedenheit_zuf8	Mittelwert	29.29	28.37
	Standardabweichung	2.52	3.54
	Minimum	22	19
	Maximum	32	32
	Perzentil 25	28	25
	Median	30	30
	Perzentil 75	31	31

## A.5 Drop-Out-Analyse

Nachfolgend wird die Netto-Interventionsgruppe unter folgender Fragestellung untersucht: Unterscheiden sich die Personen, die an allen Messzeitpunkten durchgängig teilgenommen haben, systematisch von den Personen, die bei mindestens einem Messzeitpunkt nicht teilgenommen haben? Zur Definition der Gruppen siehe Kap. 4. Bei bedeutsamen Unterschieden ist zu diskutieren, ob die Drop-Outs innerhalb der Interventionsgruppe gesondert analysiert werden müssen. Es liegen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Kliniken bezüglich der Teilnehmerinnen vor. Eine Tendenz ( $p < .10$ ) ist bezüglich Disability-Index und der Subdimension Barthel-Index zu erkennen. Demnach liegt in der Drop-Out/Missing-Gruppe tendenziell eine höhere Pflegebedürftigkeit der zu pflegenden Person vor.

**Tabelle 24: Vergleich der Teilnehmerinnen nach Drop-Out.**

	Rangsumme	Z	p
t0_subjektive Gesundheit	815.5	-.542	.588
t0_Lebenszufriedenheit	757.0	-1.517	.129
t0_Wohlbefinden	749.0	-.811	.417
t0_Positive Auswirkungen der Pflege	840.5	-.974	.330
t0_Negative Auswirkungen der Pflege	822.5	-.627	.531
t0_Wahrgenommene Unterstützung	885.0	-.437	.662
t0_Disability Index	742.0	-1.757	.079
t0_Barthel-Index (ADL)	742.5	-1.751	.080
t0_IADL-Index	812.0	-1.202	.229
Alter der gepflegten Person	806.5	-1.067	.286
Pflegedauer	912.5	-.361	.718
Alter der pflegenden Person	838.5	-1.130	.259
Geschlecht der pflegenden Person	938.5	-.529	.597
t1_Patientenzufriedenheit_zuf8	868.5	-.421	.674
t1_Nutzen	879.5	-.639	.523

Anmerkungen: Mann-Whitney-U-Test für zwei Gruppen: durchgängige Teilnahme (n=39), Drop-Out/Missing (n=50), Z = Testgröße, p = Irrtumswahrscheinlichkeit.

## A.6 Vergleichs- und Interventionsgruppe

**Tabelle 25: Vergleichs- und Interventionsgruppe, Zwischensubjekteffekte von finanzielle Ressourcen bezüglich Wohlbefinden und negative Auswirkungen der Pflege.**

Tests der Zwischensubjekteffekte (Vergleichsgruppe n=133, Interventionsgruppe n=77)

Abhängige Variable:t0\_Wohlbefinden

Quelle	Quadratsumme		Mittel der Quad-			Partielles Eta- Quadrat <sup>b</sup>
	vom Typ III	df	rate	F	p	
Korrigiertes Modell	30.386 <sup>a</sup>	2	15.193	11.370	.000	.099
Konstanter Term	.198	1	.198	.148	.701	.001
Finanzielle Ressourcen	26.372	1	26.372	19.737	.000	.087
Gruppe	7.323	1	7.323	5.481	.020	.026
Fehler	276.586	207	1.336			
Gesamt	1118.746	210				
Korrigierte Gesamtvariation	306.972	209				

a. R-Quadrat = .099 (korrigiertes R-Quadrat = .090)

b. Eta-Quadrat: kleiner Effekt (.01 bis .06), mittel (.06 - .16)

Tests der Zwischensubjekteffekte (Vergleichsgruppe n=135, Interventionsgruppe n=79)

Abhängige Variable:t0\_Negative Auswirkungen der Pflege

Quelle	Quadratsumme		Mittel der Quad-			Partielles Eta- Quadrat <sup>b</sup>
	vom Typ III	df	rate	F	p	
Korrigiertes Modell	3.030 <sup>a</sup>	2	1.515	5.965	.003	.054
Konstanter Term	51.675	1	51.675	203.491	.000	.491
Finanzielle Ressourcen	2.292	1	2.292	9.026	.003	.041
Gruppe	1.266	1	1.266	4.984	.027	.023
Fehler	53.582	211	.254			
Gesamt	898.820	214				
Korrigierte Gesamtvariation	56.611	213				

a. R-Quadrat = .054 (korrigiertes R-Quadrat = .045)

b. Eta-Quadrat: kleiner Effekt (.01 bis .06), mittel (.06 - .16)

## A.7 Statistiken zur Veränderung der Nutzenbewertung

**Tabelle 26: Nutzenbewertung im Zeitverlauf.**

	Gepaarte Differenzen					
			T	df	p	d
	M	SD				
t1_Nutzen - t2	.33	.39	6.69	65	.000	.82
t1_Nutzen - t3	.64	.53	8.74	52	.000	1.20
t1_Nutzen - t4	.54	.45	8.31	47	.000	1.20

## A.8 Statistiken zur Veränderung des Verhaltens

**Tabelle 27: Veränderung des Gesundheitsverhaltens und der Nutzung von entlastenden Angeboten/Diensten.**

	M <sub>t0</sub>	Gepaarte Differenzen		T	df	p	d	Relative Differenz von M (%)
		M	SD					
Wandern, große Spaziergänge								
t0 – t2	.74	-.52	1.48	-2.58	53	.013	.35	10.4
t0 – t3		-.30	1.68	-1.17	43	.249		
t0 – t4		-.48	1.57	-1.92	39	.063	.30	9.5
Wald-, Dauerlauf, Walken								
t0 – t2	.69	-.18	1.17	-.96	38	.343		
t0 – t3		-.22	1.84	-.67	31	.507		
t0 – t4		-.22	1.13	-1.10	31	.281		
Fahrradfahren								
t0 – t2	.83	.11	1.24	.66	53	.513		
t0 – t3		-.10	1.46	-.42	41	.675		
t0 – t4		-.44	1.40	-2.01	40	.051	.31	8.8
Schwimmen, Wassergymnastik								
t0 – t2	.54	-.10	1.02	-.70	49	.489		
t0 – t3		-.28	1.00	-1.66	35	.106	.28	5.6
t0 – t4		-.35	1.01	-2.12	36	.041	.35	7.0
Turnen, Gymnastik, Ballspiele ...								
t0 – t2	1.07	-.07	.82	-.55	43	.583		
t0 – t3		.14	1.48	.56	35	.576		
t0 – t4		-.22	1.12	-1.19	35	.244		
Entspannungsübungen								
t0 – t2	.87	-.92	2.02	-3.34	52	.002	.46	18.5
t0 – t3		-.30	1.91	-1.03	43	.311		
t0 – t4		-.29	1.93	-.96	41	.343		
Fernsehen, Musik hören								
t0 – t2	3.85	-.33	1.52	-1.68	60	.098	.22	6.6
t0 – t3		-.16	1.74	-.66	48	.514		
t0 – t4		-.28	1.82	-1.05	45	.298		
Hobby: lesen, malen, basteln, werken ...								
t0 – t2	2.45	-.18	2.15	-.63	54	.534		
t0 – t3		-.24	2.02	-.81	44	.422		
t0 – t4		-.05	2.33	-.13	42	.896		
in geselliger Runde sein								
t0 – t2	1.42	-.58	1.21	-3.56	54	.001	.48	11.6
t0 – t3		-.23	1.11	-1.45	46	.154		
t0 – t4		-.34	1.24	-1.83	43	.075	.28	6.8
Kulturprogramm								
t0 – t2	.88	-.02	.99	-.15	42	.878		
t0 – t3		.00	1.01	.00	35	1.000		
t0 – t4		.06	.95	.37	31	.712		
Essen oder Etwas-Trinken gehen								
t0 – t2	1.08	.11	1.14	.72	52	.472		
t0 – t3		.07	1.07	.42	43	.673		
t0 – t4		-.12	1.08	-.73	40	.473		

Anmerkung: T-Test für abh. Stichproben jeweils in Bezug zu t0 (sofern Änderungsabsicht zu t1, Fallausschluss paarweise); M = Mittelwert; SD = Standardabweichung, T = Testgröße, df = Freiheitsgrade (entspricht Anzahl minus 1), p = Irrtumswahrscheinlichkeit, d = Effektstärke Cohen's d mit kleinem ( $d > .2$ ), mittlerem ( $d > .5$ ) und großem Effekt ( $d > .8$ ), M<sub>t0</sub>: Mittelwert für t0 mit 0=nie, 1=seltener, 2=14-tägig, 3=wöchentlich, 4=alle paar Tage und 5=täglich.

	M <sub>t0</sub>	Gepaarte Differenzen		T	df	p	d	Relative Differenz von M (%)
		M	SD					
<b>Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege</b>								
t0 – t2	.16	-.58	1.55	-2.30	37	.027	.37	11.6
t0 – t3		-.42	1.88	-1.24	30	.223		
t0 – t4		-.34	1.23	-1.58	31	.125		
<b>Verhinderungspflege über Familie, Freunde, Nachbarn, weil ich krank war</b>								
t0 – t2	.39	-.25	1.43	-1.28	50	.208		
t0 – t3		.15	1.19	.80	39	.430		
t0 – t4		.10	1.39	.46	38	.648		
<b>Verhinderungspflege (...), weil ich eine Auszeit gebraucht habe (z.B. halber Tag)</b>								
t0 – t2	.67	-.56	1.60	-2.51	51	.015	.35	11.2
t0 – t3		-.05	.85	-.37	39	.711		
t0 – t4		-.37	1.62	-1.44	40	.157		
<b>ambulante Pflege (z.B. Sozialstation)</b>								
t0 – t2	2.06	.22	1.21	1.30	48	.201		
t0 – t3		-.06	1.71	-.20	35	.846		
t0 – t4		.00	1.35	.00	35	1.000		
<b>Dorfhelferin</b>								
t0 – t2	.27	.00	.38	.00	14	1.000		
t0 – t3		.07	.27	1.00	13	.336		
t0 – t4		.40	.70	1.81	9	.104		
<b>Betreuungsgruppe für Demenzkranke</b>								
t0 – t2	.45	.07	1.13	.33	28	.745		
t0 – t3		.16	.80	1.00	24	.327		
t0 – t4		.04	1.07	.20	22	.847		
<b>Stützendes Gespräch mit Hausarzt</b>								
t0 – t2	1.08	-.14	1.06	-.93	50	.359		
t0 – t3		-.07	1.08	-.43	40	.667		
t0 – t4		.08	.94	.52	37	.608		
<b>Stützendes Gespräch mit Pflegefachpersonal</b>								
t0 – t2	.86	-.14	1.31	-.77	48	.448		
t0 – t3		-.14	1.34	-.61	36	.542		
t0 – t4		-.18	1.33	-.85	37	.400		
<b>Stützendes Gespräch mit "Gleichgesinnten"</b>								
t0 – t2	.62	-.04	1.33	-.22	46	.828		
t0 – t3		.24	1.38	1.07	36	.292		
t0 – t4		.11	1.14	.58	35	.563		
<b>Psychologische Beratung</b>								
t0 – t2	.13	-.13	.69	-1.15	39	.256		
t0 – t3		.03	.42	.44	28	.663		
t0 – t4		.03	.33	.57	28	.573		
<b>Ansprechpartner Pflegekasse</b>								
t0 – t2	.61	-.04	.68	-.42	48	.674		
t0 – t3		.08	.71	.68	37	.499		
t0 – t4		.21	.58	2.25	37	.031	.36	4.2
<b>Einrichtung der Kurzzeitpflege (1=ja, 0=nein)</b>								
t0 – t2	.31	.14	.50	2.00	48	.051	.29	14.3
t0 – t3		.27	.45	3.65	36	.001	.60	27.0
t0 – t4		.12	.54	1.28	33	.211		
<b>Anschaffung Pflegehilfsmittel (1=ja, 0=nein)</b>								
t0 – t2	.59	.07	.64	.85	53	.399		
t0 – t3		.10	.58	1.07	40	.291		
t0 – t4		.06	.58	.57	35	.571		

Anmerkung: wie oben.

## A.9 Statistiken zur Veränderung der Gesundheit

**Tabelle 28: Ausgangsniveau der Erfolgsindikatoren nach Pflegebelastung zu t0**

	T	df	p
t0_SUBGES	.602	69	.549
t0_LEZU	-.574	71	.568
t0_Wohlbefinden	-.633	68	.529
t0_Positive Auswirkungen der Pflege	.160	72	.873
t0_Negative Auswirkungen der Pflege	-.296	70	.768
t0_Wahrgenommene Unterstützung	-1.654	71	.103

Anmerkungen: n = max. 75 (ohne Drop bei t2), T-Test für unabh. Stichproben, homogene Varianz.

**Tabelle 29: Ausgangsniveau der Erfolgsindikatoren nach Pflegeverlauf**

	T	df	p
t0_SUBGES	.018	73	.986
t0_LEZU	-.017	75	.987
t0_Wohlbefinden	.096	72	.924
t0_Positive Auswirkungen der Pflege	.587	76	.559
t0_Negative Auswirkungen der Pflege	-.317	74	.752
t0_Wahrgenommene Unterstützung	.572	75	.569

Anmerkungen: n = max. 75 (ohne Drop bei t2), T-Test für unabh. Stichproben, homogene Varianz.

**Tabelle 30: Veränderungen der Gesundheit in der Gesamtgruppe**

	Gepaarte Differenz		T	df	p	d	Richtung und Effekt bzgl. t0	Relative Differenz von M (%)
	M	SD						
<b>Subjektiver Gesundheitszustand</b>								
t0 – t2	-.64	1.19	-4.32	63	.000	.54	↑↑	10.7
t0 – t3	-.49	1.50	-2.28	48	.027	.33	↑	8.2
t0 – t4	-.47	1.38	-2.32	46	.025	.34	↑	7.8
<b>Lebenszufriedenheit</b>								
t0 – t2	-.55	1.36	-3.23	63	.002	.40	↑	9.1
t0 – t3	-.35	1.15	-2.17	51	.035	.30	↑	5.8
t0 – t4	-.19	1.28	-1.01	47	.316		=	
<b>Wohlbefinden</b>								
t0 – t2	-.77	1.15	-5.35	62	.000	.67	↑↑	15.5
t0 – t3	-.51	1.21	-3.01	51	.004	.42	↑	10.1
t0 – t4	-.45	1.12	-2.78	47	.008	.40	↑	9.0
<b>Positive Auswirkungen</b>								
t0 – t2	-.15	.44	-2.82	65	.006	.35	↑	5.1
t0 – t3	-.02	.51	-.33	52	.740		=	
t0 – t4	-.06	.50	-.87	49	.390		=	
<b>Negative Auswirkungen</b>								
t0 – t2	.15	.33	3.58	63	.001	.45	↓	4.9
t0 – t3	.04	.36	.88	51	.386		=	
t0 – t4	.03	.41	.52	48	.607		=	
<b>Wahrgenommene Unterstützung</b>								
t0 – t2	-.04	.48	-.61	64	.545		=	
t0 – t3	.03	.68	.34	52	.736		=	
t0 – t4	-.02	.70	-.18	49	.854		=	

Anmerkung: T-Test für abh. Stichproben jeweils in Bezug zu t0 und Fallausschluss paarweise; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung, T = Testgröße, df = Freiheitsgrade (entspricht Anzahl minus 1), p = Irrtumswahrscheinlichkeit, d = Effektstärke Cohen's d mit kleinem ( $d > .2$  bzw. ↑), mittlerem ( $d > .5$  bzw. ↑↑) und großem Effekt ( $d > .8$  bzw. ↑↑↑).



**Tabelle 31: Veränderungen der Gesundheit nach Pflegeausgangsbelastung.**

Obj. Pflege- belastung		Gepaarte Differenzen		T	df	p	d	Relative Differenz von M
		M	SD					
gering	t0_SUBGES - t2	-.30	1.21	-1.36	29	.184		-5.0
	t0_SUBGES - t3	-.38	1.60	-1.22	25	.232		
	t0_SUBGES - t4	-.23	1.60	-.67	21	.513		
hoch	t0_SUBGES - t2	-.94	1.10	-4.99	33	.000	.86	-15.7
	t0_SUBGES - t3	-.61	1.41	-2.08	22	.050	.43	-10.1
	t0_SUBGES - t4	-.68	1.14	-2.97	24	.007	.59	-11.3
gering	t0_LEZU - t2	-.20	1.47	-.74	29	.463		
	t0_LEZU - t3	-.36	1.28	-1.47	27	.152		
	t0_LEZU - t4	.00	1.60	.00	22	1.000		
hoch	t0_LEZU - t2	-.85	1.18	-4.20	33	.000	.72	-14.2
	t0_LEZU - t3	-.33	1.01	-1.62	23	.119		
	t0_LEZU - t4	-.36	.91	-1.98	24	.059	.40	-6.0
gering	t0_WOHL - t2	-.73	.92	-4.24	28	.000	.79	-14.6
	t0_WOHL - t3	-.55	1.12	-2.58	27	.016	.49	-10.9
	t0_WOHL - t4	-.51	1.10	-2.24	22	.036	.47	-10.3
hoch	t0_WOHL - t2	-.81	1.32	-3.58	33	.001	.61	-16.2
	t0_WOHL - t3	-.46	1.33	-1.69	23	.105	.34	-9.2
	t0_WOHL - t4	-.39	1.15	-1.69	24	.104	.34	-7.8
gering	t0_POS - t2	-.13	.53	-1.36	31	.183		
	t0_POS - t3	-.10	.54	-1.02	30	.318		
	t0_POS - t4	-.06	.56	-.58	25	.565		
hoch	t0_POS - t2	-.18	.35	-2.97	33	.006	.51	-6.0
	t0_POS - t3	.08	.46	.85	21	.404		
	t0_POS - t4	-.06	.44	-.65	23	.522		
gering	t0_NEG - t2	.19	.28	3.70	29	.001	.68	6.3
	t0_NEG - t3	.00	.36	.02	29	.985		
	t0_NEG - t4	.01	.44	.16	24	.876		
hoch	t0_NEG - t2	.11	.37	1.75	33	.089	.30	3.7
	t0_NEG - t3	.10	.35	1.33	21	.199		
	t0_NEG - t4	.05	.39	.61	23	.551		
gering	t0_UNT - t2	.01	.41	.15	30	.885		
	t0_UNT - t3	.04	.77	.31	30	.757		
	t0_UNT - t4	-.05	.67	-.36	25	.719		
hoch	t0_UNT - t2	-.08	.53	-.86	33	.396		
	t0_UNT - t3	.02	.54	.13	21	.897		
	t0_UNT - t4	.01	.74	.09	23	.928		

Anmerkung: T-Test für abh. Stichproben jeweils in Bezug zu t0 und Fallausschluss paarweise; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung, T = Testgröße, df = Freiheitsgrade (entspricht Anzahl minus 1), p = Irrtumswahrscheinlichkeit, d = Effektstärke Cohen's d mit kleinem ( $d > .2$ ), mittlerem ( $d > .5$ ) und großem Effekt ( $d > .8$ ).

**Tabelle 32: Veränderungen der Gesundheit nach Pflegeverlauf.**

Obj. Pflege- Verlauf		Gepaarte Differenzen		T	df	p	d von M	Relative Differenz von M
		M	SD					
stabil	t0_SUBGES - t2	-.72	1.02	-3.97	31	.000	.70	-12.0
	t0_SUBGES - t3	-.67	1.28	-2.39	20	.027	.52	-11.1
	t0_SUBGES - t4	-.62	.97	-2.91	20	.009	.64	-10.3
zunehmend	t0_SUBGES - t2	-.56	1.34	-2.37	31	.024	.42	-9.4
	t0_SUBGES - t3	-.36	1.66	-1.14	27	.265		
	t0_SUBGES - t4	-.35	1.65	-1.07	25	.294		
stabil	t0_LEZU - t2	-.81	1.40	-3.21	30	.003	.58	-13.4
	t0_LEZU - t3	-.48	1.24	-1.85	22	.077	.39	-8.0
	t0_LEZU - t4	-.29	1.06	-1.24	20	.229		
zunehmend	t0_LEZU - t2	-.30	1.29	-1.35	32	.186		
	t0_LEZU - t3	-.24	1.09	-1.19	28	.243		
	t0_LEZU - t4	-.11	1.45	-.40	26	.694		
stabil	t0_WOHL - t2	-.82	1.14	-4.07	31	.000	.72	-16.4
	t0_WOHL - t3	-.67	.92	-3.53	22	.002	.74	-13.5
	t0_WOHL - t4	-.49	1.06	-2.16	21	.043	.46	-9.7
zunehmend	t0_WOHL - t2	-.72	1.17	-3.44	30	.002	.62	-14.5
	t0_WOHL - t3	-.37	1.40	-1.43	28	.164		
	t0_WOHL - t4	-.42	1.18	-1.79	25	.085	.35	-8.3
stabil	t0_POS - t2	-.16	.31	-2.98	31	.006	.53	-5.5
	t0_POS - t3	-.12	.39	-1.50	22	.149		
	t0_POS - t4	-.06	.34	-.77	21	.448		
zunehmend	t0_POS - t2	-.14	.55	-1.55	33	.132		
	t0_POS - t3	.05	.58	.49	29	.625		
	t0_POS - t4	-.07	.61	-.57	27	.572		
stabil	t0_NEG - t2	.19	.26	4.10	30	.000	.74	6.3
	t0_NEG - t3	.09	.38	1.14	22	.268		
	t0_NEG - t4	.12	.42	1.36	21	.189		
zunehmend	t0_NEG - t2	.11	.38	1.61	32	.116		
	t0_NEG - t3	.01	.33	.09	28	.930		
	t0_NEG - t4	-.04	.39	-.59	26	.563		
stabil	t0_UNT - t2	.02	.48	.22	30	.828		
	t0_UNT - t3	.00	.69	-.03	22	.980		
	t0_UNT - t4	.01	.61	.09	21	.931		
zunehmend	t0_UNT - t2	-.09	.47	-1.05	33	.299		
	t0_UNT - t3	.06	.68	.47	29	.640		
	t0_UNT - t4	-.04	.78	-.28	27	.778		

Anmerkung: T-Test für abh. Stichproben jeweils in Bezug zu t0 und Fallausschluss paarweise; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung, T = Testgröße, df = Freiheitsgrade (entspricht Anzahl minus 1), p = Irrtumswahrscheinlichkeit, d = Effektstärke Cohen's d mit kleinem ( $d > .2$ ), mittlerem ( $d > .5$ ) und großem Effekt ( $d > .8$ ).

## A.10 Qualitative Rückmeldungen der Teilnehmerinnen

Nachfolgend sind sämtliche Freitextantworten nach Erhebungszeitpunkt aufgeführt.

### Unmittelbar vor PibS (t0)

- Da im letzten halben Jahr erstmalig vermehrt Kurz- und Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde fühle ich mich ruhiger und entspannter
- Erholungs- und Trainingswoche ist eine gute Kombination, einfach mal abzuschalten und trotzdem neue Erfahrungen durch Gleichgesinnte oder durch Pflegepersonal mit nach Hause zu nehmen. Sehr gut!
- Durch die halbtägige Arbeitsstelle außerhalb des Betriebes und die Arbeit außerhalb auf dem Feld kann ich mich so erholen, dass das permanente Dasein für meine Schwiegermutter nicht so schwer auf mein Gemüt schlägt.
- Wie ich eben hörte gibt es keine herkömmlichen Windeln in der Apotheke mehr. Das halte ich für eine Katastrophe.
- Danke für den PibS-Kurs
- Vielleicht wäre ein Badewannenlifter angebracht.
- Es wäre hilfreich wenn speziell für Demenzzranke viel getan würde. Auch für die Angehörigen, da es sehr schwer ist zu sehen, wie sich ein geliebter Mensch dadurch verändert und auch sich damit abzufinden
- Ich habe mehrfach im Vgl. mit Krankenhaus - Pflegeheim festgestellt, das meine häusliche Pflege umfangreicher und besser ist und fühle mich im Vgl. mit den mir verbleibenden 7€ tgl. erniedrigt! Bei Pflegestufe 3 reichen die angegebenen Minuten nicht!
- Durch die Pflege total überlastet.
- Ich bin nicht mehr frei. Alles ist auf die Pflege ausgerichtet. Dinge die außer Haus erledigt werden müssen, muss ich zeitlich anmelden und mich zurückmelden.
- Betreuung rund um die Uhr. Nachts klopft er 4-6 mal so lange bis jemand kommt. Er ist verwirrt und sehr böse, dass wir ihn nicht aus dem Haus lassen. Obwohl wir wissen, dass die Krankheit ihn so verändert hat, tut es sehr weh, sich so von ihm beschimpfen zu lassen.

### Unmittelbar nach PibS (t1)

- Danke für diese tolle Woche!!! [als isolierte Antwort insgesamt 11x]
- viel mehr an sich denken
- Kurs sollt in der Anfangsphase des Leidens erteilt werden.
- Ich habe mich sehr wohl gefühlt. Ich bin sehr entspannt und werde gerne und lange von dieser wunderschönen Woche zehren.
- Etwas mehr Freizeit während der Vorträge wäre gut
- Der Kurs war für mich hilfreich und sehr wohltuend
- Für mich war alles gut und schön!
- Die Situation wird sich umgehend ändern, wenn der zu pflegende in eine schwierige Situation kommt
- Kurs sehr gut; sollte man weiterhin anbieten. Evtl. auch mit höherer Kostenbeteiligung bei Teilnahme. Sollte generell jährlich stattfinden. Ernährung sollte an praktischen Beispielen (Zubereitung) erfolgen. Entspannungsübungen Angebote erhöhen
- Ich würde in den Kursen für mehr Entspannung sorgen.
- Das die Geschwisterkinder auch so einen Kurs angeboten bekommen, da sie öfters krank werden durch die Behinderungen
- Folgekurs nach Möglichkeit zum gleichen Zeitpunkt
- Ein Folgekurs wäre sehr schön, die beste Zeit wäre Jan - März. Es hat sehr gut getan, die Zeit hier mit Gleichgesinnten zu verbringen, Neues zu lernen oder zu erfahren und zu entspannen

- Bin interessiert an einem Folgekurs
- mind. eine Wellnessanwendung im Vorfeld für alle einplanen; z.B. Massage
- Habe in dieser Woche viel gehört und gelernt durch Gespräche mit Gleichgesinnten. Viel Entspannung.
- Das Angebot war sehr gut. Schade, dass ich den Kurs nicht schon früher besuchen konnte.
- Sehr geehrte Damen und Herren! War mit dem Aufenthalt und Pflege voll zufrieden.
- Rech schönen Dank für den Pflegekurs. Es hat mir viel gebracht. Die Umsetzung wird vielleicht schwer.
- Bessere und mehr Information zum Beginn der Pflege.
- Durch den Pflegekurs bin ich ruhiger und sicherer geworden. Mit Problemen kann ich jetzt besser umgehen. Danke.
- Der PibS-Kurs war toll, hat mir viel gebracht. Frau Siebenborn ist eine hervorragende Kursleiterin. Sie hat die Themen sehr anschaulich behandelt. Es war nicht einmal langweilig.
- Der PibS war toll und hat mir sehr viel gebracht. Gesundheitlich und Informativ
- Diese Woche der Erholung und des Abschaltens war für mich sehr hilfreich. Bei der Umsetzung der Aktivitäten in Zukunft für mich sehe ich jedoch einige Schwierigkeiten

### **Nach vier Wochen (t2)**

- die sehr, sehr gute Beratung hätte früher sein müssen - vielen Dank für die Erholungs- und Trainingswoche und viele Grüße
- Erholung und Freizeit zu wenig. Zuzahlungen zur Erholung unserem niedrigen Einkommen zu hoch
- Der PibS-Kurs war für mich eine positive Erfahrung u.a. für mein Selbstwertgefühl
- Ich möchte mich sehr herzlich bedanken für PibS-Kurs. Er hat mir in allen Gebieten der Pflege meiner behinderten Schwester sehrgut weitergeholfen. Das Zusammensein mit gleichgesinnten Angehörigen hat mich aufgebaut, gibt es doch so viele Menschen...
- Ich habe mich sehr selbstsicher und wertvoll gefühlt als ich zurückkam. Habe dankbar festgestellt wie wichtig es ist, wenn der Partner so viel Verständnis für mich hat und immer für meine Sorgen da ist. Als mein Schwiegervater mich in gewohnter Weise von oben herab behandelte, habe ich mich ganz ruhig gewehrt. Ich habe ihm gesagt, dass ich ihn nur seinem Sohn zuliebe pflege. Zuerst war er beleidigt. Inzwischen bedankt er sich bei mir. Wenn ich essen bringe, lobt er mich bei seiner Tochter.
- was einem die Pflege für einen Angehörigen erleichtert). Freunde gewonnen, wieder an sich denken und auch Persönliches aus einem anderen Blick zu sehen. Herzlichen Dank!
- Der PibS-Kurs war sehr gut. Die Leitung von Frau Engel war für mich von großer Hilfe in allen Bereichen
- Ich wünschte mir mehr Entspannungstherapie bei einem solchen Kurs.
- Der PibS-Kurs ist eine ganz tolle Sache. Besonders der Austausch mit Gleichgesinnten zeigt, dass die eigenen Probleme auch bei anderen auftreten.
- Der PibS-Kurs rückblickend: Es war eine lohnende und schöne Zeit. Danke!
- Ich bin nicht mehr frei. Alles ist auf die Pflege ausgerichtet. Dinge die außer Haus erledigt werden müssen, muss ich zeitlich anmelden und mich zurückmelden. Stromversorgung ist zeitlich nicht berechenbar
- Ich möchte mich nochmal für diesen Kurs bedanken. Es hilft sehr viel sich mit Gleichgesinnten auszutauschen
- Ich bedauere, dass ich nicht spontan etwas tun kann, ohne es vorher zu organisieren. Z.B. meine Geschwister in Köln oder Mainz ein Wochenende besuchen.
- Für die Hilfe von der Pflegekasse möchte ich mich bedanken. Tolle Hilfsmittel (Rollstuhl etc. ) haben sehr geholfen! Auch die Pflegemittel und Medikamente haben Erleichterung für mich gebracht. Mein Mann ist jetzt gut eingestellt

- Vielen Dank für diese Woche!
- Die Gemeinschaft mit anderen Betroffenen war sehr gut. Der Erfahrungsaustausch ganz wichtig! Es war meine erste "Auszeit" seit mein Mann erkrankt ist.
- Ich war in den letzten Wochen 21 Tage im Urlaub, davon 8 Tage in Orscholz und die anderen Tage in der Türkei. Ich habe mich sehr gut erholt
- Ich kann meine Frau nicht ausreichend versorgen, weil mein Antrag für eine festmontierte Rampe zum Verlassen des Hauses über 4 Treppenstufen abgelehnt wurde. Ich bin 77 Jahre alt und habe Probleme mit Gelenke daher ist es mir fast nicht möglich das Haus zu verlassen.
- Mein Mann muss alle 2 Wochen zur Blutuntersuchung und am nächsten Tag ca.3 Std. ins Krankenhaus zum Dr. Dass ich für diesen Tag einen Taxischein bekäme so hätte ich dann 32Std für mich. Bitte, Bitte!
- Vielen Dank für die Informationen, die Erholung und die Kraft, die ich tanken konnte, während der Woche in Orscholz.
- Ich habe festgestellt, dass ich mit meinem Mann noch viel besser daran bin, als viele andere Leute, die an den Kurs teilnehmen.
- Kurs sollte öfter-(oder früher) durchgeführt werden. Er war sehr informativ. Danke
- Ein PibS-Kurs würde ich wieder machen hat mir gut getan trotz meiner Angst vor bevorstehender Brust OP ging aber alles gut
- Ich würde mich sehr freuen, wenn ich an dem folge Kurs teilnehmen könnte.
- Herzlichen Dank für die Einladung zum Pflegekurs. Es war sehr lehrreich, ich habe viel erfahren, der Austausch mit Gleichbetroffenen hat mich bestärkt und Mut gemacht so weiter zumachen.
- Der Kurs war prima. Aber der Alltag sehr schnell wieder da.

### **Nach drei Monaten (t3)**

- Die Trainingswoche hat mir viel geholfen
- Ich bin sehr traurig weil mein Mann und ich ca. 3 Jahre nichts mehr gemeinsam unternehmen können. Ich bin seit dem PibS-Kurs meinem Schwiegervater gegenüber selbstsicherer geworden, habe ihm gesagt, er soll zu den anderen Kindern gehen wenn es ihm woanders besser taugt...
- Beratung im häuslichen Umfeld wäre gut, da der Pfleger nicht immer weg kann. Mehr Zuschuss
- In Bad Soden-Salmünster war es sehr schön, danke für alles.
- Wir haben viel Brauchbares mitgenommen, vielen herzlichen Dank, auch im Namen meiner Frau
- Nach Möglichkeit sollte man sich häufiger mit Gleichgesinnten austauschen können. Eventuell sollten solche Gruppen regionbezogen stattfinden. PibS-Kurse, hauptsächlich nachfolgende Kurse sollten vielleicht häufiger sein und der Schwerpunkt mehr auf Entspannung und Erholung liegen
- Je länger ich pflege, je anstrengender wird es. Ich muss mir überlegen, wie ich es schaffe, einen Tag ohne Pflege zu erhalten
- Patient hat sich psychisch verändert (heimliche Aktionen, Aggression)
- Pflegebedürftige Personen schon mehrere Jahre betreut, deswegen manchmal nur mäßig PibS Kurs. Bei Pflegebeginn sicher sehr viel gebracht.
- Es wäre schön, wenn der Austausch mit auch von dieser Situation Betroffenen möglich wäre, evtl. monatlich

### **Nach sechs Monaten (t4)**

- Durch die Unterbringung in vollstationärer Pflege geht es mir seelisch und körperlich bedeutend besser. Da die Angehörige auch mit ihrer Situation zufrieden und gute Betreuung gewährleistet ist
- Diese Woche hat mir sehr gut getan

- 2 Töchter haben geheiratet und sind schwanger, also nicht mehr zum Helfen verfügbar. Ernährung und Pflege habe ich bereits in meiner Berufsausbildung verinnerlicht
- Betreuung rund um die Uhr. Nachts klopft er 4- 6 x so lange bis jemand kommt. Er ist verwirrt und sehr böse, dass wir ihn nicht aus dem Haus lassen. Obwohl wir wissen, dass die Krankheit ihn so verändert hat, tut es sehr weh sich so von ihm beschimpfen zu lassen...
- Ich kann jedem Pflegenden nur raten, den PibS-Kurs zu besuchen. Mir hat der Kurs sehr geholfen bei Fragen und auch das Gespräch mit Angehörigen und Gleichgesinnten.
- Pflegen und alt werden ist nichts für Feiglinge!
- Der Kontakt zu anderen Teilnehmern sollte vielleicht intensiver sein, damit man sich besser austauschen und aufbauen kann.
- Mein Mann ist sehr nervös und nimmt mich abgesehen von sehr Pflege dauernd in Anspruch
- Ich habe eine Festmontierte Auffahrrampe für die 4 Stufen zu meiner Wohnung nach anfänglicher Ablehnung durch die Pflegekasse genehmigt bekommen. Dadurch kann ich mit der elektrischen Schiebehilfe an Rollstühle ohne sehr große Anstrengung in die Wohnung komme
- Es ist schade, nur was mein Ehemann will, wird gemacht, er ist eigenwillig und trotzend. Ich muss immer nur fröhlich und glücklich sein. Ihn loben und bewundern, ich weiß nun keinen Rat mehr. Nur was er will, ist richtig.
- Das befinden des Patienten kann sich oft stündlich oder je nach Situation ändern, das hat natürlich auch Auswirkungen auf das eigene Befinden. Es ist oft anstrengend, den Patienten zu mobilisieren, besonders nach einem Aufenthalt im Krankenhaus.
- Es würde mir sehr viel Bringen wenn ich dieses Jahr den Folgekurs mitmachen könnte. Bitte geben Sie mir schriftlich Bescheid.