



Spitzenverband

Schriftenreihe  
Modellprogramm zur Weiterentwicklung  
der Pflegeversicherung  
Band 6



# Pflegebegleiter





**Herausgeber:**

GKV-Spitzenverband

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

E-Mail: [modellprogramm-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.de](mailto:modellprogramm-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.de)Internet: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Verfasser: Prof. Dr. Elisabeth Bubolz-Lutz (Forschungsinstitut Geragogik),  
Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf (Katholische Fachhochschule Freiburg - Institut für  
Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung) unter Mitarbeit von:  
Almut Herrenbrück, Stefanie Klott, Stefanie Sosa y Fink, Julia Steinfort, Alexandra Winter,  
Barbara Stoklas, Horst Weipert, Ulrich Kluge, Martina Steiner, Iren Steiner,  
Petra Kümmel, Marlies Schaefer, Monika Leifels

Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und der Verbreitung auch auf  
elektronischen Systemen, behält sich der GKV-Spitzenverband vor. Name, Logo  
und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Copyright © GKV-Spitzenverband 2011

Fotonachweis: iStockphoto

CW Haarfeld GmbH

[medien@cw-haarfeld.de](mailto:medien@cw-haarfeld.de)

[www.cw-haarfeld.de](http://www.cw-haarfeld.de)

ISBN: 978-3-7747-2358-0

## Sehr geehrte Damen und Herren,

Vorwort

bürgerschaftliches Engagement ist zu einem unverzichtbaren Bestandteil in der Versorgung älterer Pflegebedürftiger geworden.

Im Vordergrund des von den ehemaligen Spitzenverbänden der Pflegekassen initiierten Projekts „Pflegebegleiter“ stand die Idee, ehrenamtliches Engagement in bestehende Unterstützungsstrukturen der Altenhilfe zu integrieren, um pflegende Angehörige zu stärken und zu entlasten.

Im Mittelpunkt des Projekts stand die Unterstützung von pflegenden Familien in Zusammenarbeit mit den ehrenamtlichen Helfern (Pflegebegleitern). Hierbei kam der Stärkung und Begleitung von pflegenden Familienmitgliedern eine besondere Bedeutung zu. Die Aufgabe der Pflegebegleiter bestand darin, den Familien mit Problemen bei der häuslichen Pflege beratend zur Seite zu stehen. Sie halfen beispielsweise, die Bedarfslage in den Familien zu bestimmen, und bestärkten die Angehörigen bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten. Darüber hinaus ermutigten sie die Angehörigen bei ihrer Pflegetätigkeit.

Die häusliche Pflege ist immer eine Herausforderung für alle Beteiligten, so fordert sie viel von Angehörigen und dem unmittelbaren Umfeld des Pflegebedürftigen.

Soziales Engagement und Hilfsbereitschaft allein reichen nicht aus, um Pflegebedürftigen und ihren Familien sach- und situationsgerecht helfen zu können. Um die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen, aber auch seiner Angehörigen, erkennen und mit diesen adäquat umgehen zu können, bedurfte es einer qualifizierenden Schulung. Den Projektverantwortlichen ist es in beeindruckender Weise gelungen, knapp 2000 bürgerschaftlich Engagierte zu Pflegebegleitern zu schulen.

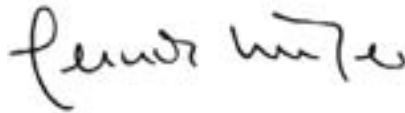
Neben den Spitzenverbänden der Pflegekassen, die den Strukturaufbau, die Fortbildung der Ehrenamtlichen und die letztendliche Umsetzung gefördert haben, hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Modellprogramms „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“ den anschließenden erfolgreichen Übergang in die Praxis unterstützt.



## Vorwort

So lässt sich festhalten, dass das Modellprojekt einen wesentlichen Beitrag zur notwendigen Erweiterung der Versorgungsstrukturen und -konzepte mit Blick auf die häusliche Pflege geleistet hat. Die gute Akzeptanz der durch die Pflegebegleiter erbrachten Maßnahmen ist einer Beratung auf „Augenhöhe“ zu verdanken, bei der die Beziehung zwischen Pflegebegleiter und pflegendem Familienmitglied nicht als einseitig, sondern als „gegenseitige Sorgebeziehung“ empfunden wurde.

Mit der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) im Jahre 2008 wurde eine rechtliche Grundlage für die Unterstützung ehrenamtlich Tätiger geschaffen, die explizit die Finanzierung von Pflegebegleitern ermöglicht.



Gernot Kiefer  
Vorstand GKV-Spitzenverband

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Vorwort</b> .....	3
Tabellenverzeichnis .....	9
Abbildungsverzeichnis .....	11
Vorbemerkung .....	15
Abstract.....	17
<b>1. Einleitung</b> .....	22
1.1 Hintergrund und Begründung des Vorhabens .....	22
1.2 Ziele des Projekts .....	25
1.3 Nachhaltigkeit der zu erreichenden Ziele .....	27
<b>2. Aktueller Forschungsstand zum Pflegebegleiter-Projekt</b> .....	30
2.1 Pflege in der Familie - ein persönlich und gesellschaftlich bedeutsames Thema .....	30
2.2 Pflegende Angehörige - eine bisher wenig beachtete Personengruppe .....	31
2.3 Pflegende Angehörige brauchen mehr als Entlastung von Pfllegetätigkeiten ...	33
2.4 Das Pflegesystem weist Lücken auf, sodass pflegende Angehörige wenig Hilfe in Anspruch nehmen .....	37
2.5 Potenziale freiwillige Engagements werden derzeit nicht voll ausgeschöpft ...	38
2.6 Mangelnde Vernetzung als Hürde für eine effektive Unterstützung pflegender Angehöriger.....	40
2.7 Fazit: Zentrale Fragestellungen des Projekts und weiterführende Forschungsfragen .....	43
<b>3. Forschungsdesign und Methodologie</b> .....	45
3.1 Evaluationsdesign - Überblick .....	45
3.1.1 Konzeption der wissenschaftlichen Begleitung.....	45
3.1.2 Wissenschaftsstandards .....	46
3.1.3 Forschungsfragen und -design .....	46
3.2 Forschungsmethoden und -instrumente.....	48
3.2.1 Qualitative Interviews mit pflegenden Angehörigen.....	48
3.2.2 Quantitative Instrumente der Wirksamkeitsforschung .....	52
3.2.2.1 Instrument „Evaluationsbogen“ für Pflegebegleiter-Kurse.....	52
3.2.2.2 Instrument „Dokumentationsbogen“ für Pflegebegleiter .....	53



Inhaltsverzeichnis		
	3.2.2.3 Instrument „Postkarte“ für pflegende Angehörige .....	53
	3.2.2.4 Instrument „Quartalsbericht 1.3“ .....	53
	3.2.2.5 Instrument „Implementierungserhebung 2.0“ .....	53
	3.2.2.6 Instrument „Ressourcenerhebung 2.0“ .....	54
	3.2.2.7 Instrument „Fragebogen für Pflegebegleiter-Initiativen“ .....	54
	3.2.2.8 Instrument „Newsletter“ .....	54
3.3	Datenerhebung - Techniken und Vorgehensweise .....	55
	3.3.1 Qualitative Interviews .....	55
	3.3.2 Quantitative Instrumente der Wirksamkeitsforschung .....	56
	3.3.2.1 Instrument „Evaluationsbogen“ für Pflegebegleiter-Kurse.....	56
	3.3.2.2 Instrument „Dokumentationsbogen“ für Pflegebegleiter .....	57
	3.3.2.3 Instrument „Postkarte“ für pflegende Angehörige .....	58
3.4	Datenanalyse .....	60
	3.4.1 Qualitative Interviews .....	60
	3.4.1.1 Transkription und Inhaltsanalyse .....	60
	3.4.1.2 Typenbildung.....	61
	3.4.2 Quantitative Instrumente der Wirksamkeitsforschung.....	62
	3.4.2.1 Curriculum-Evaluation der Pflegebegleiter-Kurse .....	62
	3.4.2.2 Dokumentationsbogen für Pflegebegleiter .....	63
	3.4.2.3 Postkarte für pflegende Angehörige .....	64
3.5	Ethische Überlegungen .....	64
<b>4.</b>	<b>Einstieg in die Praxis und Praxisverlauf .....</b>	<b>66</b>
4.1	Konkrete Ausgangslage für das Projekt.....	66
4.2	Projektakteure und Projektaufgaben .....	70
4.3	Auseinandersetzungen mit dem Projektverlauf.....	74
	4.3.1 Aufbau und Verbreitung bundesweiter Projektstrukturen .....	78
	4.3.2 Implementierung in die Infrastrukturen vor Ort und Aufbau von Kooperationen.....	80
	4.3.3 Ausbreitung der Pflegebegleiter über Vorbereitungskurse .....	82
	4.3.4 Profil- und Leitbildentwicklung.....	88
	4.3.5 Entwicklung eines innovativen didaktisches Konzepts für Vorbereitungskurse .....	89
	4.3.6 Qualifizierung und fachliche Begleitung von Projekt-Initiatoren .....	92

4.3.7	Standards für die Pflegebegleitungspraxis.....	95
4.3.8	Begleitung der Initiativen in die Selbstorganisation .....	97
4.3.9	Auf- und Ausbau von vernetzten Strukturen.....	98
4.4	Herausforderungen - Grenzen .....	98
4.4.1	Bundesweit Vergleichbarkeit herstellen.....	98
4.4.2	Instabilität der Organisationen ausgleichen .....	99
4.4.3	Projekt-Initiatoren gewinnen und halten .....	100
4.4.4	Profil schärfen - Konkurrenzen ausräumen .....	102
4.4.5	Finanzielle Rahmenbedingungen sichern.....	102
4.4.6	Motivierung zur Beteiligung an Evaluationen .....	102
4.5	Ausgewählte Erfolgsfaktoren und Meilensteine.....	103
4.5.1	Trägerunabhängigkeit und enge Anbindung an örtliche Strukturen.....	103
4.5.2	Eigenständige Erarbeitung von Zugangswegen in die Familien.....	104
4.5.3	Begleitung der Pflegebegleiter-Initiativen durch „Tandems“.....	106
4.5.4	Theorie-Praxis-Diskurse von Projektakteuren .....	108
4.5.5	Verbindlichkeit und Motivierung durch „Anerkennungskultur“ .....	109
4.6	Ergebnisse und Meilensteine im Überblick.....	110
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse und Resultate der wissenschaftlichen Begleitforschung .....</b>	<b>112</b>
5.1	Ergebnisse der Pflegebegleiter-Kurse - bundesweit .....	112
5.1.1	Soziodemografische Daten und eigene Pflegeerfahrung .....	112
5.1.2	Qualität der Pflegebegleiter-Kurse .....	116
5.1.3	Erfolge der Pflegebegleiter-Kurse .....	120
5.2	Tiefeninterviews in pflegenden Familien .....	123
5.2.1	Ausgangslagen/typische Situationen in den Familien .....	123
5.2.2	Ausführungen zu den fünf typischen Situationen.....	135
5.3	Dokumentationsbogen für die Tätigkeit von Pflegebegleitern.....	138
5.3.1	Dauer und Charakteristik der Pflegebegleitung .....	139
5.3.2	Leistungen von Pflegebegleitern in den Familien.....	140
5.3.3	Pflegebegleitungsverläufe - (re)konstruierte Fälle .....	143
5.4	Multiperspektivische Betrachtung der Wirkungen von Pflegebegleitung.....	150
5.4.1	Kontaktaufnahme zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleiter.....	152
5.4.2	Die Wahrnehmung von Pflegebegleitern durch pflegende Angehörige	155



Inhaltsverzeichnis		
	5.4.3 Belastungen durch die Pflege .....	161
	5.4.4 Inhalte und Gegenstand der Pflegebegleitung aus Sicht der Angehörigen .....	170
	5.4.5 Subjektiv erlebter Nutzen von Pflegebegleitung.....	172
	5.4.6 Wunsch nach weiterer Begleitung .....	183
	5.4.7 Biografisch-narrative Anteile der Interviews .....	185
	5.4.8 Wünsche für die Zukunft.....	187
5.5	Ergebnisse weiterer Instrumente im Überblick .....	189
	5.5.1 Quartalsberichte - Darstellung beispielhafter Ergebnisse .....	189
	5.5.2 Implementierungserhebung 2.0.....	191
5.6	Kosten-Nutzen-Aspekte .....	193
<b>6.</b>	<b>Schlussfolgerung und Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>195</b>
6.1	Merkmal 1: Das Pflegebegleiter-Profil trifft die spezifischen Bedarfslagen pflegender Angehöriger.....	198
6.2	Merkmal 2: Pflegebegleitung zeigt Wirkungen - für die familiale Pflegesituation, bei pflegenden Angehörigen, bei den Gepflegten.....	205
6.3	Merkmal 3: Psychosoziales Profil der Begleitung hebt Bedeutung des „Zwischenmenschlichen“ hervor .....	208
6.4	Merkmal 4: Pflegebegleitung basiert auf einem speziellen Lern- und Kompetenzansatz - der auch der Entwicklungsförderung der Freiwilligen dient.....	215
6.5	Merkmal 5: Das Projekt Pflegebegleiter - Vorreiter für einen neuen „Prototyp“ von Engagement.....	223
6.6	Merkmal 6: Pflegebegleitung beruht auf einer funktionierenden vernetzten Support-Struktur auf Orts-, Regionalbüro-, Landes- und Bundesebene .....	232
6.7	Abschließender Überblick .....	239
	6.7.1 Gesamtschau.....	239
	6.7.2 Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung: Pflegebegleitung als Bindeglied im Pflege-Mix.....	243
	6.7.3. Ausblick: Zukunftsaufgaben im Hinblick auf die nachhaltige Entwicklung von Pflegebegleitung .....	245
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>248</b>

# Tabellenverzeichnis

---

Tab. 1: Perspektiven und leitende Fragestellungen zum Verständnis familialer Pflege (vgl. Bubolz-Lutz 2006).....	69
Tab. 2: Ergebnisse zu den Kursvariablen und zum Kompetenzerwerb (die Zahlenwerte stellen Benotungen dar) .....	117
Tab. 3: Überblick - Typenbildung .....	136
Tab. 4: Tätigkeitsspektrum der Pflegebegleiter.....	141
Tab. 5: Pflegebegleitung zwischen Information und Reflexion.....	171
Tab. 6: Konkrete Erleichterungen durch Pflegebegleitung.....	174
Tab. 7: Empfundene Veränderungen bei den pflegenden Angehörigen - aus Sicht der Pflegebegleiter .....	182
Tab. 8: Funktionen von Pflegebegleitung - je nach Situation.....	202
Tab. 9: Gewinne und Gefährdungen unterschiedlicher Organisationsformen freiwilligen Engagements.....	226





Abb. 1: Pflegebedürftige in Deutschland: insg. 2,13 Millionen.....	31
Abb. 2: Bedarfslagen der pflegenden Angehörigen und daraus resultierende Ansatzpunkte für das Engagement der Pflegebegleiter (vgl. Bubolz-Lutz/Kricheldorf 2006, S. 47) .....	36
Abb. 3: Schnittstellen im Pflege-Mix .....	41
Abb. 4: Alter der befragten pflegenden Angehörigen .....	49
Abb. 5: Geschlecht der befragten pflegenden Angehörigen .....	49
Abb. 6: Beziehungsverhältnis der Befragten zu den gepflegten Personen .....	50
Abb. 7: Alter der gepflegten Angehörigen .....	51
Abb. 8: Geschlecht der pflegebedürftigen Angehörigen.....	51
Abb. 9: Dauer der Pflege .....	52
Abb. 10: Impulsfragen zur Befragung pflegender Angehöriger zur Wirkung von Pflegebegleitung.....	56
Abb. 11: Kategorien der inhaltsanalytischen Auswertung .....	61
Abb. 12: Ergebnisse der Typenbildung (typische Pflegesituationen).....	61
Abb. 13: Erfassung des Tätigkeitsspektrums von Pflegebegleitern .....	63
Abb. 14: Leitperspektiven zum Verständnis von Pflegesituationen .....	70
Abb. 15: Aufbau der Projektstrukturen.....	71
Abb. 16: Projektverlauf.....	75
Abb. 17: Regionalbüros mit zugeordneten Bundesländern.....	79
Abb. 18: Kooperierende Kommunen und Organisationen 10/2008.....	80
Abb. 19: Teilnehmerzahlen Vorbereitungskurse für Pflegebegleiter .....	82
Abb. 20: Pflegebegleiter-Zertifikate nach Regionen.....	83
Abb. 21: Entwicklung der Region West: Anzahl der Pflegebegleiter .....	84
Abb. 22: Anzahl der Kurse für Pflegebegleiter je Projektphase: Region West .....	84
Abb. 23: Entwicklung der Region Nord: Anzahl der Pflegebegleiter .....	85
Abb. 24: Anzahl der Kurse für Pflegebegleiter je Projektphase: Region Nord .....	85
Abb. 25: Entwicklung der Region Ost: Anzahl der Pflegebegleiter.....	86
Abb. 26: Anzahl der Kurse für Pflegebegleiter je Projektphase: Region Ost .....	86
Abb. 27: Entwicklung der Region Süd: Anzahl der Pflegebegleiter .....	87
Abb. 28: Anzahl der Kurse für Pflegebegleiter je Projektphase: Region Süd.....	87
Abb. 29: Leitlinien für die Pflegebegleiter-Praxis.....	89
Abb. 30: Lernkompass.....	90
Abb. 31: Verbindliche Themen für Pflegebegleiter-Vorbereitungskurse.....	91

Abbildungsverzeichnis	Abb. 32: Integriertes Lernkonzept für Projekt-Initiatoren im Pflegebegleiter-Projekt	92
	Abb. 33: Grob-Struktur der Qualifizierung für Projekt-Initiatoren .....	94
	Abb. 34: Ausbildungsstand der Projekt-Initiatoren .....	94
	Abb. 35: Zahlenmäßige Entwicklung der (teil-)qualifizierten Projekt-Initiatoren.....	95
	Abb. 36: Beendigungen von PI-Tätigkeiten nach Regionen .....	100
	Abb. 37: Beendigungen der Tätigkeit der Projekt-Initiatoren nach Generationen und Regionen .....	101
	Abb. 38: Erweiterung des Tätigkeitsprofils der Pflegebegleiter-Initiativen.....	105
	Abb. 39: Gesamtdarstellung der Projekt-Initiatoren-Tandems.....	107
	Abb. 40: Konstellationen der Projekt-Initiatoren-Tandems nach Regionen .....	107
	Abb. 41: Verhältnis von Frauen und Männern, die als freiwillige oder haupt- berufliche Projekt-Initiatoren tätig sind .....	108
	Abb. 42: Freiwillige begleiten pflegende Angehörige (in allen Bundesländern) - Projektergebnisse im Überblick .....	111
	Abb. 43: Alter der Kursteilnehmer.....	112
	Abb. 44: Pflegeererfahrung der Kursteilnehmer.....	114
	Abb. 45: Art der Pflegeererfahrung der Kursteilnehmer.....	115
	Abb. 46: Kursinhalte, die nicht ausführlich genug behandelt wurden .....	119
	Abb. 47: Ausführlicher gewünschte Kursinhalte .....	120
	Abb. 48: Bereitschaft der Kursteilnehmer, als Pflegebegleiter aktiv zu werden.....	121
	Abb. 49: Fünf typische Situationen in der Pflegebegleitung .....	123
	Abb. 50: Einflussfaktoren auf die aktive Auseinandersetzung mit der Pflege- situation .....	135
	Abb. 51: Exemplarische Darstellung der typischen Situationen, bezogen auf den Einflussfaktor Kommunikation .....	137
	Abb. 52: Wo Pflegebegleitung stattfindet - fünf typische Situationen in der Pflegebegleitung.....	140
	Abb. 53: Stärken und Chancen unterschiedlicher Kontaktorte.....	142
	Abb. 54: Pflegebegleitungsverlauf I: Kontinuierliche Begleitung und Stabili- sierung auf emotionaler Ebene.....	144
	Abb. 55: Pflegebegleitungsverlauf II: Begleitung ausgehend von einer emotio- nalen Bedürftigkeit hin zur aktiven Gestaltung der Pflgetätigkeit .....	145
	Abb. 56: Pflegebegleitungsverlauf III: Begleitung ausgehend von einer hoch- kritischen Situation hin zu weitgehender Stabilisierung .....	146

Abb. 57: Pflegebegleitungsverlauf IV: Neuorganisation und Anpassung einer z. T. jahrelang andauernden Pflege an aktuelle Bedürfnislagen, Begleitung zum weiteren Austausch nach Bedarf .....	148
Abb. 58: Pflegebegleitungsverlauf V: Kontinuierliche Gesprächsbegleitung bei einer zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu Pflegenden .....	149
Abb. 59: Pflegebegleitungsverlauf VI: Begleitung in einer relativ stabilen Pflegesituation nach Bedarf.....	150
Abb. 60: Kontaktaufnahme zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleitern .....	152
Abb. 61: Zum Passungsverhältnis zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleiter .....	156
Abb. 62: Zentrale Merkmale der Begleitungsbeziehungen zum Zeitpunkt der Befragung .....	157
Abb. 63: Berichtete Belastungen pflegender Angehöriger bei der Pflege.....	162
Abb. 64: Gegenstand der Pflegebegleitung .....	171
Abb. 65: Was pflegende Angehörige durch Begleitung gewinnen.....	173
Abb. 66: „Durch die Pflegebegleitung nehme ich mehr unterstützende Angebote in Anspruch bzw. habe es vor (z.B. Pflegedienst, Selbsthilfegruppe ...)“ ...	175
Abb. 67: „Durch die Pflegebegleitung habe ich das Gefühl, dass sich für mich die häusliche Pflegesituation stabilisiert hat“ .....	177
Abb. 68: „Durch die Pflegebegleitung habe ich einen begleitenden Gesprächspartner gewonnen“ .....	179
Abb. 69: „Durch die Pflegebegleitung hat sich meine Gesundheit zum Positiven verändert“ .....	181
Abb. 70: Wenn Begleitung wegfallen würde: Aspekte.....	184
Abb. 71: „Pflegebegleitung sollte auch weiterhin angeboten werden“ .....	185
Abb. 72: Biografisch-narrative Anteile der Interviews .....	186
Abb. 73: „Life-Care-Balance“ .....	188
Abb. 74: Merkmale des Pflegebegleiter-Projekts.....	240
Abb. 75: Die Kunst des Beistands als Aspekt der Lebenskunst .....	243
Abb. 76: Zukunftsaufgaben im Hinblick auf die nachhaltige Entwicklung von Pflegebegleitung.....	246



# Vorbemerkung

---

Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei der Benennung von Personen und Personengruppen darauf verzichtet, eine beide Geschlechter ausweisende Formulierung zu verwenden. Das jeweils andere Geschlecht ist jedoch stets mitgemeint.

Vorbemerkung





Das Modellprojekt „Pflegebegleiter“ wurde gemäß den Förderkriterien nach § 8 Abs. 3 SGB XI von den Spitzenverbänden der Pflegekassen - vertreten durch den VdAK/AEV e. V. und ab 1.7.2008 vertreten durch den GKV-Spitzenverband - im Rahmen der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zum 1. November 2003 beim Forschungsinstitut Geragogik in Auftrag gegeben. Es wurde am 31. Oktober 2008 beendet.

Im Rahmen einer modellhaften Erprobung neuer Versorgungsstrukturen verfolgte das Modellprojekt speziell das Ziel der Implementierung von auf ehrenamtlichem Engagement basierenden Unterstützungsstrukturen für pflegende Angehörige (siehe [www.gkv.info/site/?id=575](http://www.gkv.info/site/?id=575)). Der wissenschaftlichen Begleitung kam dabei die Aufgabe der Beratung, Unterstützung und der Erfolgskontrolle bei der Umsetzung der Konzeption zu.

Im Projekt Pflegebegleiter sind alle vereinbarten Ziele im Hinblick auf die Entwicklung und Erprobung des Freiwilligenprofils Pflegebegleiter und auf die Implementierung von Pflegebegleiter-Initiativen erreicht worden. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation bestätigen dies und weisen pointiert auf die Besonderheiten, aber auch die Schwierigkeiten hin.

In der folgenden Darstellung werden die von November 2003 bis Oktober 2008 erzielten Ergebnisse skizziert und abschließend zusammengeführt und eingeordnet.

Alle vertraglich vereinbarten spezifischen Inhalte (vgl. den Vertrag über die Durchführung eines Modellvorhabens zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI, S. 3) sind verwirklicht worden:

- die Implementierung von auf ehrenamtlichem Engagement basierenden bundesweit verbreiteten Unterstützungsstrukturen für pflegende Angehörige/Bezugspersonen: an 97 Standorten bundesweit erfolgt; die Weiterarbeit der Initiativen ist überwiegend gewährleistet (Nachhaltigkeit);
- eine Weiterentwicklung des Curriculums zu Vorbereitungskursen für Pflegebegleiter - Erarbeitung einer Publikation: liegt inzwischen in der 8. Auflage vor;
- die Entwicklung eines Curriculums zur Schulung von Multiplikatoren bzw. Projekt-Initiatoren - Erarbeitung einer Publikation „Schulung für Multiplikatoren“: diese liegt als internes Papier in der 3. Auflage vor;

- die Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen für Projekt-Initiatoren in allen Bundesländern: 14 Qualifizierungen mit je 160 Ust. sind durchgeführt worden;
- die Durchführung von Vorbereitungskursen für freiwillige Pflegebegleiter in allen Bundesländern: Durchgeführt wurden 186 Vorbereitungskurse bundesweit mit insgesamt 2.104 Teilnehmern;
- die Einbindung der Pflegebegleiter-Gruppen in die Infrastruktur vor Ort: 100 Kooperationspartner - Organisationen, Kommunen, Landkreise - unterstützen die Initiativen vor Ort, die meisten von ihnen auch über die Projektlaufzeit hinaus;
- die Erarbeitung einer Handreichung für Pflegebegleiter zur Verbreitung und Umsetzung der Idee „Pflegebegleiter“ mit „Good-Practice-Beispielen“ und weiteren Umsetzungsanregungen: Diese sind integriert im Curriculum zu Vorbereitungskursen für Pflegebegleiter, 8. Auflage;
- vernetztes und abgestimmtes Handeln und die Zusammenarbeit über Systemgrenzen hinweg (Leitziel des Modellprogramms) wurden mithilfe der Homepage ([www.pflegebegleiter.de](http://www.pflegebegleiter.de)), Newslettern, Rundbriefen für Projekt-Initiatoren, Fachtagungen, Konferenzen usw. auf der Ebene vor Ort, der Landes-, Regional- und Bundesebene erreicht. Damit wurde zugleich eine Aktionsplattform für die Zukunft als Bundesnetzwerk aufgebaut.

Zusätzlich erarbeitet wurden eine Ausdifferenzierung von Engagementformen und die Erprobung von speziellen Aktivitäten (Maßnahmen zur Wertschätzung pflegender Angehöriger, Angehörigen-Café usw.), mit denen die Hürden des Zugangs zu pflegenden Familien kreativ überwunden werden konnten.

Die wissenschaftliche Begleitung hat von Projektbeginn an die Entwicklung des Projektverlaufs evaluiert und die ermittelten Ergebnisse auf regionalen Fachtagungen, Arbeitstreffen und Besprechungen mit dem Leitungsteam diskutiert und in die Projektsteuerungsgruppe eingebracht.

Für die folgenden Teilschritte der Evaluation und wissenschaftlichen Projektberatung wurden folgende Instrumente und teilweise auch Vorgehensweisen und Verfahren speziell entwickelt und eingesetzt:

- Evaluation der Qualifizierungskurse für Pflegebegleiter mit einem standardisierten, überwiegend geschlossenen Fragebogen - entwickelt auf der Basis von qualitativen

Interviews mit freiwillig Engagierten im Pilotprojekt Viersen; zweimalige Aktualisierung im Projektverlauf; Erhebung unter allen Kursteilnehmern der Vorbereitungskurse (quantitative Auswertung (deskriptive Statistik und Häufigkeitsanalysen) - Rücklauf n = 1.391)

- Leitfadengestützte Interviews mit den Leitern der Regionalbüros zum Stand der Implementierung in die Praxis (qualitative Inhaltsanalyse)
- Ressourcenerhebung (teilstandardisierter Fragebogen) - schriftliche Befragung der Projekt-Initiatoren und der Organisationen; Rücklauf: 28 Projekt-Initiatoren-Tandems (PI-Tandems) und 31 kooperierende Organisationen
- Monatliche Protokollbögen zur Berichterstattung der Regionen an die wissenschaftliche Begleitung (Erstellen von Quartalsberichten und deren Rückspiegelung ins Projekt)
- Dokumentationsbogen für Pflegebegleitungen - teilstandardisierter Fragebogen - liefert Daten über Charakter, Inhalt und Häufigkeit von Pflegebegleitungen - Basis für die Rekonstruktion „typischer“ Pflegeverläufe; Teil der Wirkungsforschung (Rücklauf n = 2.019)
- Postkartenbefragung von pflegenden Angehörigen (geschlossener Kurzfragebogen) - Teil der Wirkungsforschung (Rücklauf n = 944)
- Tiefeninterviews mit narrativem Charakter mit 16 pflegenden Familien (qualitative Inhaltsanalyse; Typenbildung) - Teil der Wirkungsforschung

Die Auswertungsergebnisse dieser Datenerhebungen fließen - ebenso wie die Prozessreflexionen und Konzeptentwicklungen aus dem Projekt - in die folgende Kurzdarstellung der aktuellen Projektergebnisse ein.

## Hauptergebnisse

- Ein neues Profil der niedrighschwelliger Begleitung pflegender Angehöriger ist entwickelt, erprobt und evaluiert worden. Es setzt auf persönliche Entwicklung vertrauensvoller Beziehungen (nicht auf Dienstleistungen) und auf Informationsvielfalt sowie Wahlfreiheit/Selbstbestimmung, auf gemeinsames Lernen im Austausch. Charakteristikum ist eine Austauschbeziehung: Sowohl Freiwillige als auch pflegende Angehörige und Professionelle werden gleichermaßen als Gebende und Nehmende definiert. Weiterhin wird Vernetzung auf und zwischen allen Ebenen angestrebt: im Nahraum, aber auch im Pflegebegleiter-Netzwerk.

## Abstract

- Unterschiedliche positive Wirkungen sind bei den pflegenden Angehörigen sichtbar geworden.
- Die bundesweite Verbreitung ist gelungen: 2.104 Kursteilnehmer, davon 2.063 Pflegebegleiter mit Zertifikat und 2.022 Freiwillige mit Ausweisen; 213 derzeit tätige Projekt-Initiatoren und 97 Organisationen/Kommunen.
- Ein neuer Prototyp von Bürgerengagement ist entstanden: verbands- und trägerübergreifend/zusammenführend (Profil der Vernetzung).
- Qualifizierungskonzepte für Multiplikatoren und Freiwillige sind entwickelt und evaluiert worden, sodass die hier entstandenen und gebündelten Erfahrungen für die weitere Verbreitung zur Verfügung stehen.

## Übersicht zur Struktur des Endberichts

Der Bericht enthält folgende Aspekte:

Im ersten Kapitel wird ein Überblick über die Fragen und das Thema des Projekts gegeben. Dabei wird das Projektkonzept in seinen zentralen Merkmalen und Zielen vorgestellt und unter dem Aspekt beleuchtet, in welcher Art und Weise das Projekt eine nachhaltige Weiterentwicklung seiner Anliegen gefördert hat.

Im zweiten Kapitel wird der mit dem Pflegebegleiter-Projekt verbundene aktuelle Forschungsstand beschrieben. Deutlich wird hier, welche Defizite zur Entwicklung des Pflegebegleiter-Ansatzes geführt haben. Daraus abgeleitet erfolgt eine Skizzierung der zentralen Fragestellungen des Projekts sowie der speziellen Forschungsfragestellungen, die sich auf die Projektentwicklung beziehen.

Das dritte Kapitel gibt eine Übersicht über die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung verwendeten Fragestellungen und methodischen Zugänge und geht auf die in der Durchführung der Begleitforschung berücksichtigten ethischen Maximen ein.

Im vierten Kapitel erfolgen eine ausführliche Darstellung des Projektverlaufs sowie eine Reflexion im Hinblick auf unvorhergesehene Herausforderungen, Grenzen und Erfolge. Den Abschluss dieses Kapitels bildet eine zusammenführende Darstellung der zentralen Projektergebnisse unter dem Motto: „Pflegebegleiter – ein Projekt, in dem alle gewinnen“.

---

Das fünfte Kapitel stellt die zentralen Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung dar. Erörtert wird im Anschluss, wie sich die ermittelten Ergebnisse in das System der pflegerischen Versorgung integrieren lassen und inwiefern die Ergebnisse auch für andere Felder relevant sein können.

Im sechsten Kapitel erfolgt dann eine zusammenführende Interpretation der Gesamtergebnisse in der Zusammenschau von Praxiserfahrungen und wissenschaftlicher Begleitforschung. Es erfolgt eine abschließende gemeinschaftliche Interpretation im Hinblick auf einzelne ausgewählte Aspekte, die aus Sicht der Projektleitung und wissenschaftlichen Begleitung für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Bedeutung haben könnten. Hier erfolgt eine Bezugnahme auf aktuelle Entwicklungen und Forschungsergebnisse. Den Abschluss des Kapitels bildet ein Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen ebenso wie auf die Herausforderungen, die sich für die Weiterentwicklung und weitere Verbreitung von Pflegebegleitung ergeben.

# 1. Einleitung

Mit dem Projekt Pflegebegleiter ist die Implementierung eines speziellen Freiwilligenprojekts in die Versorgungsstrukturen gelungen. Wie im Projektantrag beschrieben, sollten pflegende Angehörige als ein im Versorgungssystem bisher wenig beachteter Personenkreis ins Zentrum gerückt werden. Es galt, Zugänge zu den pflegenden Familien zu entwickeln und den pflegenden Angehörigen „Begleitung“ anzubieten.

Intention war es, durch freiwilliges Engagement im Pflege-Mix die Fähigkeit des familialen Systems zur Pflege zu Hause zu erhalten bzw. wiederherzustellen und eine Inanspruchnahme von externer Hilfe zu ermöglichen.

Wirksamkeit und Rentabilität des Engagements der sogenannten Pflegebegleitung konnten im Projekt erwiesen werden.

## 1.1 Hintergrund und Begründung des Vorhabens

Das Projekt Pflegebegleiter zielte auf die Entwicklung eines Konzepts zur Begleitung pflegender Angehöriger durch speziell qualifizierte Freiwillige und auf die Implementierung von Freiwilligeninitiativen in allen Bundesländern.

Das Projekt Pflegebegleiter war Teil eines Vorhabens zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und reagierte auf einen eklatanten Bedarf an Unterstützung von Familien bei der Pflege im häuslichen Bereich. Im Laufe der vergangenen fünf Jahre hat eine Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen wie die Kasseler-Studie (2004), die MUG-III-Studie (2005) und die europäische Studie EUROFAMCARE (2008) den im Projektantrag konstatierten Bedarf eindrücklich bestätigt (vgl. dazu ausführlich Kapitel 6). Diese drei zentralen bundesdeutschen Ergebnisse veranschaulichen die Relevanz des Ansatzes „Freiwillige begleiten pflegende Angehörige“ und unterstützen die aus einer internationalen Sekundäranalyse (vgl. Bubolz-Lutz Habilitationsschrift 1999, veröffentlicht 2006) abgeleiteten zentralen Ansatzpunkte des Projekts:

- Niedrigschwelliger Zugang zu Familien
- Kompetenzentwicklung für Freiwillige und die sie fachlich begleitenden Multiplikatoren sowie Organisationen
- Vernetzung in einem Unterstützungsnetzwerk für die Pflege auf den verschiedenen Ebenen (vor Ort, landesweit, in den Regionen und auf Bundesebene)

Auch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 1. Juli 2008 bestätigt die Bedarfslagen für niedrigschwelliges, zugehendes freiwilliges Engagement entsprechend. Mit dem eingeführten Profil des professionellen „Pflegeraters“ wurde die Notwendigkeit bestätigt, die bisherig existierenden Angebote zur Stützung häuslicher Pflege um „zugehende Interventionen“ zu erweitern. Auch die Einführung von Pflegestützpunkten bestätigt einen Bedarf, der bereits im Pflegebegleiter-Projekt Berücksichtigung fand: Pflegenden Angehörige sind über die unterschiedlichen vorhandenen Angebote schlecht informiert und benötigen Orientierungshilfe bei der Koordination und Organisation von Pflegearrangements.

Die erwähnten wissenschaftlichen Untersuchungsergebnisse, die auch im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ihren Niederschlag gefunden haben, veranschaulichen, dass das neue Tätigkeitsprofil der freiwilligen Pflegebegleiter den vorhandenen Bedarfs- und Problemlagen pflegender Angehöriger passgenau entspricht.

Die Bedürfnisse pflegender Angehöriger stellen sich als heterogen dar. Daher sind auch die Ansätze für Pflegebegleitung unterschiedlich (vgl. hierzu die Typenbeschreibung von Pflegesituationen, Kapitel 5). Trotz dieser Unterschiedlichkeiten wurden im Projekt Pflegebegleiter von Beginn an drei Grundorientierungen – die sich durch alle Ebenen des Projekts hindurchziehen – als handlungsleitend entwickelt:

#### a) Empowerment<sup>1</sup>:

Entlastung allein genügt nicht, sondern es geht darum, den differenzierten Bedarfen pflegender Angehöriger gerecht zu werden. Gelebtes Empowerment stellt dabei einen qualitativen Unterschied zum Abhandeln eines professionellen und festgeschriebenen Leistungskatalogs dar. Die Konkretisierungen des Empowerment-Ansatzes drücken sich beispielsweise in den später beschriebenen Ergebnissen zu den Dokumentationsbögen für Pflegebegleitungen aus.

---

<sup>1</sup> Das Empowerment-Konzept ist eng mit der Geschichte der neuen sozialen Bewegungen verknüpft. In schriftlicher Form erschien es zum ersten Mal (Soloman 1976) im Zusammenhang mit der Sozialarbeit in sozial benachteiligten schwarzen Communities, „... im Schnittfeld zwischen Bürgerrechtsbewegung und radikal-politischer Gemeinwesenarbeit“ (Herriger 2002, S. 19). Dabei ging es um die Beschreibung und Analyse von Prozessen der Befähigung, Ermächtigung und der Vermittlung von Selbstwertgefühl. In der Empowerment-Praxis geht es also darum, Menschen zur Entdeckung der eigenen Stärken zu ermutigen mit dem Ziel, ihnen Lebensautonomie zu ermöglichen. Sie werden dadurch kompetente Akteure, die ihr Leben selbst in die Hand nehmen und in eigener Regie gestalten. Dies erfordert einerseits eine normative Enthaltsamkeit sowie den Verzicht auf die Zuschreibung von Hilflosigkeit (nicht Helfer, sondern Begleiter sein) und andererseits die Achtung vor der Autonomie und den Lebensentwürfen des Einzelnen.



**b) Kompetenzentwicklung<sup>2</sup>:**

Hierbei kommen sowohl Eigenverantwortlichkeit als auch Solidarität zum Tragen. Es wird davon ausgegangen, dass es aufseiten der verschiedenen Akteure im Pflege-Mix spezielle Kompetenzen zu entwickeln gilt, durch deren Zusammenspiel pflegebedürftigen Personen sowie den sie pflegenden Angehörigen ein Leben in Würde und Balance erleichtert wird.

Pflegende Angehörige haben einen enormen Lernbedarf, um ihre Situation gestalten zu können. Auch die Pflegebegleiter lernen in der Auseinandersetzung mit ihrem Engagement und über ihr eigenes Altern im Sinne der Gesundheitsbildung (vgl. Ergebnisse zu Vorbereitungskursen, Kapitel 5)

**c) Vernetzung<sup>3</sup>:**

Im Projekt Pflegebegleiter ist der Weg beschritten worden, freiwilliges Engagement im Pflege-Mix durch Kooperationen mit unterschiedlichen Organisationen oder Kommunen bzw. Landkreisen vor Ort zu verankern und so auf der Ebene der Praxis eine nachhaltige Entwicklung zu ermöglichen. Die Verankerung wurde zusätzlich durch die Bildung von Multiplikatoren-Tandems gefördert, die sich aus einem professionellen im Pflege- bzw. Bildungsbereich und einem bürgerschaftlich engagierten Experten zusammensetzten. So war eine Verzahnung des freiwilligen und des professionellen Systems auch auf der „Personalebene“ gewährleistet. Das Modell der Kooperation „auf Augenhöhe“ – mit Vereinbarungen zwischen dem Regionalbüro und den kooperierenden Organisationen zum Modell einer „Unterstützung ohne Vereinnahmung“ und mit einem möglichst hohen Grad an Selbstorganisation seitens der Initiativen – erleichtert die Entwicklung von Verständnis und Respekt der Freiwilligen in Bezug auf das professionelle System. Gleichzeitig wirkt es als Beispiel gelingender Praxis in den Sozialraum und zeigt Organisationen und Kom-

---

2 Mit dem Begriff der Kompetenzentwicklung (lat. *competere* = zusammentreffen, auch: zukommen, zustehen) eng verknüpft ist der Begriff des Lernens. In der Diskussion um schulisches Lernen zielt die Benutzung des Begriffs darauf ab, die Kluft zwischen in der Schule erworbenem Wissen und dessen Anwendung auf alltägliche Probleme zu überwinden (vgl. Lipski 2004, S.257). Im Konzept der Kompetenzentwicklung sind Lernen und Handeln gedanklich eng miteinander verknüpft, Handlungsfähigkeit wird als Teil des Lernprozesses mitgedacht, und kontinuierliche Rückkoppelungen von Erfahrungswerten zur Verbesserung des Handelns werden einbezogen. Insofern ist die Kompetenzdebatte, wie sie heute im Rahmen der Erziehungs- und Bildungswissenschaft geführt wird, als eine Reaktion auf ein verengtes Lernverständnis zu verstehen, in dem das Handeln in der Praxis – also die Anwendung des Gelernten in einer konkreten Situation sowie die Rückkopplung von Erfahrungen – zu wenig Beachtung gefunden hat.

3 Obwohl Netzwerkarbeit „in aller Munde“ ist, zeigt ein Blick in die Praxis, dass viel zu oft unterschiedliche Eigeninteressen das gemeinsame Ziel der Unterstützung häuslicher Pflege überlagern. Das bringt einen guten Ansatz in Verruf und verbessert die Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen keineswegs.

munen einen Weg, zum Wohle pflegender Angehöriger - und in der Folge auch pflegebedürftiger Personen - partnerschaftlich und in gegenseitiger Wertschätzung zu kooperieren. Das Projekt Pflegebegleiter hat somit eine Beispielfunktion für die Bearbeitung von verschiedenen Schnittstellen im Pflege-Mix: zwischen pflegenden Angehörigen, Organisationen der Pflege und freiwilligem Engagement.

Im Projekt sind diese drei Grundorientierungen Empowerment, Kompetenzentwicklung und Vernetzung konsequent umgesetzt worden. Grundlage für die Wahl dieses Ansatzes war die Überzeugung, dass auf lange Sicht die der demografischen Entwicklung geschuldeten Zunahme von Pflegebedarf nur mit einer erhöhten Eigen- und Mitverantwortung sowie einer gezielten Entwicklung von Selbstorganisationskompetenzen und einer Vernetzung von Angeboten begegnet werden kann.

## 1.2 Ziele des Projekts

Das zentrale Ziel des Projekts ist: „... die Entwicklung einer Infrastruktur für eine angestrebte flächendeckende Implementierung von ehrenamtlich tätigen Pflegebegleitern in das Versorgungssystem von Demenzerkrankten. Die (...) vorgelegte Version ist darauf angelegt, ähnlich der Hospizinitiative nicht nur ein zusätzliches Versorgungsnetz speziell für pflegende Angehörige aufzubauen, sondern über eine breite Aufklärungskampagne in der Öffentlichkeit das Bewusstsein für die Solidarität mit den familiär Pflegenden zu stärken und eine entsprechende Engagementbereitschaft zu wecken“ (Projektantrag 2003, S. 1).

Zur Projektidee heißt es im Projektantrag weiter: „Zentrale Voraussetzung für das Gelingen familiärer Pflege von chronisch kranken, speziell dementen und psychisch veränderten Älteren ist nach heutiger Erkenntnis die Befähigung der pflegenden Angehörigen zu:

- kompetenter Sorge um die Erkrankten,
- Selbstpflege und
- sozialer (Selbst-)Einbindung sowohl in ein soziales Netz als auch in ein „Pflegenetzwerk“

bei Aufrechterhaltung des Gesamtsystems Familie.

Vor diesem Hintergrund zielt das Modellprojekt Pflegebegleiter auf eine Unterstützung pflegender Angehöriger in ihrem Lebensraum: Ergänzend zu den bestehenden Angeboten

professioneller Altenpflege sollen ehrenamtlich tätige Pflegebegleiter pflegenden Angehörigen bei der Bewältigung der schwierigen, oftmals über viele Jahre andauernden Sorge um demenzielle Ältere „vor Ort“ zur Seite stehen und dabei die Gestaltung von tragfähigen familiären Sorgebeziehungen unterstützen und fördern.

Pflegebegleiter sind Ehrenamtliche,  
die jene Personen unterstützen und stärken,  
die zu Hause einen Angehörigen pflegen.  
Ihnen leisten sie den Beistand, den diese benötigen,  
um sich der schwierigen Aufgabe der Pflege zu stellen und  
diese positiv zu gestalten.

Das Projekt Pflegebegleiter zielt langfristig auf die Implementierung einer auf ehrenamtlichem Engagement basierenden flächendeckenden Unterstützungsstruktur für pflegende Familien. Diese fügt sich in bestehende Pflegestrukturen zur Ermöglichung häuslicher Pflege von Älteren/speziell Dementen ein. Die Qualität des auf Kontinuität angelegten ehrenamtlichen Einsatzes wird durch Qualifizierung und weitere fachliche Begleitung der Pflegebegleiter gewährleistet, ebenso durch Qualifizierung und fachliche Begleitung der Multiplikatoren.

Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht ergibt sich aus der Qualifizierung und dem nachfolgenden Einsatz von Pflegebegleitern folgender Nutzen:

- Durch das Engagement der - entsprechend qualifizierten und fachlich begleiteten - ehrenamtlich tätigen Pflegebegleiter wird eine Lücke zwischen professionellem und informellem Unterstützungssystem für „Pflegefamilien“ geschlossen. Die mit institutionellen Angeboten verbundenen Vorbehalte der Nutzer entfallen speziell dadurch, dass persönliche, hierarchiefreie, informelle Beziehungen aufgebaut werden. Die „Bring-Struktur“ erleichtert eine Inanspruchnahme dieses als „niedrigschwellig“ einzustufenden Angebots. Qualifizierte Laien fungieren als Vermittler zwischen Professionellen und Familien in enger Kooperation mit Selbsthilfeinitiativen.
- Durch die kompetente Begleitung der Familien verbessert sich die Lebensqualität der Familien bei der Pflege - und damit zusammenhängend auch die Pflegequalität im häuslichen Bereich.

- Die Realisierung eines solchen Konzepts ermöglicht Einsparungen: Die Pflegequalität steigt, die Krankheitsrate der Pflegenden sinkt. Eine Heimunterbringung der demenziell Erkrankten wird vermieden oder verzögert.
- Für „kompetente Laien“ ergibt sich die Chance, eigene frühere Pflegeerfahrungen nutzbringend zu verwenden; sie erfahren in der nachberuflichen Phase Sinn durch qualifiziertes Engagement in ihrem eigenen Lebensraum.
- Die ehrenamtlichen Pflegebegleiter helfen den Pflegefamilien nicht nur durch ihre direkte Zuwendung; sie sind auch - mehr als die Betroffenen selbst - in der Lage, die Interessen der zu Hause Pflegenden und Gepflegten in Öffentlichkeit und Politik zu vertreten. Bei entsprechender Verbreitung solcher Initiativen ist zu erwarten, dass sich das öffentliche Bewusstsein für diese gesellschaftlich relevante, zunehmende Problematik schärft; die Entwicklung der im Pflegeversicherungsgesetz genannten „neuen Kultur des Helfens“ wird fassbar umgesetzt.
- „Die im Verlauf des Projektes entwickelten Erfahrungen in Fortbildung und Begleitung sind auf andere Bereiche der Gesundheitsbildung übertragbar“ (Projektantrag 2003, S. 2-4).

Im Verlauf des Projekts Pflegebegleiter wurden diese zentralen Intentionen systematisch verfolgt. Es liegt allerdings in der Natur dieses auf pflegende Angehörige ausgerichteten „Entwicklungsprojekts“, dass zwar Effekte von Pflegebegleitung wie eine „Entspannung der Pflegesituation“ ermittelt werden konnten, die Feststellung einer Verbesserung von Pflegequalität in der häuslichen Pflege den Projektrahmen jedoch überschreiten würde.

### 1.3 Nachhaltigkeit der zu erreichenden Ziele

Innerhalb des Projekts sind Bedingungen geschaffen worden, die eine Bestandserhaltung und Weiterentwicklung der Projektidee ermöglichen. Wie sich das Anliegen nachhaltiger Entwicklungen im Projekt Pflegebegleiter konkretisiert hat, wird im Folgenden beschrieben.

Das Pflegebegleiter-Projekt wurde als Entwicklungsprojekt angelegt, das auf die Entwicklung und Implementierung des freiwilligen Engagements in der Pflege zielt. Gemäß der Intention des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI sollte erprobt und evaluiert werden, inwiefern qualifiziertes freiwilliges Engagement - speziell die Begleitung pflegender

Angehöriger – einen effektiven Beitrag zur pflegerischen Versorgung der Bevölkerung leisten kann.

Der Intention einer auf Nachhaltigkeit angelegten möglichen Verbreitung von Pflegebegleiter-Initiativen entspricht eine ausdifferenzierte, basisnahe Projektstruktur, die aus einem Bundesbüro und aus vier Regionalbüros besteht (zu den Aufgaben der Projekt-Akteure vgl. Kapitel 4.2).

Es hat sich gezeigt, dass sich stabile Strukturen für freiwilliges Engagement v. a. dann entwickeln lassen:

- wenn eine übergeordnete Support-Struktur (auf Landes-, Regionalbüroebene) für die Qualifizierung und kontinuierliche Beratung der Projekt-Initiatoren vor Ort und die gezielte Einbindung der Organisationen und Kommunen gegeben ist,
- wenn eine kontinuierlich zwischen Theorie und Praxis vermittelnde gemeinsame Profilentwicklung – im Dialog mit dem professionellen System – stattfindet (Bundesebene/Basis),
- wenn Qualifizierungskonzepte wissenschaftlich evaluiert und immer wieder an die Erfahrungen angepasst werden (koordiniert durch Bundesbüro) und
- wenn im Austausch über Praxiserfahrungen die Qualitätskriterien für eine gute Begleitungspraxis kontinuierlich weiterentwickelt und immer wieder neu vermittelt werden (Qualitätsentwicklung auf allen Ebenen).

Die Bemühungen um die Schaffung von Rückhalt in den Verbänden führten im Jahr 2006 zu einer Gesprächsrunde mit Vertretern der Wohlfahrtsverbände auf Bundesebene beim Deutschen Verein in Berlin. 2007 wurden diese Aktivitäten auf persönlicher Ebene und in Gremien fortgesetzt und intensiviert, z. B. auch im Rahmen der Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung. Ebenso sind in der Steuerungsgruppe die Nachhaltigkeitsaspekte kontinuierlich in Beratungen mit den Vertretern des VdAK zur Sprache gekommen.

Für die Finanzierung der Praxisbegleitung für Pflegebegleiter-Initiativen konnte auf das Programm „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“ (GÜF) beim BMFSFJ zurückgegriffen werden. Vertragspartner sind die Organisationen, die den Pflegebegleiter-Initiativen nach absolviertem Vorbereitungskurs auch weiterhin einen organisatorischen und fachlichen Rahmen bieten wollen und dafür finanzielle Unterstützung benötigen.

---

Die Laufzeit für das Finanzierungsprogramm des BMFSFJ ist bis zum 31.12.2008 verlängert worden. Damit erhalten die kooperierenden Organisationen die Möglichkeit, weiterhin Mittel zu beantragen, um den Übergang in die Eigenfinanzierung ein wenig abzufedern.

Nicht alle Initiativen haben von der Möglichkeit einer Förderung der Pflegebegleiter-Praxis durch das BMFSFJ Gebrauch gemacht. Die Erfahrungen derjenigen Organisationen, die eine Anschlussförderung durch das Förderprogramm „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“ wahrgenommen haben, waren jedoch durchweg positiv:

- Die Organisationen sahen sich so in der Lage, die Aufwendungen für die weitere fachliche Begleitung der Initiativen zu übernehmen (de facto kann die Arbeitsbelastung eines Tandems mit insgesamt einer halben Personalstelle beziffert werden).
- Die Pflegebegleiter erhielten zudem in ihrer kontinuierlichen Praxis eine Erstattung für die ihnen entstandenen Kosten (Fahrtkosten, Telefon usw.).

Das GÜF-Programm erwies sich im Wesentlichen als „Finanzierungsmodell“, dessen spezielle Programmatik dem Pflegebegleiter-Projekt entgegenkam. Insofern haben sich inhaltlich keine Divergenzen oder Interessenkonflikte ergeben.

Das in den Prinzipien des „Lernkompass“ zusammengeführte Lernkonzept impliziert permanentes Lernen. Die im Projektverlauf erarbeiteten Materialien von Kurskompass, Kompass für Projekt-Initiatoren und Materialband und ihre spätere Veröffentlichung ermöglichen eine Weiterarbeit nach dem hier erprobten Konzept auch über die Projektlaufzeit hinaus. Das hier entwickelte Lernkonzept für freiwilliges Engagement hat auch auf der Ebene der Bundesländer, der Bundesebene sowie in anderen deutschsprachigen Ländern (Schweiz und Österreich) Beachtung gefunden.

## 2. Aktueller Forschungsstand zum Pflegebegleiter-Projekt

30

Aktueller  
Forschungsstand  
zum Pflegebegleiter-  
Projekt

Das Pflegebegleiter-Projekt ist als Reaktion auf die aktuelle gesellschaftliche Bedarfslage entwickelt worden. Diese wird im Folgenden skizziert.

### 2.1 Pflege in der Familie - ein persönlich und gesellschaftlich bedeutsames Thema

Pflegebedürftigkeit im Alter ist heute ein Thema von großer allgemeiner Bedeutung, gilt sie doch inzwischen für die über 80-jährigen als allgemeines Lebensrisiko. Die ansteigende Lebenserwartung der Bevölkerung bewirkt, dass immer mehr Menschen ein hohes Alter erreichen - viel häufiger noch als vor 50 Jahren. Da einem Familienverband heute bis zu fünf Generationen gleichzeitig angehören, wird auch die Wahrscheinlichkeit größer, dass in einer Familie zwei Generationen parallel, also etwa Groß- und Urgroßeltern, Unterstützung brauchen. Bei abnehmender Kinderzahl und zugleich größerer Mobilität der Jüngeren sind hier Probleme programmiert.

Die Auseinandersetzung mit Pflegebedürftigkeit innerhalb des Lebenslaufs ist sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft insgesamt unumgänglich. Die Wahrscheinlichkeit, als Gepflegte oder Pflegenden davon betroffen zu werden, ist sehr hoch (vgl. dazu die Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung, Schneekloth/Wahl 2005). Ganz gleich in welcher Lebensphase - Pflegebedürftigkeit und chronische Krankheit stellen immer Einschnitte im persönlichen Leben dar und müssen integriert werden.

Unmittelbar von Pflegebedürftigkeit betroffen sind zunächst diejenigen, die mit zunehmendem Alter verstärkt Hilfe und Pflege benötigen. Laut Statistik des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (zitiert in DIE ZEIT 2008, siehe Abb. 1) sind es knapp 2,13 Millionen Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung in privaten Haushalten in Anspruch nehmen. Weitere knapp 3 Millionen sonstige Hilfsbedürftige erhalten keine Leistungen aus der Pflegekasse (vgl. Schneekloth/Wahl 2005, S. 61; zu den in einzelnen Statistiken divergierenden Zahlen vgl. den 2. Bericht der Pflegestatistik, Statistisches Bundesamt 2005, S. 15). Mittelbar von Pflegebedarf betroffen sind jedoch auch die Angehörigen, die den größten Teil der im Privatbereich geleisteten Hilfe und Pflege übernehmen, und zwar überwiegend ohne jede professionelle Hilfe.

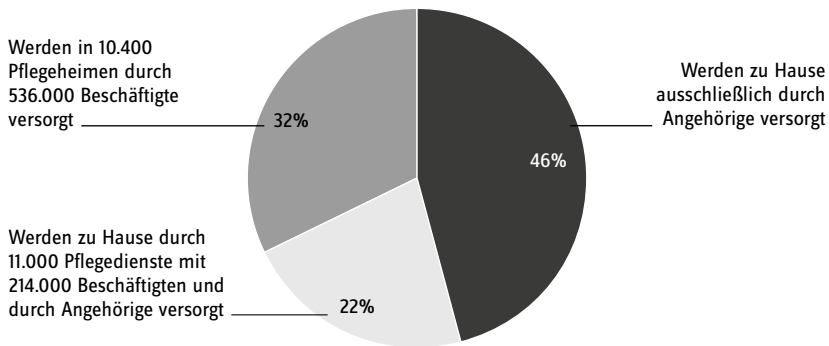


Abb. 1: Pflegebedürftige in Deutschland: insg. 2,13 Millionen

Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, veröffentlicht: DIE ZEIT Nr. 22, 21. Mai 2008

Aus familienpsychologischer Sicht werden die Sorge um alte Verwandte sowie deren Pflege - aus der Perspektive der sogenannten mittleren Generation - inzwischen als eine „neue Phase im Lebensverlauf einer Familie“ bezeichnet (vgl. Schütze/Lang 1992, S. 336). Dies erscheint durchaus berechtigt. Da vielmals mehrfach Pflege übernommen wird und für eine Pflege oft viele Jahre zu veranschlagen sind, kann man sich vorstellen, dass die Gesamtdauer der Pflege die der Kindererziehung zuweilen sogar übersteigt.

## 2.2 Pflegende Angehörige - eine bisher wenig beachtete Personengruppe

Trotz veränderter Familienstrukturen im Sinne von Patchwork-Familien und erhöhter Mobilität ist die lebenslange familiäre Solidarität ungebrochen (vgl. Szydlik 2000, S. 235). Nach der Infratest-Repräsentativerhebung 2002 (vgl. Schneekloth 2005) erhalten 92% der Pflegebedürftigen von den nächsten eigenen Angehörigen Hilfe und Betreuung, nach den Angaben des Statistischen Bundesamts sind es 69% (Statistisches Bundesamt 2005, S. 4). Für die nächsten zehn Jahre wird damit gerechnet, dass sich dieser Anteil zwischen 70% und 90% hält, da hier noch geburtenstarke Jahrgänge für die Pflege zur Verfügung stehen.

Bei den verheirateten Pflegebedürftigen pflegt der Ehepartner, bei verwitweten Hochbetagten sind es die eigenen erwachsenen Kinder oder Schwiegerkinder, die regelmäßig Unterstützung leisten. 46% von ihnen greifen dabei nicht auf zusätzliche professionelle Hil-



fen zurück (vgl. Abb.1/in anderen Veröffentlichungen ist von 55% die Rede: Landtag NRW 2005, S.104). Hier zeigen sich allerdings Differenzen in den einzelnen Bundesländern. So liegt etwa in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg, in denen es einen hohen Anteil an alten Singles gibt, die Quote derer, die allein von Angehörigen betreut werden, bei etwa 40% und damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 4). Selbst wenn sich meist eine Person als Hauptpflegeperson definiert, erhält die Hälfte Unterstützung durch weitere Personen aus dem Bekanntenkreis. Ein Viertel erhält keine Hilfe. Ein weiteres Viertel wird durch professionelle Dienste unterstützt (vgl. Infratest Sozialforschung 2003).

Die Anzahl der mit der Bewältigung der Pflege gedanklich und emotional befassten Personen geht in der Mehrzahl der Fälle über einen einzigen Angehörigen weit hinaus. Es ist davon auszugehen, dass sich innerhalb und außerhalb der Familien mehrheitlich mehrere Personen, auch aus der Enkelgeneration, um das Wohl eines Pflegebedürftigen oder mehrerer Pflegebedürftiger kümmern. Da sich tendenziell immer weniger Kinder um immer mehr Ältere zu sorgen haben, nimmt der Trend zu, dass sich eine einzige Person um mehrere Hilfsbedürftige kümmert. Nur die wachsende Zahl Älterer, die keine Verwandten mehr haben, ist allein auf außerfamiliäre Pflegearrangements angewiesen. Zu beobachten ist eine Entwicklung hin zu einer Pflege durch private Helfer (Freunde, Nachbarn, Bekannte): Immerhin werden 9% der Pflegebedürftigen von Privatpersonen betreut, mit denen sie nicht verwandt sind. Über die Zahl der ausländischen, größtenteils nicht ausgebildeten Pflegekräfte, die in privaten Haushalten tätig sind, liegen keine belastbaren Zahlen vor.

In einem Artikel der Zeitschrift „Der Spiegel“ (vgl. Fröhlingdorf et al. 2005, S.90) wird folgende Diagnose gestellt: „Das Heim kann keine Lösung sein, und auf die Familie ist nicht mehr ohne Weiteres zu bauen. Zu klären ist, was geschehen muss, damit Senioren so lange wie möglich selbstbestimmt leben können und auf welche Weise die Familie als pflegende Institution zu stärken ist.“ Die Stärkung der Familien, der pflegenden Angehörigen, aber auch der anderen o.g. Bezugspersonen ist deshalb zentrales Anliegen des hier dargestellten Projekts.

## 2.3 Pflegende Angehörige brauchen mehr als Entlastung von Pflegetätigkeiten

An die Einführung der Pflegeversicherung knüpften viele Bürger zunächst die Erwartung, gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit künftig finanziell abgesichert zu sein. Die Tatsache, dass die Leistungen nur mit einer „Teilkaskoversicherung“ mit hohem Eigenanteil zu vergleichen sind, haben viele zunächst nicht zur Kenntnis genommen. Als Pauschalzuschuss zu den entstehenden Pflegekosten, abhängig von der Einstufung in die jeweilige Pflegestufe, ist durch die Leistungen der Pflegeversicherung eben nur ein bestimmter Anteil der entstehenden Kosten im Pflegefall abgesichert. Und auch damit gerät die Pflegeversicherung inzwischen an ihre Grenzen.

Unter dem Motto „Entlastung allein genügt nicht ...“ wird im Projekt Pflegebegleiter davon ausgegangen, dass pflegende Angehörige nicht nur Freiräume zur Erholung und deshalb nicht nur Entlastungsangebote brauchen. In der Literatur wird dies bestätigt und spezifiziert (vgl. Kaye/Applegate, 1990; Macera et al. 1993; Gräßel 1996; Blinkert/Klie 2004). So zeigte etwa die Befragung von 1.911 privat pflegenden Personen durch Gräßel und Leuchtebecher, dass die besonderen Schwierigkeiten nicht in den Pflegeanforderungen im engeren Sinne liegen. Die pflegenden Angehörigen konstatieren, dass die sich ständig verändernden Anforderungen Anpassungsleistungen erfordern, die anstrengen und viel Kraft kosten. Sie berichten, dass es v. a. schwierig sei, die Pflegeerfordernisse mit anderen Aufgaben zu koordinieren. Sie hätten zu wenig Zeit für sich selbst, könnten nicht abschalten und sich nicht mehr freuen. 54% der Befragten erwähnen einen Wunsch nach Ausbruch aus dem Pflegealltag, 75% empfinden Trauergefühle (vgl. Gräßel 1996). Ebenso zeigt sich aber, dass die Herausforderungen der Pflege bei pflegenden Angehörigen von diesen selbst auch mit einem Persönlichkeitswachstum in Zusammenhang gebracht werden. Eine empirische Untersuchung an 888 pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten kommt zu dem Schluss: „Schwierige Lebenssituationen wie die Pflege eines demenziell Erkrankten werden als belastend erlebt, haben aber gleichzeitig das Potenzial zur Förderung des Wissens über sich selbst“ (Leipold et al. 2006, S. 231). Vor allem Angehörige mit einer positiven Selbsteinschätzung konstatierten, viel zu lernen, reifer zu werden und neue Vorstellungen darüber zu erhalten, was im Leben wichtig ist. Das Gefühl hingegen, die Pflege „nicht im Griff zu haben“ und „viele Fehler zu machen“, wird von einem gerin-

gen Persönlichkeitswachstum begleitet (vgl. ebenda). Solche Ergebnisse geben Hinweise darauf, wie sinnvoll Wissens- und Kompetenzerwerb im Zusammenhang mit Pflege ist.

Aus den o. g. vorliegenden Untersuchungen lassen sich folgende, von pflegenden Angehörigen geäußerte zentrale Bedarfslagen benennen:

- mehr Wissen/Informationen zu erlangen,
- das Gefühl zu haben, die Pflegeaufgaben kompetent und effektiv erfüllen zu können,
- Kontrolle über die Pflegesituation/den eigenen Alltag zu behalten,
- ausschlafen zu können/Zeit zum Lesen zu haben,
- Kontakte und schöne Erlebnisse genießen zu können und
- im Bewusstsein zu leben, mit der Pflege etwas Sinnvolles zu tun.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die meisten pflegenden Angehörigen sehr daran interessiert sind, die übernommene Pflege so gut wie möglich zu gestalten, ihre Lebenssituation – auch im Hinblick auf das Zusammenleben der Gesamtfamilie – zu verbessern und auftretende Schwierigkeiten in den Griff zu bekommen. Zugleich zeigt sich ein Defizit in Bezug auf die Selbstsorge (vgl. Steiner-Hummel 1998, S. 29).

Die (exemplarische) Aufstellung von Bedürfnissen und Bedarfslagen pflegender Angehöriger verdeutlicht, dass der Wunsch nach Entlastung (nach genügend Schlaf und Regenerationszeit) nur ein Bedürfnis unter mehreren darstellt. Diejenigen Pflegenden, die die Pflegeaufgabe bewusst angenommen haben, sind daran interessiert, diese auch verantwortlich und kompetent auszufüllen. Damit sehen sich viele pflegende Angehörige selbst nicht gern in der Position des Hilfeempfängers, sondern sie definieren sich eher in der Rolle einer Person, die eine besondere und zuweilen besonders schwierige Aufgabe erfüllt. In der Konsequenz geht es vielen von ihnen darum, sich die Kompetenzen anzueignen, die notwendig sind, um den übernommenen Aufgaben gerecht zu werden. Diese Selbsteinschätzung der pflegenden Angehörigen wird im Pflegebegleiter-Projekt zum Ausgangspunkt genommen: Pflegende Angehörige werden als Erfahrene, als Experten in Bezug auf die Gestaltung des Alltags mit ihren unterstützungsbedürftigen Angehörigen angesehen. Ihrem Anliegen, die Möglichkeit zu bekommen, weitere Expertise hinzuzugewinnen, wird entsprochen – zum Wohl ihrer Angehörigen, aber auch um die eigene Lebensqualität zu verbessern und etwas für sich selbst zu tun.

Ein solches Verständnis pflegender Angehöriger, das zwar den Entlastungsbedarf nicht außer Acht lässt, insgesamt jedoch auf die Vielfalt der Bedarfslagen pflegender Angehöriger fokussiert und an ihrer Motivation zur Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen ansetzt, ist derzeit keineswegs üblich. Entsprechend sind die meisten Angebote einseitig auf Hilfe und Entlastung ausgelegt. Sie folgen damit der Vorstellung, dass die Sorge um den hilfebedürftigen Angehörigen eine Bedrohung für das Bedürfnis nach Selbsterhaltung darstellt. Übersehen wird dabei, dass es neben dem Grundbedürfnis nach Selbsterhaltung und Selbstbestimmung ein zweites fundamentales Bedürfnis gibt, nämlich das, soziale Bedeutung für andere zu haben. Das Bewusstsein, von anderen gebraucht zu werden und für andere notwendig zu sein, kann demnach als Erfüllung erlebt werden und selbst große Anstrengungen als lohnend erscheinen lassen (vgl. auch gesundheitswissenschaftliche Theorieansätze wie z. B. das Konzept der Salutogenese von Antonovsky 1997; vgl. auch Wydler et al. 2002).

Pflegende Angehörige vornehmlich unter dem Aspekt von Hilfe- und Unterstützungsbedarf zu sehen heißt zu verkennen, dass Hilfe-Geben auch Stärke verleiht und das Erleben von Selbstwirksamkeit ermöglicht. Dörner (2004, S. 63 ff.) verweist dazu kritisch auf die historischen Entwicklungen im Rahmen der Modernisierungsprozesse, die dazu geführt haben, dass die einzelnen Bürger durch die Ausgliederung von Pflege und Sorge aus den alltäglichen Lebensprozessen das Bedürfnis, für andere Haushaltsmitglieder Sorge zu tragen, nicht mehr befriedigen können. Er warnt vor den Folgen: Wie eine zu große Entlastung von motorischer Aktivität dank des technischen Fortschritts zu einem Schwund von Muskelmasse führe, so bedinge eine zu große Entlastung von sozialer Bedeutung für andere einen Schwund an sozialer und moralischer Entwicklung. Durch eine Institutionalisierung von Sorge und Pflege sei die Nachbarschaft im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklung ihrer ursprünglichen Sorgefunktion beraubt worden. Folge sei der Verlust an Tragfähigkeit kommunaler Lebenswelten.

Diesen Überlegungen – die sich mit den Aussagen der pflegenden Angehörigen selbst decken – folgt das Pflegebegleiter-Projekt: Es erkennt an, dass pflegende Angehörige das Bedürfnis haben, den ihnen nahestehenden pflegebedürftigen Menschen Beistand zu leisten (und insofern sozial bedeutsam zu sein). Anerkannt wird auch, dass sie prinzipiell motiviert sind – im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten –, die Pflege kompetent und erfolgreich zu gestalten und die dazu notwendigen Kompetenzen weiterzuentwickeln. Vo-

rausgesetzt wird damit eine menschliche Tendenz zur eigenständigen Bewältigung von Lebensaufgaben.

Die mit dem Projekt eingeführten freiwilligen Pflegebegleiter nehmen das Grundbedürfnis nach Bedeutsamkeit und eine Motivation zur Entwicklung von Fähigkeiten zu eigenständiger Lebensführung ernst. Sie sehen sich in einem ganz speziellen Sinne zu nachbarschaftlicher Mit-Sorge aufgerufen: Durch Begleitung wollen sie Kompetenzentwicklung ermöglichen und Kontakt anbieten. Indem sie als Vertrauens- und Kontaktpersonen unentgeltlich zur Verfügung stehen, wollen sie familiäre Pflege und Sorgearbeit erleichtern. So tragen sie dazu bei, dass der Wert einer Pflege durch Angehörige erkannt und die darin liegenden Chancen ergriffen werden.

Aus den o. g. Bedarfslagen von pflegenden Angehörigen (vgl. Adler et al. 1996; Drenhaus-Wagner 2002) ergeben sich Ansatzpunkte für die Tätigkeiten von freiwilligen Pflegebegleitern:

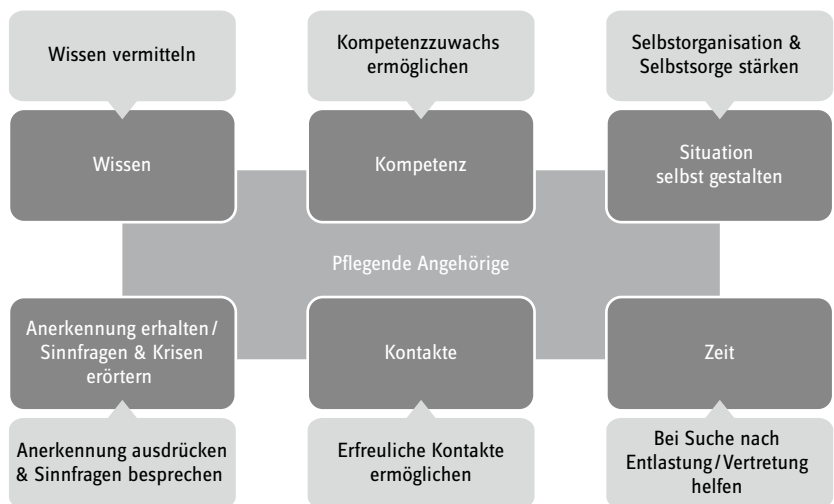


Abb. 2: Bedarfslagen der pflegenden Angehörigen und daraus resultierende Ansatzpunkte für das Engagement der Pflegebegleiter (vgl. Bubolz-Lutz/Kricheldorf 2006, S. 47)

Pflegebegleiter gehen im Gespräch auf die jeweils geäußerten Bedarfslagen ein - allerdings entsprechen sie dem Wunsch nach Entlastung nur insoweit, als sie den Angehörigen

gen so viel Kenntnis über Entlastungsmöglichkeiten vermitteln, dass sie sich Hilfe selbst organisieren können. Sie „packen in den Familien also nicht selbst mit an“, sondern erleichtern die Selbstorganisation des Pflegealltags. Damit belassen sie bewusst die Verantwortlichkeit für die Gestaltung der Pflegesituation in der Familie und respektieren das Anliegen von Pflegebedürftigen wie auch von pflegenden Angehörigen eines selbstbestimmten Lebens (vgl. dazu ausführlich Behrens/Zimmermann 2006, S.167 ff.).

## 2.4 Das Pflegesystem weist Lücken auf, sodass pflegende Angehörige wenig Hilfe in Anspruch nehmen

Konstatiert werden muss zunächst, dass das Ringen um Lebensqualität hilfe- und pflegebedürftiger, meist alter Menschen und ihrer Familien bisher als Privatsache und nicht als allgemeine Aufgabe betrachtet wird. Die Ambulantisierung der Pflege hat zwar eine Ausdifferenzierung von Pflegedienstleistungen in Form von komplementären Diensten wie Mobilien Sozialen Diensten, Mahlzeitendiensten und Beratungsstellen mit sich gebracht, jedoch nicht dazu geführt, dass sich ein Leistungsangebot entwickelte, das den vielen unterschiedlichen Problemlagen der Betroffenen wirklich passgenau gerecht wird (vgl. dazu Schaeffer/Ewers 2001, S.15 ff.). Das Bemühen um eine optimale Versorgung der Pflegebedürftigen versperrt oft den Blick auf das Anliegen, die Lebensqualität für pflegende Familien insgesamt zu sichern.

Entsprechende, auf Lebensqualität insgesamt ausgerichtete Veränderungen in den Strukturen des Gemeinwesens bleiben vielfach aus. Angesichts der zunehmenden Zahl von Hilfe- und Pflegebedürftigen wie auch abnehmender finanzieller Ressourcen seitens der öffentlichen Hand wird zunehmend deutlich, dass allein professionelle Unterstützung das fragile Gleichgewicht von pflegenden Familien nicht länger stabilisieren kann. Benötigt wird eine weitere Kraft, wie sie sich im sogenannten Dritten Sektor – also im Bereich des Engagements von ehrenamtlich bzw. freiwillig Tätigen – anbietet. Vor allem zwei Lücken im Unterstützungssystem häuslicher und familialer Pflege sind erkennbar: zum einen ein Bedarf an psychosozialer zugehender Begleitung und zum anderen eine Vernetzung der Unterstützungsangebote untereinander sowie zwischen dem privaten und dem professionellen System.

Eine Analyse der bisher vorliegenden Befunde zur Situation pflegender Angehöriger zeigt ganz deutlich, dass viele pflegende Angehörige – derzeit immer noch als der „größte Pflegedienst Deutschlands“ bezeichnet – für ihren Einsatz einen hohen Preis zahlen: eine deutlich eingeschränkte psychische und physische Gesundheit (vgl. Pinquart/Sörensen 2005, S. 628 ff.). Sowohl die Symptome des Gepflegten (z. B. spezielle Verhaltensauffälligkeiten) als auch das Ausmaß der zu leistenden Hilfe tragen zu einem Erleben starker Belastung bei, die sich nicht selten in eigener Erkrankung niederschlägt. Folgende Erkrankungen sind bei pflegenden Angehörigen besonders häufig festzustellen (Wilz et al. 2001):

- Erheblich erhöhter Medikamentengebrauch
- Störungen des kardiovaskulären Systems
- Schwächung des Immunsystems
- Allgemeine Erschöpfung
- Depression

Betrachtet man die Entwicklungen rund um die Pflege durch Angehörige aus Distanz, so lässt sich feststellen, dass durch die mangelhafte Stützung der Familienangehörigen bei der Sorge- und Pflegearbeit nicht nur persönliche Lasten entstehen. Letztlich hat auch das Gesundheitswesen die Folgekosten zu tragen. So produziert das „System Pflege“ eine ständig nachrückende Klientel. Angesichts der großen Gefahr der Überforderung verwundert es nicht, dass Familien sich bei der Pflege vielfach allein gelassen fühlen und dass es eine so tief sitzende Angst vor Pflegebedürftigkeit gibt.

## 2.5 Potenziale freiwillige Engagements werden derzeit nicht voll ausgeschöpft

In jüngster Zeit ist die Bedeutung freiwilligen Engagements<sup>4</sup> für den Bereich der Pflege durch neue Regelungen des Gesetzgebers ins öffentliche Interesse gerückt worden: Das seit Januar 2002 geltende Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG) sieht z. B. in § 39a

4 In diesem Bericht soll der Begriff des „freiwilligen“ bzw. „bürgerschaftlichen Engagements“ nicht grundsätzlich diskutiert werden – in Kenntnis dessen, dass sich regional unterschiedliche Begriffsverwendungen etabliert haben. Hier wird auf den im angelsächsischen Bereich für freiwilliges Bürgerengagement selbstverständlichen Begriff des „volunteering“ Bezug genommen und der vom deutschen Begriffsstamm der „Freiwilligen“ abgeleitete Begriff „Freiwilligenbereich“, „Freiwilligenarbeit“, „Freiwilliges Engagement“ genutzt. Der Begriff „Bürgerengagement“ wird dazu synonym verwendet. Der Begriff des „Ehrenamts“ wird seltener angewandt, da nicht die „Ehre“, sondern die „freie Wahl“ mehr und mehr kennzeichnend für das Engagement in der modernen Gesellschaft ist (vgl. Sarcinelli/Gensicke 2000, S. 63).

SGB V die Förderung ambulanter - ehrenamtlich arbeitender - Hospizdienste vor (zur Gesetzesinitiativen der Bundesländer vgl. Willers-Kaul 2002, S. 21). In der Verordnung über niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige des Landes NRW aus dem Jahr 2003 wird ebenfalls die Bedeutung des freiwilligen Engagements für die Pflege gleich zu Beginn in § 1 besonders hervorgehoben. Es werden Fortbildungsstandards für ehrenamtlich tätige Helfer benannt, deren Erfüllung zu einer Anerkennung und damit zu der Berechtigung führen kann, mit der Pflegekasse Dienstleistungen abzurechnen. Auch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das zum 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, weist dem Ehrenamt eine besondere Bedeutung zu.

Hintergrund einer solchen ausdrücklichen Wertschätzung des Einsatzes von Freiwilligen in diesem Bereich ist zweifellos nicht nur die Intention der Etablierung einer „neuen Kultur des Helfens“, sondern der eklatante Engpass, der sich bei der professionellen Pflege auftut - hier v. a. im Bereich psychosozialer Betreuung und umfassender Information. Wie sich das Verhältnis von professioneller Pflege und niedrigschwelliger Betreuungsleistung angesichts der neuesten gesetzlichen Regelungen entwickeln wird, ist derzeit allerdings noch völlig offen. Die bisher für ein Engagement im Bereich Hilfe und Pflege benutzte Bezeichnung als „Pflegeergänzender Dienst“ zeigt an, auf welchem Stand sich die Auseinandersetzung um das Selbstverständnis von Freiwilligen und um die an Freiwillige gerichteten Erwartungshaltungen von Institutionen und Organisationen derzeit befinden: Diese „neuen Freiwilligen“ wollen nicht als „Lückenbüßer“ in professionellen Arrangements „eingesetzt“ werden. Zwar sind sie bereit, mit bestehenden Unterstützungsstrukturen zu kooperieren, jedoch sind sie auch daran interessiert, ihre Aufgaben - ihren Neigungen und Ressourcen angemessen - selbst zu definieren und nicht in programmierte Rollen zu schlüpfen, die die professionelle Pflege ihnen vorschreibt oder einräumt. Ein Blick in die Fachzeitschrift eines Wohlfahrtsverbandes zeigt die Schwierigkeit, die Verbände haben, sich dieser neuen Freiwilligenperspektive zu nähern. In der Zeitschrift „Caritas in NRW“ wird freiwilliges Engagement als zusätzliches Angebot „über die eigentlichen Pflegedienste hinaus“ deklariert. Die sogenannten „ergänzenden Dienste“ durch Freiwillige rangieren unter der Bezeichnung „Caritas Plus“ - naheliegender ist da die Interpretation, es handle sich hierbei um eine „Zusatzleistung“ der Institution (Deutscher Caritasverband 1999, S. 14). So kann konstatiert werden, dass der Freiwilligenarbeit im Zusammenhang mit Pflege bisher vielfach das „eigene Gesicht“ fehlt. Damit in Zusammenhang steht das Fehlen eines speziellen Begriffs für ein bürgerschaftliches Engagement mit einem besonderen



Tätigkeitsprofil, das sich von dem der am Markt und in Wohlfahrtsverbänden agierenden Dienstleister unterscheidet (vgl. Evers 2003).

Unter dem Gesichtspunkt, dass Freiwilligenengagement nicht einer Dienstleistungslogik entspringt, sind auch die Begriffe „Familienentlastende Dienste“ oder „Krankenbesuchsdienste“ kritisch zu hinterfragen. Allerdings ist auch der für das Projekt gewählte Begriff „Pflegebegleitung“ insofern missverständlich, als nicht ersichtlich ist, dass hier pflegende Angehörige und nicht professionell Pflegende begleitet werden. Hier bringt der im Projekt verwendete spezielle Zusatz „Begleitung für pflegende Angehörige“ Klarheit.

## 2.6 Mangelnde Vernetzung als Hürde für eine effektive Unterstützung pflegender Angehöriger

Bislang agieren die einzelnen Akteure im Bereich der Pflege vereinzelt und sind oft nicht miteinander vernetzt. Mit dem Begriff „Pflege-Mix“ wird nun ein neues Modell in die öffentliche und fachliche Diskussion gebracht, das auf eine Kombination, einen Mix, von Aktivitäten im Pflegefall abzielt. Damit soll deutlich werden, dass Pflege in der Familie nur mit vereinten Kräften gelingen kann. Der Begriff „Pflege-Mix“ bezieht bewusst nicht nur professionelle, sondern auch bürgerschaftliche Angebote mit ein. Er verlangt aber ebenso den Einbezug von Erkrankten und pflegenden Angehörigen (vgl. Zeman 2002, S.154). Intention des Begriffs „Pflege-Mix“ ist die Entfaltung einer neuen Pflegekultur, bei der die Sorge um kranke, hilfebedürftige (alte) Menschen zu einem gesellschaftlichen Anliegen wird.

Da das professionelle System an seine Leistungsgrenzen stößt, gerät zunehmend die Bedeutung bürgerschaftlichen Engagements in den Blick. Grundsätzlich lassen sich für diesen Bereich drei unterschiedliche Handlungsfelder identifizieren, in die freiwilliges Engagement eingebracht werden kann:

- Der häusliche Bereich
- Der institutionelle Bereich
- Der kommunale/öffentliche Bereich

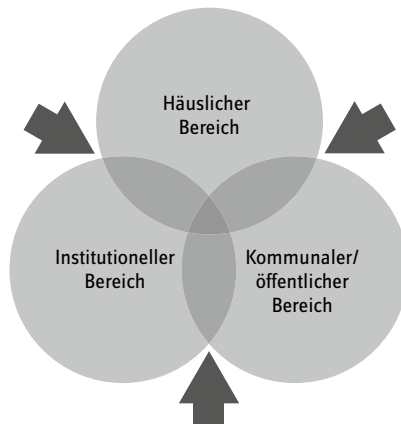


Abb. 3: Schnittstellen im Pflege-Mix

Besondere Bedeutung kommt den Schnittstellen zwischen diesen drei Bereichen zu. Damit Gesundheit erhalten und Krankheit und Pflegebedürftigkeit zufriedenstellend bewältigt werden können, bedarf es der Kommunikation und Zusammenarbeit. Eine flexible bedarfsgerechte Planung und Koordination der Prophylaxe- und Versorgungssysteme erscheinen auch deshalb notwendig, weil sich Situation und Bedarfslage der Betroffenen immer wieder verändern und deshalb das Ersinnen jeweils neuer Arrangements erfordern. Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung – speziell im Hinblick auf die Versorgung alter Menschen – muss das Zusammenspiel aller Versorgenden noch als mangelhaft angesehen werden (vgl. hierzu Raven/Kricheldorf 2003). Defizitär erscheint besonders die Unterstützung von Selbsthilfepotenzialen der Pflegebedürftigen und ihrer Familien.

Der Pflegebereich gehört seit jeher zu den „klassischen“ Feldern des ehrenamtlichen Engagements. Laut Freiwilligensurvey (2004) sind immer mehr sogenannte „junge Alte“ zwischen 55 und 64 Jahren ehrenamtlich tätig – gegenüber der letzten Erhebung im Jahr 1999 stieg der Anteil der Freiwilligen in dieser Altersgruppe weit überdurchschnittlich um sieben Prozent von 34% auf 41%.

Obwohl freiwilliges Engagement gerade im Bereich der Pflege beträchtlich ist, wird es im öffentlichen Bewusstsein wenig wahrgenommen. Evers (2003, S. 93) konstatiert dazu kritisch: „Angesichts der Schwäche bürgerschaftlicher Komponenten des Wohlfahrts-Mixes

steht v. a. eine Stärkung technischer und kommerzieller Elemente im Vordergrund, die die Betroffenen weder als Bürger noch als Konsumenten aufwertet. Der ‚neue‘ Wohlfahrts-Mix reduziert sich also im Wesentlichen auf die Verflechtung der zwei Komponenten Staat und Markt – oder sollte man sagen, auf einen Filz von Bürokratie und Kommerz? Die Aufmerksamkeit für das, was Familien sowie andere bürgernahe, kommunale und bürgergesellschaftliche Akteure am Rand des Geschäftsbereichs Pflege tun, bleibt gering.“ Zu beobachten ist zudem, dass sich aufgrund akuter Notsituationen ein Schwarzmarkt von Hilfsleistungen entwickelt, allerdings mit den negativen Begleiterscheinungen mangelnder Qualität, Transparenz und Versorgungssicherheit.

Auf den ersten Blick scheinen Profilentwicklungen bürgerschaftlicher Initiativen hinter denen professioneller Pflege zurückgeblieben zu sein. Auf den zweiten Blick zeigt sich aber, dass sich – zumindest in Form von Pilotprojekten – Initiativen im Bereich der Pflege neu formieren. Aus der Sicht der Leitungskräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sind die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte durch zunehmenden Zeitdruck, eine dünne Personaldecke und ein wachsendes Arbeitsvolumen gekennzeichnet (vgl. dazu Barthelme/Zimber 2002, S. 340). Angesichts solcher und ähnlicher Defizite, die im Zuge der Umstrukturierungen von Pflegearrangements durch die Pflegeversicherung neu entstanden sind, versuchen die Freiwilligen, diese durch Zeit für Gespräche, Vernetzungsaktivitäten usw. auszugleichen oder neue Bedarfslagen zu erkennen. Dennoch ist nicht zu übersehen, dass es sich dabei um eine lokale kleinteilige Kultur engagierter Unterstützungsleistungen handelt, in der zudem vorwiegend Frauen agieren (vgl. Notz 2002). Zur konkreten Verbreitung dieser von der Politik, von Kirchen, Wohlfahrtsverbänden oder freien Trägern finanzierten Projekte wie Einrichtungen zur Pflegeberatung, Nachbarschaftshilfe, Seniorenbetreuung oder Nottelefone gibt es derzeit keine verlässlichen quantitativen Daten. Es wird allerdings kritisiert, dass es nur den wenigsten dieser Initiativen gelingt, sich systematisch mit der professionellen Praxis zu verknüpfen: „Auch bei Heimangeboten sind Tendenzen der Öffnung für ehrenamtliche Mitarbeit und Partnerorganisationen auf lokaler Ebene eher die Ausnahme – eine Frage freiwilligen Engagements des jeweiligen Leitungspersonals“ (Evers 2003, S. 93). Als beispielhaft für das Bemühen um eine Öffnung des stationären Bereichs für das bürgerschaftliche Engagement kann das BELA-Projekt in Baden-Württemberg (Bürgerengagement für Lebensqualität im Alter) genannt werden (vgl. Klie et al. 2005; Steiner 2005).

Was andere innovative Ansätze im Engagementbereich der Pflege angeht, ist das BMFSFJ kontinuierlich federführend tätig. Mit seinem Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ (vgl. dazu BMFSFJ, Forum Altenhilfe, Sonderheft 2003) hat es an 20 verschiedenen Standorten einen wichtigen Beitrag zur Diskussion um die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung Älterer angestoßen – und zwar speziell unter Einbindung ehrenamtlich Engagierter. Auch in den Bundesmodellprogrammen „Seniorenbüro“ und „Erfahrungswissen für Initiativen“ wurde Freiwilligenengagement gezielt gefördert. So sind im letztgenannten Projekt beispielsweise ältere, speziell qualifizierte Freiwillige – organisiert in senior Kompetenzteams – tätig, um entsprechende Initiativen aufzubauen oder begleitend zu beraten. Das Modellprogramm zum Aufbau von „Generationsübergreifenden Freiwilligendiensten“ hat versucht, spezielle Anreizstrukturen für freiwilliges Engagement zu schaffen. Es leistete in dieser Hinsicht insofern Pionierarbeit, als hier explizit auch Projekte unterstützt wurden, die Kooperationsstrukturen von Freiwilligen und Institutionen erprobten (vgl. BMFSFJ 2005). Bisher versuchen nur wenige selbst organisierte Freiwilligeninitiativen, gezielt eine öffentliche Auseinandersetzung zur gesellschaftlichen Relevanz und Brisanz der Pflegeproblematik zu initiieren und diese kontinuierlich weiterzuführen. Insofern kann gegenüber pflegenden Angehörigen durchaus von einer „Solidaritätslücke“ gesprochen werden. Programme mit „Breitenwirkung“ werden derzeit meist von Professionellen initiiert und fachlich begleitet – z. B. die Initiative „Handeln statt Misshandeln – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e. V.“ sowie das Modellprojekt „Persönliches Pflegebudget“, das derzeit parallel zum Modellprojekt „Pflegebegleiter“ – gespeist aus dem gleichen Fördertopf – in sieben Regionen erprobt wird (Klie 2005). Die pflegebedürftigen Budgetempfänger, die von Case Managern unterstützt werden, sollen auf diesem Weg mehr Selbstbestimmung und Autonomie bei der Gestaltung ihres persönlichen Pflege-Mixes erfahren können und dafür die entsprechende Finanzierung erhalten.

## 2.7 Fazit: Zentrale Fragestellungen des Projekts und weiterführende Forschungsfragen

Die hier skizzierte Ausgangssituation macht einen speziellen Handlungsbedarf in Bezug auf die Unterstützung pflegender Angehöriger deutlich. Darauf bezugnehmend gibt das Projekt Antworten auf folgende Fragestellungen:

- Wie können pflegende Angehörige unterstützt und gestärkt werden, sodass sie die existenzielle Herausforderung bewältigen?

Aktueller  
Forschungsstand  
zum Pflegebegleiter-  
Projekt

- Wie muss eine Intervention aussehen, die die Bedarfslagen pflegender Angehöriger ganzheitlich berücksichtigt?
- Wie kann die Verbindung zum professionellen System hergestellt werden, damit Pflege erleichtert wird?
- Welche Charakteristika muss ein Freiwilligenprofil aufweisen, damit sich auch „neue“ Freiwillige engagieren?
- Welche strukturellen Voraussetzungen erleichtern die Kooperation und Vernetzung von Freiwilligen- und Professionellensystem?

Im Sinne eines Entwicklungsprojekts wurden im Laufe des Projekts Antworten auf diese Fragen entwickelt, entsprechende Konzepte entwickelt, erprobt und immer wieder angepasst. Erprobt wurden im Projekt Pflegebegleiter:

- ein neues Freiwilligenprofil,
- ein Konzept zur Begleitung pflegender Angehöriger und
- ein Lernkonzept.

Leitende Fragestellungen der Begleitforschung waren in Bezug auf die Ergebnisqualität:

- Welche Freiwilligen lassen sich durch ein solches Engagementprofil ansprechen (soziodemografische Merkmale und Motive)? Wie sind sie angesprochen und gewonnen worden?
- Wie bewährt sich das im Projekt entwickelte Qualifizierungskonzept in der bundesweiten Verbreitung? An welchen Punkten besteht Verbesserungsbedarf?
- Wie sehen die Begleitungen der Angehörigen aus (Inhalte und Merkmale der Begleitung)? Welche Settings haben sich bewährt?
- Welche Wirkungen zeigen die Pflegebegleitungen aus der Perspektive von pflegenden Angehörigen und aus der von Pflegebegleitern?

Im Zusammenhang mit Struktur- und Prozessqualität interessierten erkennbare Prozesse und Entwicklungen im Projekt, die zurückgespiegelt und von den Projektbeteiligten gemeinsam reflektiert wurden. Im Ergebnis entstanden so inhaltliche Korrekturen und Anpassungen an aktuelle Bedarfe.

## 3.1 Evaluationsdesign - Überblick

### 3.1.1 Konzeption der wissenschaftlichen Begleitung

Das Forschungsdesign der wissenschaftlichen Begleitung im Projekt Pflegebegleiter orientierte sich an der vom VdAK vorgegebenen Rahmenkonzeption. Demzufolge bestanden die Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung von Projektbeginn an in der:

- Beratung und Unterstützung des Modellprojekts: Darunter fielen inhaltliche Anliegen und mögliche Hindernisse bei der Umsetzung sowie die Beratung zu einzelnen modellspezifischen Fragestellungen. Dies geschah in Form einer reflektierenden Auseinandersetzung. Insofern fand keine eigenständige, externe Evaluation statt, sondern es wurde von allen Projektmitarbeitern eine partizipative Vorgehensweise des Evaluationsgeschehens befürwortet und unterstützt. Die Evaluation war am Informationsbedarf der Projektmitglieder ausgerichtet.
- Erfolgskontrolle bei der Umsetzung der Konzeption, Evaluation: Hierzu zählte die formative (Quartalsberichte) wie auch die summative Evaluation (Wirksamkeitsforschung gesamt). Die Evaluation war auf die mit dem VdAK getroffenen Vereinbarungen ausgerichtet.
- Präsentation der Ergebnisse nach innen und außen: Diese bestand hauptsächlich in der Darstellung der Evaluationsergebnisse beispielsweise auf regionalen Fachtagungen oder Arbeitstreffen, aber auch die Pflegebegleiter-Homepage wurde als fester Platz für Informationen angelegt und genutzt.
- Durchführung von bundesweiten Fachtagungen: Darüber hinaus brachte sich die wissenschaftliche Begleitung in den öffentlichen Fachdiskurs aktiv ein und leistete einen Beitrag zum angestrebten Paradigmenwechsel in der Angehörigenbegleitung auf Wissenschaftsebene sowie in der Fachöffentlichkeit.

### 3.1.2 Wissenschaftsstandards

Innerhalb des Evaluationsdesigns bewegten sich die jeweiligen Evaluationsschritte sowie die Entwicklung und der Einsatz der Instrumente an folgenden Standards:

- Nützlichkeit: Diese lehnte sich insbesondere an den Formulierungen der Projektziele an: pflegende Angehörige zu stärken, Engagementbereitschaft und Kompetenzen zu

fördern und dadurch Netze zur Unterstützung pflegender Familien im Gemeinwesen zu knüpfen, zu unterstützen und zu vergewissern.

- Genauigkeit: Um sicherzustellen, dass die Ergebnisse der Evaluation präzise und gültig sind, wurden die Evaluationsfragestellungen und alle dazugehörigen Aspekte (wie z. B. Demenz, Pflegebedürftigkeit, Pflegequalität, familiäre Situation, bürgerschaftliches Engagement, Selbstbestimmtes Lernen etc.) klar beschrieben, definiert und dokumentiert. Darüber hinaus wurde der Kontext der Fragestellungen in Gutachten und Expertisen wissenschaftlich untersucht und beschrieben. Genutzte Informationsquellen wurden verlässlich dokumentiert.
- Gütekriterien der Sozialforschung: Methodologisch orientierte sich die Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung streng an den Gütekriterien der Sozialforschung: Objektivität, Reliabilität und Validität wurden bei der Entwicklung und dem Einsatz der Instrumente stets beachtet.
- Partizipation: Wie bereits unter 3.1.1 beschrieben, betrachtete sich die wissenschaftliche Begleitung selbst als Instrument und Resonanzraum. Hierzu bedurfte es der Offenheit und aktiven Teilnahme aller Projektbeteiligten.

### **3.1.3 Forschungsfragen und -design**

Auf der Grundlage der unter 3.1.1 dargelegten Konzeption und der inhaltlichen Hauptanliegen des Projekts (siehe Kapitel 2.7) stellten sich für die Evaluation der Pflegebegleiter-Kurse insbesondere folgende Fragen:

- Welche Teilnehmer kamen zu den Kursen?
- Was sind ihre Motive?
- Welche Ergebnisse zeigen die Pflegebegleiter-Kurse bundesweit?
- Wie war die Qualität der Kurse?
- Wie lässt sich das Pflegebegleiter-Curriculum verbessern?
- Wie verlief die Implementierung der Pflegebegleiter-Initiativen vor Ort?
- Welche Fragen wirft die Praxis auf (Begleitstandards, Dokumentation, Erschließung der Familien, Fragen zur Implementierung etc.)?
- Welche Strategien zur Erschließung der Familien waren erfolgreich, welche weniger oder nicht erfolgreich?

- 
- Wurden zusätzliche Ressourcen außerhalb der zur Verfügung stehenden Projektmittel gebraucht bzw. bereits eingesetzt? Welche Ressourcen werden zur Aufrechterhaltung einer Initiative pro Jahr benötigt?
  - Was leisten Pflegebegleiter-Initiativen zusätzlich zu den Pflegebegleitungstätigkeiten vor Ort?

Im Rahmen der Wirksamkeitsforschung wurden folgende Fragen intensiv beforscht:

#### Quantitative Erhebungen:

- Wie verlaufen die Begleitungen der Pflegebegleiter in den Familien?
- Welche Leistungen (Tätigkeiten) werden im Rahmen der Pflegebegleiter-Tätigkeit (des Engagements) in der Praxis erbracht?
- Wie schätzen die Pflegebegleiter selbst ihre unmittelbare Wirkung innerhalb ihrer Kontakte ein?
- Kann Pflegebegleitung die hauptsächlichen Evaluationsziele (Zuhören, Stabilisierung, Brückenfunktion) einlösen?

#### Qualitative Interviews mit pflegenden Angehörigen:

- Kontaktaufnahme: Wie ist der Kontakt zwischen pflegendem Angehörigen und Pflegebegleiter zustande gekommen?
- Wie beschreiben pflegende Angehörige ihre Situation und was sind erkennbare Bedarfe?
- Gegenstand der Begleitung: Was erfolgte im Rahmen der Pflegebegleitungen?
- Wie verliefen die Begleitungen der Pflegebegleiter in den Familien?
- Wie nehmen die Familien die Pflegebegleiter wahr? Wie lässt sich die Wirkweise der Pflegebegleiter beschreiben?
- Welche Erfahrungen haben Pflegebegleiter in ihrem Handlungsfeld gemacht?
- Folgen der Begleitung: Welchen Nutzen ziehen pflegende Angehörige aus der Begleitung?
- Wie lässt sich die Wirkweise der Pflegebegleiter insgesamt beschreiben?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde innerhalb des Forschungsdesigns bewusst auf eine Methodentriangulation, insbesondere die Verschränkung qualitativer und quantitativer Methoden, geachtet.



Aus Gründen der Operationalisierung mussten einzelne Fragen in spezifische Teilfragen ausdifferenziert werden (siehe Kapitel 5).

## 3.2 Forschungsmethoden und -instrumente

### 3.2.1 Qualitative Interviews mit pflegenden Angehörigen

An der „Befragung zum subjektiven Empfinden von Pflegebegleitung“ nahmen bundesweit 16 pflegende Familien teil. Aus den Familien wurde jeweils eine Hauptpflegeperson befragt, die Pflegebegleitung erfahren hatte. Die Familien wurden durch die Mitarbeiter in den Regionalbüros persönlich angesprochen, und im Falle einer Zusage wurde die jeweilige Adresse an die wissenschaftliche Begleitung weitergegeben. Vor Ort wurde die Interviewerin z. T. von Projekt-Initiatoren sowie Pflegebegleitern in die betreffenden Haushalte begleitet. Die meisten Gespräche fanden in der Häuslichkeit der pflegenden Angehörigen statt, wenige andere an „neutralen“ Örtlichkeiten beteiligter Organisationen (wie z. B. Sozialstation, Krankenhaus etc.).

Die Erschließung dieses Feldes war aus unterschiedlichen Gründen langwierig und anspruchsvoll. Zum einen besitzen viele pflegende Angehörige die Tendenz, sich zurückzuziehen und sich nach außen hin abzuschotten, was die Ansprechbarkeit dieses Personenkreises gegenüber einer wissenschaftlichen Befragung reduziert. Zum anderen ist die Pflegesituation oftmals instabil und krisenhaft, sodass sich von heute auf morgen eine Verschlechterung des Gesamtzustands einstellen kann, was die Gesprächsbereitschaft zu nichte machen kann. Andere Personen besitzen die Auffassung, nicht Nennenswertes zu sagen zu haben, obwohl sie über den Forschungsgegenstand - Pflegebegleitung - positiv denken. Vor diesem Hintergrund ist es als sehr erfreulich zu bewerten, dass 16 Personen für ausführliche Interviews gewonnen werden konnten. Da in der Auswahl der Fälle auf eine gute Mischung und Streuung geachtet wurde, kommt diese Stichprobe in ihren soziodemografischen Daten der bundesweiten Verteilung unter pflegenden Angehörigen sehr nahe. Im Folgenden werden die Personen anhand der Kriterien Alter, Geschlecht, Familienstand, Pflegedauer und Art der Beziehung zu der pflegebedürftigen Person charakterisiert.

Der Altersdurchschnitt der pflegenden Angehörigen lag bei 63 Jahren, wobei sich 56% der Befragten im Alter zwischen 60 und 75 Jahren befanden. Älter als 75 Jahre waren 19% der Befragungsteilnehmer. Weitere 19% gehörten der Altersgruppe zwischen 45 und 60 Jahren an. Eine pflegende Angehörige war jünger als 30 Jahre.

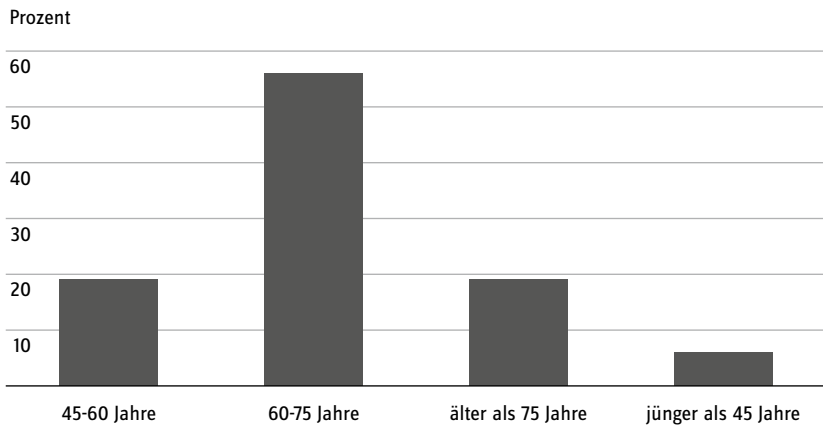


Abb. 4: Alter der befragten pflegenden Angehörigen

Geschlecht: 75% der Befragten waren weiblich, 25% männlich.

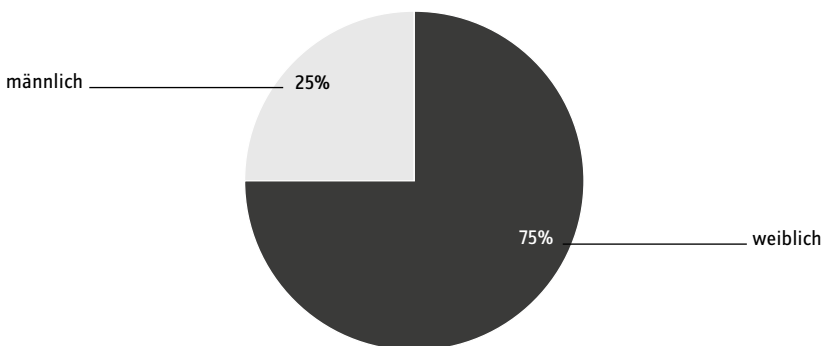


Abb. 5: Geschlecht der befragten pflegenden Angehörigen

Dieses Ergebnis deckt sich weitgehend mit der Erhebung aus den Dokumentationsbögen: Hier waren die pflegenden Angehörigen zu 70,5% weiblich und zu 27% männlich, 2,5%

nach Angaben der Pflegebegleiter männlich und weiblich (mehr als ein pflegender Angehöriger). Diese Daten untermauern die Aussagekraft und typische Verteilung der beschriebenen Stichprobe (vgl. auch Schneekloth/Wahl 2005).

Zur Frage des Familienstands stellte sich heraus, dass 56% der Befragten verheiratet waren. 31% der pflegenden Angehörigen waren verwitwet, 13% ledig. Unter den Befragten waren 38% pflegende Ehepartner, 38% Kinder des Gepflegten, 19% Eltern des Gepflegten und in einem Fall eine sorgende Nachbarin. Zur Verdeutlichung noch einmal die absoluten Zahlen in der nachfolgenden Abbildung:

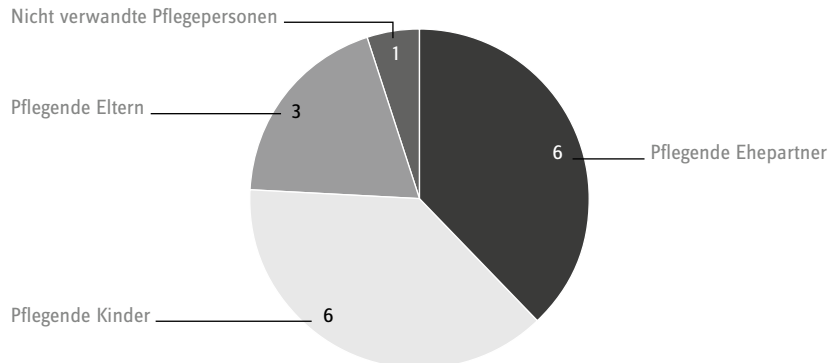


Abb. 6: Beziehungsverhältnis der Befragten zu den gepflegten Personen

Alter der Gepflegten: Die Hälfte der pflegebedürftigen Angehörigen aus den befragten Familien war im Alter zwischen 60 und 85 Jahren. 31% waren älter als 85 Jahre, 13% im Alter zwischen 45 und 60 Jahren und eine Person jünger als 10 Jahre.

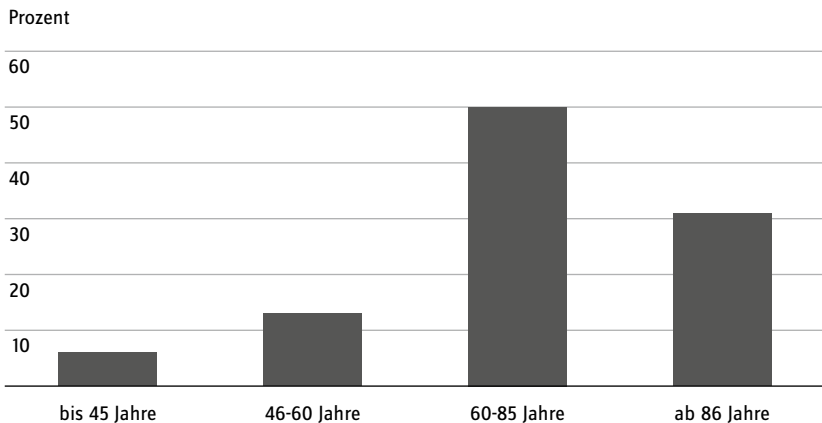


Abb. 7: Alter der gepflegten Angehörigen

Das Geschlecht der gepflegten Personen war zu 53% weiblich, zu 47% männlich. Es liegt damit ein nahezu ausgeglichenes Geschlechterverhältnis vor. Auch dieses Ergebnis (vgl. Schneekloth/Wahl 2005) deckt sich mit den Ergebnissen der Dokumentationsbögen: Hier waren 52,3% der zu Pflegenden weiblichen und 45,2% männlichen Geschlechts; 2,4% der pflegebedürftigen Angehörigen waren weiblich und männlich (mehr als ein zu Pflegender).

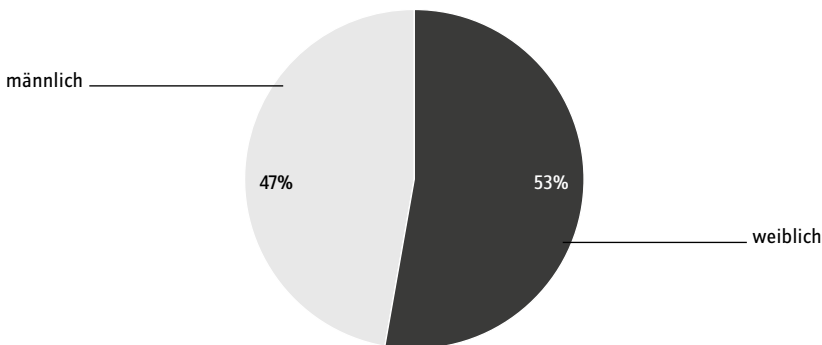


Abb. 8: Geschlecht der pflegebedürftigen Angehörigen

Bis auf eine Person wurden alle Angehörigen im Haushalt der Hauptpflegeperson gepflegt.

Die Dauer der Pflege lag im Schnitt bei etwa drei Jahren und länger. Die Zeitspanne erstreckte sich jedoch von zwei Monaten bis hin zu 20 Jahren.

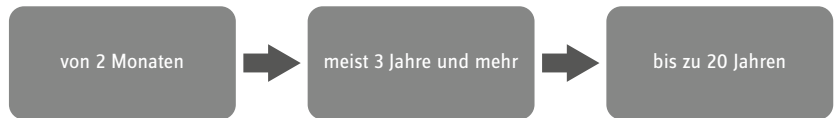


Abb. 9: Dauer der Pflege

Zum Vergleich: Bei der Auswertung der Dokumentationsbögen ergibt sich rechnerisch eine durchschnittliche Pflegedauer von 3,7 Jahren<sup>5</sup>, wobei diese mit einem Monat bis zu 53 Jahren (z. B. Pflege des Kindes) angegeben wurde. Die am häufigsten benannte Pflegedauer betrug zwei Jahre.

Als ursächliche Erkrankungen wurde angegeben: Schlaganfallpatienten, Parkinson, Demenz, ALS, angeborene Behinderungen wie z. B. Down-Syndrom, Gehirntumore/Krebs-erkrankungen, Niereninsuffizienz, koronare Erkrankungen, Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit (z. B. nach einem Sturz), Diabetes, Einschränkungen der Hör- und Sehfähigkeit, Multimorbidität. Von sechs der 16 gepflegten Personen ist bekannt, dass sie in eine Pflegestufe eingestuft sind, die meisten in Pflegestufe 2.

### 3.2.2 Quantitative Instrumente der Wirksamkeitsforschung

#### 3.2.2.1 Instrument „Evaluationsbogen“ für Pflegebegleiter-Kurse

Dieses Instrument richtete sich an alle Teilnehmer der Pflegebegleiter-Kurse und wurde auf der Grundlage einer vorausgegangenen teilnehmenden Beobachtung der sogenannten Start-ups entwickelt.

Von den insgesamt in der Projektlaufzeit bundesweit zertifizierten 2.021 Pflegebegleiter erhielt die wissenschaftliche Begleitung  $n = 1.391$  Evaluationsbögen zurück. Der Rücklauf beträgt somit 68,8%.

<sup>5</sup> Der Durchschnittswert einschlägiger Untersuchungen liegt bei 8,2 Jahren.

### **3.2.2.2 Instrument „Dokumentationsbogen“ für Pflegebegleiter**

Der Dokumentationsbogen für Pflegebegleitungskontakte richtete sich an Pflegebegleiter, die bereits Begleitungstätigkeiten in der Praxis ausübten. Zum Stand der Endauswertung belief sich die Anzahl der zurückgesandten Bögen auf insgesamt 2.019. Diese 2.019 dokumentierten Einzelkontakte konnten als Stichprobe im Zeitraum vom 1. September 2007 bis 30. Juni 2008 gewonnen werden.

### **3.2.2.3 Instrument „Postkarte“ für pflegende Angehörige**

Im Rahmen dieses Instruments wurde die eigentliche Zielgruppe der pflegenden Angehörigen bezüglich vordringlicher Evaluationsziele - Gewinn eines begleitenden Gesprächspartners, Akzeptanz des Angebots - und ausgewählter Fragen der Wirksamkeit - Inanspruchnahme unterstützender Angebote, Stabilisierung der häuslichen Pflege, positive Veränderung der Gesundheit - erforscht.

Die vorfrankierten Postkarten wurden von den Pflegebegleitern selbst den jeweiligen pflegenden Angehörigen übergeben. Zusätzlich war eine Beteiligung der Zielgruppe an dieser Erhebung über die Pflegebegleiter-Homepage möglich.

Der Rücklauf erstreckte sich auf den Zeitraum 1. August 2007 bis 31. Juli 2008 und konnte insgesamt mit  $n = 944$  schließen. Dabei wurde die Möglichkeit der Teilnahme an der Umfrage auf der Homepage nur sehr mäßig genutzt.

### **3.2.2.4 Instrument „Quartalsbericht 1.3“**

Dieses Instrument wurde als monatlicher Protokollbogen im Rahmen der Prozessevaluation eingesetzt. D. h., er erfüllte seine Funktion insbesondere als Steuerungsinstrument und zur Optimierung des Projektverlaufs. Das Bundesbüro, die Mitarbeiter der Regionalbüros und die Projekt-Initiatoren wurden anhand dieses halbstandardisierten Fragebogens zu Themen der Vernetzung, zu aktuellen Zielen und Erfolgen des Projekts und zu möglichen Schwierigkeiten, aber auch zu Praxiserfahrungen und projektinternen Fragestellungen usw. befragt.

### **3.2.2.5 Instrument „Implementierungserhebung 2.0“**

Auf Basis der Ergebnisse aus den Befragungen der Jahre 2005 und 2006, die noch eher explorativ ausgerichtet waren, wurden die vier Regionalbüros Nord, Ost, West und Süd so-

wie die Projektleitung im Jahr 2007 mit einem halbstandardisierten Fragebogen befragt, der quantitative Einschätzungen zu relevanten Praxisfragen enthielt.

#### **3.2.2.6 Instrument „Ressourcenerhebung 2.0“**

Als Erhebungsinstrumente dienten zwei unterschiedliche Exemplare eines halbstandardisierten Fragebogens, der sowohl von Projektinitiatoren-Tandems als auch von Vertretern der kooperierenden Organisationen der jeweiligen Pflegebegleiter-Initiativen ausgefüllt wurden. Beide Gruppen wurden insbesondere zu personellen Ressourcen, Räumlichkeiten, Sachmitteln und zusätzlichen finanziellen Ressourcen (wie z. B. Spenden) befragt. Bei den Vertretern der kooperierenden Organisationen wurden die Angaben zu den jeweiligen Kosten noch einmal gesondert ermittelt. Der Fragebogen für die kooperierenden Organisationen beinhaltete zudem speziellen Raum für offene Anmerkungen. Für die Modellberechnung wurden die Angaben der Projektinitiatoren-Tandems und die der Vertreter der kooperierenden Organisationen gegenübergestellt und jeweils gemittelt.

#### **3.2.2.7 Instrument „Fragebogen für Pflegebegleiter-Initiativen“**

Erhebungsinstrument war ein überschaubarer und insgesamt vier Seiten umfassender, halbstrukturierter Fragebogen, der von den Pflegebegleiter-Initiativen monatlich in der Gruppe bearbeitet werden sollte. Der Fragebogen beinhaltete einerseits vorgegebene Kategorien zu den Themen Öffentlichkeitsarbeit, Stärkung der Initiative, Netzwerken, vertrauensbildende Maßnahmen usw. (mit Ankreuzoption), andererseits ließ er Spielraum für offene und kreative Beiträge hinsichtlich der Tätigkeiten von Initiativen im Projekt.

#### **3.2.2.8 Instrument „Newsletter“**

Ferner wurde in regelmäßigen Abständen in gemeinschaftlicher Arbeit von Regionalbüros, Bundesebene und wissenschaftlicher Begleitung ein Newsletter gestaltet. Dieser diente einerseits der projektinternen Weitergabe und Bekanntmachung aktueller Informationen und der Rückkoppelung von Forschungsergebnissen, andererseits wurde er im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit benutzt (z. B. an Informationsständen zur Vorstellung des Pflegebegleiter-Projekts, zu DGGG-Tagungen o. ä.).

---

## 3.3 Datenerhebung - Techniken und Vorgehensweise


### 3.3.1 Qualitative Interviews

Die qualitativen Interviews wurden von einer Mitarbeiterin der wissenschaftlichen Begleitung am Wohnort der Interviewpartner durchgeführt. Dabei wurden die Gespräche digital aufgezeichnet, im Nachgang der Interviews<sup>6</sup> ein Kurzfragebogen zur Erhebung soziodemografischer Daten der Befragten ausgefüllt sowie ein tabellarisches Postskript angelegt.

Da das Forschungsfeld „Wirkweise von Pflegebegleitung“ gänzlich unbearbeitet war, wurde auf eine offene, explorative Befragung zurückgegriffen. Als Gesprächsgrundlage dienten folgende Impulsfragen der Vertiefung der Interviews:

---

<sup>6</sup> Dieses Vorgehen empfahl sich aus Rücksichtnahme auf die Situation der pflegenden Angehörigen. Eine direkte Erfragung der soziodemografischen Daten hätte zu konfrontativ wirken und verunsichern können.





## Impulsfragen für das Interview mit pflegenden Angehörigen

Wie war die Situation, als Sie Ihre/n PflegebegleiterIn zum ersten Mal eingeladen haben?

- Wie haben Sie davon erfahren?
- Seit wann werden Sie von ihr/ihm begleitet?
- Wie ist es, wenn Sie sich treffen? (Wie oft? Wo? Wie lange?)
- In welchen Situationen rufen Sie sie/ihn an?

Wie empfinden Sie die Besuche/Treffen der/s PflegebegleiterIn?

Was hat sich seitdem verändert?

- Im Ablauf/in der Organisation Ihres Alltags?
  - Im Umgang/Miteinander/Zusammensein mit/zu Ihrem Angehörigen?
  - Im Zusammenleben/Miteinander/in der Stimmung innerhalb Ihrer Familie?
  - Im eigenen Wohlbefinden?
- (+ adäquate Frage nach dem möglichen Zugewinn an Information)

Was ist Ihr/e PflegebegleiterIn für Sie?/Was bedeutet Ihnen die/der PflegebegleiterIn?

- Was machen die Treffen mit ihr/ihm aus?
- Was würde Ihnen fehlen, wenn Sie sich nicht mehr treffen würden?

Welche komischen/irritierenden oder unangenehmen Situationen haben Sie mit ihr/ihm erlebt?

Was war besonders schön/angenehm/hilfreich?

Was sollte bei Ihren Treffen nicht passieren? Wann würden Sie die Begleitung beenden?

Woran würden Sie merken, dass die Treffen mit der/dem PflegebegleiterIn langsam zu Ende gehen/Sie sich nicht mehr weiter treffen mögen?

Angenommen, Sie hätten drei Wünsche frei, was würden Sie sich wünschen?

Abb. 10: Impulsfragen zur Befragung pflegender Angehöriger zur Wirkung von Pflegebegleitung

### 3.3.2 Quantitative Instrumente der Wirksamkeitsforschung

#### 3.3.2.1 Instrument „Evaluationsbogen“ für Pflegebegleiter-Kurse

Als Erhebungsinstrument diente ein vierseitiger vollstandardisierter<sup>7</sup> Fragebogen, der von den Teilnehmern nach Beendigung der Pflegebegleiter-Kurse ausgefüllt wurde. Auf

<sup>7</sup> Der Fragebogen beinhaltet lediglich zwei völlig offene Antwortmöglichkeiten über Gefallen bzw. Nicht-Gefallen des Kurses.

der ersten Seite wurden die soziodemografischen Daten der Kursteilnehmer erfasst (Geschlecht, Alter, Bildungsabschluss und beruflicher Status). Es folgten Fragen nach der Werbung für das Kursangebot, der persönlichen Pflegeerfahrung und den Motiven, an diesem Kurs teilzunehmen. Neben einer ausführlichen Einschätzung der Kursinhalte anhand einer vorgegebenen Skala (1 = „stimmt absolut“ bis 4 = „stimmt nicht“ bzw. „weiß nicht“) wurden die Teilnehmer zudem über ihr weiteres Interesse an einzelnen Themenblöcken/Inhalten und ihrem Vorhaben bzw. ihrer Entscheidung, in der Praxis als Pflegebegleiter aktiv zu werden, befragt. Der Fragebogen schloss mit einer Gesamtbewertung des Kurses. Hier - wie auch bei den folgenden Instrumenten - wurden die allgemeinen Hinweise zur Fragebogenkonstruktion beachtet (vgl. Bühner 2004).

Anhand dieses Instruments können somit Aussagen über die Teilnehmer der Pflegebegleiter-Kurse, deren Bewertungen der Kursinhalte, deren erworbene Kompetenzen und die Akzeptanz des Kursangebots abgeleitet werden. Die quantitative Datenerhebung bot dabei die Vorteile einer effizienten Datenerfassung und -auswertung und einer guten Vergleichbarkeit sowie die Aussicht auf hohe Fallzahlen. Durch die Vorstrukturierung von Kategorien bediente der Evaluationsbogen zudem die Nutzerfreundlichkeit, also einen relativ geringen Aufwand in der Handhabung des Bogens.

Der Rücklauf von 68,8% ist hierbei aus zwei Gründen als beachtlich einzustufen:

- Bei den Teilnehmern handelte es sich um Freiwillige.
- Es konnten nur die Bögen in die Auswertung mit einfließen, die bis zum 31. Juli 2008 an die wissenschaftliche Begleitung zurückgeschickt worden waren. Deshalb wurden einige Evaluationsbögen nicht mehr in die Endauswertung mit eingerechnet. Der tatsächliche Rücklauf liegt dementsprechend höher.

### **3.3.2.2 Instrument „Dokumentationsbogen“ für Pflegebegleiter**

Der Dokumentationsbogen für Pflegebegleitungskontakte ist ein halbstrukturierter Fragebogen, der sich an Pflegebegleiter richtete, die bereits Begleitungstätigkeiten in der Praxis ausübten. Er beinhaltet auf zwei Seiten neben Fragen etwa zu Dauer und Örtlichkeit des Kontakts und soziodemografischen Variablen wie z. B. Geschlecht des zu Pflegenden insbesondere die Abfrage der tatsächlich erbrachten Leistungen der jeweiligen Pflegebegleitungstätigkeit. Zudem wurde im hinteren Teil des Fragebogens in einer offenen Kategorie die subjektive Einschätzung der Wirksamkeit der eigenen Pflegebegleitungstätigkeit

bei dem pflegenden Angehörigen erfasst. Aus Datenschutzgründen wurde der Bogen mit einem Kürzel für die jeweilige Region und einem selbst gewählten Codewort versehen.

Auch bei diesem Instrument bot die quantitative Datenerhebung die Vorteile einer effizienten Datenerfassung und -auswertung, einer guten Vergleichbarkeit und der Nutzerfreundlichkeit sowie die Aussicht auf hohe Fallzahlen. Zudem konnte durch die eigenständige Vergabe einer Codierung die Anonymität der teilnehmenden Pflegebegleiter gewährleistet werden. Somit wurden im Vorfeld das Risiko der Reaktanz gegenüber dem Dokumentationsbogen als möglicher Kontrollinstanz und der damit verbundene Boykott des Instruments so weit wie möglich vermieden.

Im Rahmen der Wirkungsforschung und des übergeordneten Evaluationskonzepts – Verschränkung qualitativer und quantitativer Methoden – eröffnete der Dokumentationsbogen zusätzliche Erkenntnisse: Zu den Ergebnissen der Postkarte und der Interviews (Sicht der pflegenden Angehörigen) konnten Einblicke in die Sichtweise der Pflegebegleiter selbst gewonnen werden. Insbesondere die angegebenen Leistungen und die Selbsteinschätzung der Wirkungen bezüglich des eigenen Tuns konnten mit der Sichtweise der pflegenden Angehörigen abgeglichen und überprüft werden.

Zudem wurden alle dokumentierten Einzelkontakte für eine spätere Hochrechnung, in Kombination mit parallel in der Projektlaufzeit geführten Statistiken der Regionen, rechnerisch zusammengeführt. Als qualitative „Nebenprodukte“ des Instruments konnten auch darin dokumentierte Daten und Informationen genutzt werden, um Begleitungsprofile zu erstellen (Pflegebegleitungs-Verläufe).

Auch beim Dokumentationsbogen ist der Rücklauf trotz der „Freiwilligen-Problematik“ des Projekts (siehe auch Kapitel 5 und 6) als sehr positiv einzuschätzen. Allerdings konnte die Verlaufsdocumentation, trotz des gering gehaltenen Aufwands, nur stichprobenartig geleistet und nachvollzogen werden.

### **3.3.2.3 Instrument „Postkarte“ für pflegende Angehörige**

Als Erhebungsinstrument diente eine Postkarte, die fünf prägnante Aussagen zu den vorranglichen Evaluationszielen des Projekts beinhaltet:

- Item 1: Frage zur Bereitschaft bzw. tatsächlichen Inanspruchnahme von professionellen Angeboten<sup>8 9 10</sup>
- Item 2: Frage zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation
- Item 3: Frage zur subjektiven Einschätzung der Gesundheit<sup>11 12 13</sup>
- Item 4: Frage zur Entlastung durch das psychosoziale Angebot<sup>14 15</sup>
- Item 5: Frage zur Akzeptanz des Angebots

Die befragte Zielgruppe der pflegenden Angehörigen konnte diesen Aussagen zustimmen oder sie entsprechend negieren (vierstufige Ankreuzoption von „stimmt absolut“ bis „stimmt nicht“). Die Karte ist im Sinne eines benutzerfreundlichen und möglichst niedrigschwiligen Gebrauchs vorfrankiert und – zur besseren Zuordnung des Rücklaufs aus den Regionen unter gleichzeitiger Wahrung der Anonymität – jeweils in einer anderen Farbe gehalten.

Das Instrument wurde zum größten Teil über die Pflegebegleiter persönlich im Rahmen der jeweiligen Begleitungskontakte gestreut. Einige pflegende Angehörige nahmen auch die Online-Version auf der Pflegebegleiter-Homepage in Anspruch.

Auch bei diesem Instrument kann der Rücklauf mit  $n = 944$  als verlässliche Aussagen lassend betrachtet werden, denn dieser Rücklauf muss in Relation zu folgenden Einflussfaktoren gesehen werden:

- Der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen konnte kein extrinsischer Anreiz zur Teilnahme an dieser Befragung gegeben werden.
- Die Postkarten wurden überwiegend bei kontinuierlichen Begleitungen weitergegeben, weil dafür eine gewisse Vertrauensbasis notwendig ist – kürzere Begleitungen wurden damit also nicht erfasst.

---

8 Vgl. Schneekloth, U. (2006).

9 Vgl. Cantor, M.H. (1979).

10 Vgl. Schneekloth, Wahl (2005)/MuG III.

11 Vgl. Ettrich, K.U. (2000).

12 Vgl. Martin, P. et al. (2000).

13 Vgl. Lehr, U. & Thomae, H. (1987).

14 Vgl. Schneekloth, Wahl (2005)/MuG III.

15 Vgl. Schneekloth, U. (2006).

- Bei telefonischen Kontakten konnte dieses Instrument die Zielgruppe ebenfalls nicht erreichen bzw. der Hinweis auf die Online-Version erschien den Pflegebegleitern bei telefonischen Kontakten auch als aufdringlich und unpassend.

Ein kleineres Problem bestand darin, dass aufgrund des Layouts der Postkarte sowie aus Platzgründen lediglich die Endpolungen („stimmt absolut“ bzw. „stimme ich zu“ bis „stimmt nicht“ bzw. „stimme ich nicht zu“) der Aussagen benannt werden konnten (siehe Interpretation der Ergebnisse). Das führte zu Unklarheiten bei der Skalierung von Zwischenwerten (bei vergleichbaren Folgeuntersuchungen wäre dies entsprechend vermeidbar). Die Entwicklung dieser Datenerhebungsmethode entspricht der Logik der Vorgehensweise mit einem multimethodalen Evaluationskonzept (Verschränkung der Sichtweisen). Nachdem auch für die Erhebung von Selbstaussagen und Einschätzungen pflegender Angehöriger im häuslichen Kontext kein bekanntes quantitatives Instrumentarium vorliegt, jedoch gerade diesen Daten eine hohe Relevanz für die Wirkungsforschung im Pflegebegleiter-Projekt beigemessen wurde, galt es, dieses in der vorliegenden Form neu zu entwickeln. Obwohl keinerlei Erfahrungswerte zum Einsatz eines solchen Instruments aus anderen Studien oder Berichten vorlagen, hat es sich insgesamt als niedrigschwellige Form der Befragung dieser schwer erreichbaren Zielgruppe eindeutig bewährt. Der immer noch anhaltende Rücklauf im letzten Monat, der in die Auswertung leider nicht mehr einbezogen werden konnte, zeigt, dass das Instrument einen größeren zeitlichen Vorlauf braucht, um in der Praxis angenommen und akzeptiert zu werden. Die Postkarte wurde erst nach einer bestimmten Begleitungsdauer weitergegeben - dies erscheint nachvollziehbar.

## 3.4 Datenanalyse

### 3.4.1 Qualitative Interviews

#### 3.4.1.1 Transkription und Inhaltsanalyse

Nach der Transkription der Interviews, basierend auf den Konventionen von Hoffmann-Riem (1984), wurden die Interviews einer inhaltsanalytischen Analyse unterzogen. Leitende Kodierungen hierbei waren in Anlehnung an die Impulsfragen und das Forschungsinteresse des Auftraggebers folgende:

## Kategorien der inhaltsanalytischen Auswertung

- Kennenlernen
- Aussagen über Pflegebegleitung:
  - Gewinne
  - Beziehung zum Pflegebegleiter
  - Sprachliche Bilder
  - Aussagen über das Leben ohne Begleitung
- Belastungen durch die Pflege
- Biographisches
- Arbeit und Beruf
- Wünsche für die Zukunft
- Zentrale Aussagen unspezifiziert

Abb. 11: Kategorien der inhaltsanalytischen Auswertung

Um die Validität dieser Auswertung zu erhöhen, wurde sie von zwei Personen verschränkt durchgeführt (sog. Interrater-Reliabilität). Ziel dieses Analyseschritts war es, überblickartige Erkenntnisse zu zentralen Aspekten der Studie zu gewinnen.

### 3.4.1.2 Typenbildung

Parallel hierzu wurde eine in der qualitativen Sozialforschung übliche Form der Typenbildung vollzogen. Ziel dieses Auswertungsschritts war es, aus der Komplexität der Datentypische und darum verallgemeinerbare Aussagen zu ziehen. Entstanden sind hierbei fünf typische Situationen der Pflegebegleitung, die in den Ergebnissen näher ausgeführt werden und hier nur benannt werden können:

## Typische Situationen der Pflegebegleitung

1. Situation „Krise“
2. Situation „Lebensbestimmende Langzeitbelastung“
3. Situation „Unfreiwillige Überforderung“
4. Situation „Stillschweigende Verantwortungsübernahme“
5. Situation „Aktuelle Stabilität“

Abb. 12: Ergebnisse der Typenbildung (typische Pflegesituationen)

Diese fünf typischen Situationen (siehe Kapitel 5.2.1 „Ausgangslagen in den Familien“) geben Auskunft über „klassische“ Situationen und Bedarfslagen der befragten pflegenden Angehörigen und darüber, wie unterschiedlich Pflegebegleitung hierauf reagieren kann und muss.

### **3.4.2 Quantitative Instrumente der Wirksamkeitsforschung**

#### **3.4.2.1 Curriculum-Evaluation der Pflegebegleiter-Kurse**

Neben der Vermeidung von Qualitätssprüngen, der Herstellung von Vergleichbarkeit, der Überprüfung und Kontrolle, der Verbesserung des Curriculums, der grundlegenden Erhebung soziodemografischer Daten, von Milieumerkmalen und Motivlagen lag das vorrangige Ziel dieses Evaluationsinstruments in der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Kurse. Die Konzeption des Fragebogens beruhte deshalb hauptsächlich auf den letztgenannten Ebenen. Die verwendeten Items sind entwickelt worden unter Bezugnahme auf die Ergebnisse einer qualitativen Erhebung, mittels leitfadengestützter Interviews, mit Teilnehmern eines Pilotprojekts in Viersen. Dieses hatte die Qualifizierungsphase beim Start des Bundesprojekts bereits abgeschlossen.

#### **Statistische Analyse**

Grundsätzlich wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit und des besseren Verständnisses bei Ergebnispräsentationen die Ankreuzoptionen entlang der Ratingskala bei der Abfrage der Kursvariablen und der erworbenen Kompetenzen den Werten 1 („stimmt absolut“) bis 4 („stimmt nicht“) zugeordnet. Daraus wurden schließlich Durchschnittswerte gebildet.

Bei Faktoren, die aus mehr als einer Aussage (Item) zusammengesetzt waren, wurde der Mittelwert der jeweiligen Werte berechnet und aufgerundet, sodass im Zweifelsfall immer der schlechtere Wert in die Ergebnispräsentation einfluss. Dabei wurde in jedem Falle auch auf negativ formulierte Aussagen geachtet, und diese wurden entsprechend in die Wertung mit aufgenommen. Fehlwerte wurden in den Rohdaten gekennzeichnet. Des Weiteren wurde bei der Auswertung darauf geachtet, die Antwortoption „weiß nicht“ als eigentlichen Wert aus den Berechnungen herauszulassen, da sonst eine Verzerrung der Ergebnisse die Folge gewesen wäre.

(Mögliche) Mehrfachnennungen waren als solche im Fragebogen gekennzeichnet und in der Auswertung in Prozentangaben ausgedrückt, die dadurch den aufsummierten Wert von 100% auch geringfügig übersteigen konnten (z. B. bei den Motivlagen, den Kursinhalten etc.). Offene und von den Befragten selbst angegebene sonstige Antwortmöglichkeiten wurden qualitativ anhand von Kategorienbildungen ausgewertet (z. B. berufliche Angaben, Gefallen des Kurses). Die Ortsangabe diente ausschließlich einer besseren Zuordnung der Evaluationsbögen.

### 3.4.2.2 Dokumentationsbogen für Pflegebegleiter

Da bei diesem Instrument die Erfassung des Tätigkeitsspektrums von Pflegebegleitern in der Praxis im Vordergrund stand, orientierte sich die Datenauswertung insbesondere an den Leistungen.

#### Leistungen in der Pflegebegleitung

- Zuhören
- Leistungen der/des pflegenden Angehörigen anerkennen
- Wertschätzen
- Trost spenden
- Die/den pflegende/n Angehörige/n zum Verfolgen des eigenen Weges ermutigen
- Gemeinsam Stärken der/des pflegenden Angehörigen finden
- Eine andere Sichtweise auf die Pflegesituation herbeiführen
- Selbstreflexion der/des pflegenden Angehörigen anstoßen
- Klärungsprozesse in Gang bringen
- Gemeinsam den Pflegealltag planen
- Zur Selbstpflege anregen
- Mit Familie und/oder Freunden in Kontakt bringen
- Gemeinsam über Freizeitgestaltung nachdenken
- Informieren
- Bei Behördengängen begleiten
- Kontakt zu professionellen Diensten herstellen
- Hinweise auf bestehende Entlastungsmöglichkeiten geben
- Konkret Entlastung organisieren, z.B. durch: \_\_\_\_\_
- Finanzierungsfragen ansprechen
- Sonstige Aktivitäten: \_\_\_\_\_

Abb. 13: Erfassung des Tätigkeitsspektrums von Pflegebegleitern



**Statistische Analyse**

Auch in diesem Falle waren Mehrfachnennungen möglich, und es fand eine quantitative Häufigkeitsanalyse statt (prozentuale Angaben). Zudem erfolgte eine gesonderte Kennzeichnung von Fehlwerten, wie z. B. bei den soziodemografischen Variablen.

Diese Evaluation des Tätigkeitsspektrums von ausgeübter Pflegebegleitung wird zu einem späteren Zeitpunkt indirekt mit dem in den Pflegebegleiter-Kursen vermittelten Profil abgeglichen.

Ferner sollte die offene Kategorie zur Angabe der Einschätzung der eigenen Wirksamkeit aus Sicht der Pflegebegleiter selbst Einblicke in das beforschte Feld bringen. Zu diesem Zwecke wurden die Angaben der Befragten qualitativ ausgewertet.

**3.4.2.3 Postkarte für pflegende Angehörige****Statistische Analyse**

Zur Bestätigung bzw. Widerlegung der fünf unter 3.3.2.3 aufgeführten Selbstaussagen wurden die Daten einer quantitativen Häufigkeitsanalyse unterzogen. Alle Fehlwerte sind auch in dieser Auswertung offengelegt und nachvollziehbar.

## 3.5 Ethische Überlegungen

Anonymität und Datenschutz: Die persönlichen Angaben aller Befragten wurden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet und in jedem Fall vertraulich behandelt. In keinem der eingesetzten Instrumente erfolgte eine Registrierung von Namen:

- Beim Instrument „Postkarte“ wurde lediglich eine farbliche Zuordnung zu den einzelnen Projektregionen vorgenommen.
- Beim Instrument „Dokumentationsbogen“ wurden die Bögen von den teilnehmenden Pflegebegleitern im Voraus mit einem Code-Wort versehen.
- Die Evaluationsbögen der Pflegebegleiter-Kurse kamen in gleicher Weise anonym an die wissenschaftliche Begleitung zurück.
- Bei den Interviews mit pflegenden Angehörigen wurden alle Unterlagen, Materialien usw. zur weiteren Bearbeitung und Auswertung codiert bzw. mit Kürzeln versehen. Original-Kassetten/-Bänder werden weiterhin ordnungsgemäß archiviert und innerhalb des nächsten Jahres nach Projektende gelöscht.

---

Des Weiteren erfolgte keine Herausgabe von Rohdaten durch die wissenschaftliche Begleitung.

**Freiwillige Untersuchungsteilnahme:** Da es sich beim Pflegebegleiter-Projekt um ein Projekt mit freiwillig engagierten Menschen handelte, war die Teilnahme an der Evaluation selbstverständlich freiwillig (siehe auch Freiwilligen-Problematik in Kapitel 5 und 6).

**Informationspflicht:** Allen befragten Personen standen im Voraus Informationen über die Untersuchung zur Verfügung („Informed Consent“ gegeben). Einigen besonders interessierten Interviewpartnern wurden die eigenen Untersuchungsergebnisse in einer speziell dafür entworfenen, ansprechenden Form mitgeteilt.

**Fairness:** Die wissenschaftliche Begleitung war stets an einem fairen und konstruktiven Austausch im Projekt interessiert. Hierzu zählten auch die Wahrung von Sicherheit, Würde und Rechten aller Beteiligten bei der Umsetzung von Evaluationsschritten. Die wissenschaftliche Begleitung evaluierte unparteiisch.

**Vermeidung psychischer oder körperlicher Beeinträchtigungen:** Diese Bedingung war in allen Fällen und bei allen Instrumenten vollkommen gegeben.

# 4. Einstieg in die Praxis und Praxisverlauf

66

Einstieg in  
die Praxis und  
Praxisverlauf

In diesem Kapitel erfolgen eine Darstellung des Projektverlaufs sowie eine Reflexion im Hinblick auf Herausforderungen, Grenzen und Erfolge des Projekts.

## 4.1 Konkrete Ausgangslage für das Projekt

Das Projekt Pflegebegleiter ist als Antwort auf die extrem belastende und schwierige Situation pflegender Angehöriger gedacht, die zu Hause pflegen. Wie im Projektantrag ausgeführt, kann das Fertigwerden mit Pflegebedürftigkeit zu einer Belastungsprobe nicht nur für die davon direkt Betroffenen, sondern ebenso für deren Familien werden. Während für die Grund- und Behandlungspflege – finanziell unterstützt durch die Pflegeversicherung – Dienstleistungen abgerufen werden können, sind die Angehörigen mit den psychischen Anforderungen der Pflege über weite Strecken sich selbst überlassen. Vor allem wenn – wie etwa bei Demenzerkrankungen – Veränderungen im psychischen Bereich und im Verhalten auftreten, sind die Betreuenden oft hilflos, verunsichert, überfordert und zudem im Verlauf der Pflege immer mehr isoliert. Im Projekt wird die Belastungsperspektive jedoch ergänzt um den Aspekt, dass Pflege auch Chancen eröffnet, die allerdings vielfach nicht wahrgenommen werden können, weil die Möglichkeiten fehlen, sich im Gespräch mit einem Gegenüber hierzu Verständnisperspektiven zu erarbeiten. Entsprechend wird hier das Tätigkeitsprofil „Psychosoziale Begleitung“ eingeführt.

In der im Aufbau befindlichen Infrastruktur zur Unterstützung häuslicher Pflege fehlte bislang ein Angebot in Form einer zugehenden, kontinuierlichen Begleitung der pflegenden Angehörigen, die in der Pflege von Familienmitgliedern engagiert sind. Professionelle Beratung konnte diese Lücke im Angebot bisher nicht schließen: Sie ist punktuell, stark institutionalisiert und über die langen Zeiträume der Pflege hinweg teuer. Zudem bestehen bei pflegenden Angehörigen vielfach Vorbehalte, sich in das professionelle Versorgungssystem einzugliedern.

Wie das Pilotprojekt „Pflegepartner“ im Kreis Viersen gezeigt hat, bestand und besteht noch Bedarf an einem „niedrigschwelligem“ Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige, das in erster Linie darauf zielt, die Angehörigen in ihren Kompetenzen der Organisation des Alltagslebens mit Pflege zu stärken, ihnen eine Einbindung in das soziale Leben zu ermöglichen und sie über vorhandene Hilfsangebote vor Ort zu informieren.

Diesem Bedarf sollte mit freiwillig engagierten Pflegebegleitern entsprochen werden. Da es sich aber um ein neues Freiwilligenprofil handelte, das erst erprobt und eingeführt werden musste, wurde ein zweistufiges Vorgehen geplant:

- a) zunächst eine Qualifizierung von Multiplikatoren (sog. Projekt-Initiatoren/PIs, die die Vorbereitung und Anleitung übernehmen konnten (in Tandems Hauptberufliche und Freiwillige), und sodann
- b) eine Vorbereitung, Supervision und fachliche Begleitung der freiwilligen Pflegebegleiter.

Dem Projekt lag die Annahme zugrunde, dass ehrenamtlich tätige Pflegebegleiter durch kontinuierliche Gespräche innerhalb der Häuslichkeit und eine vertrauensvolle Beziehung langfristig zum Gelingen häuslicher Pflege erheblich beitragen können. Intendiert war damit, den zu Hause gepflegten Personen durch eine Stabilisierung der gesamten Lebenssituation einen weiteren Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen.

Um dies zu erreichen und die entsprechenden Effekte zu evaluieren, wurde von den Spitzenverbänden der Pflegekassen der fünfjährige Modellversuch in Auftrag gegeben, der im Wesentlichen den Aufbau von Pflegebegleiter-Initiativen bundesweit zum Inhalt hatte und darauf gerichtet war, die Prozesse und Wirkungen des Projekts zu beschreiben. Da es bisher kein vergleichbares Projekt mit trägerübergreifenden Strukturen gab, galt es, hier neue Wege zu ersinnen und einzuschlagen.

Wie bereits erwähnt, basiert das im Projekt Pflegebegleiter entwickelte Freiwilligenprofil zur Unterstützung familialer Pflege auf einer Sekundäranalyse internationaler und nationaler Veröffentlichungen zum Thema „Pflege in der Familie“ (vgl. dazu die Habilitationsschrift von Bubolz-Lutz 1999, veröff. Bubolz-Lutz 2006). Im Rahmen dieser systematischen Aufbereitung von Forschungsarbeiten und Theoriebeständen über die Bewältigung von Pflegebedarf im Kontext der Familie ist ein multiperspektivischer Ansatz für ein Leitbild familialer Pflege entworfen und spezifiziert worden, das Pflege als „Entwicklungsherausforderung“ darstellt: für den Einzelnen, die Familie, die Nachbarschaft und die Gesellschaft insgesamt. Die folgenden sechs Leitperspektiven sind Bestand des „Grundwissens“ der freiwilligen Pflegebegleiter sowie der Projekt-Initiatoren geworden. Ihnen zugeordnet sind jeweils spezielle Fragestellungen, deren Antworten für die Begleitungsarbeit bedeutsam sind:

### Systemische Perspektive – der Blick auf die Beziehungen und das Umfeld/das Wechselwirkungsparadigma

- Fragestellungen aus systemischer Perspektive sind etwa:
- Wie lassen sich die Wechselwirkungen, die in Pflegebeziehungen zu beobachten sind, vorstellen?
  - Welche Mechanismen könnten hier wirksam sein? Welche unterschiedlichen Vorstellungsmodelle gibt es hierzu?
  - Welche Ansatzpunkte geben die einzelnen Konzepte für die Gestaltung familiärer Pflege – etwa zur Vermeidung von Überlastung und Stress?

### Integrative Perspektive – der ganzheitliche Blick (Einbezug von Körper, Emotionalität, Sinn, Ethik, Überzeugungen und Werthaltungen)

- Aus integrativer Perspektive ergeben sich u. a. folgende Fragestellungen:
- Welche Teilaspekte sollten bei einer möglichst ganzheitlichen Betrachtungsweise Berücksichtigung finden?
  - Welche Forschungsergebnisse und Erkenntnisse liegen hierzu vor?
  - Wie lässt sich ein Zusammenwirken der Aspekte vorstellen?

### Strukturperspektive – der Blick auf Muster in Pflegebeziehungen, auf „Beziehungsfällen“ bei der Pflege, Macht und Ohnmacht in Pflegebeziehungen

- Wichtige Fragestellungen sind hier etwa:
- Wie werden Pflegebeziehungen unbemerkt von typischen Mustern sozialen Handelns mitbestimmt?
  - Inwieweit sind Beziehungspartner in der Lage, ihre Handlungsspielräume wahrzunehmen und gezielt zu nutzen?
  - Wie starr oder flexibel erweist sich das Rollengefüge bei eintretendem Pflegebedarf und darauf folgender lang andauernder Pflege?
  - Welche Machtebenen sind relevant? Wie ausgeglichen bzw. unausgeglichen ist die Machtbalance? Wird Macht ausgenutzt? Wird Ohnmacht erlebt?

### Prozessperspektive – der Blick auf die zeitlichen Verläufe wie die gemeinsamen Beziehungserfahrungen, die verschiedenen Krankheitsstadien, die Veränderung von Lebensthemen während der Pflegezeit

- Wichtige Fragestellungen sind:
- Wie wirken sich gemeinsame Vorerfahrungen auf die Beziehungen aus, wenn Pflegebedarf eintritt und andauert?

- Gibt es typische Phasenverläufe im Umgang von Betroffenen mit schwerer, lange Zeit andauernder Krankheit und Pflegebedürftigkeit?
- Wie verändern sich die Lebensthemen in der Familie, wenn verstärkter Hilfebedarf entsteht, Krankheit im Alter eintritt und wenn Sterben absehbar wird?
- Was können die verschiedenen Generationen im Lebenszyklus einer Familie zum Gelingen familialer Pflege beitragen?

Konfliktperspektive - der Blick auf die unterschiedlichen Interessenslagen wie typische Konfliktkonstellationen im Familiensystem, im Umfeld, auf unterschiedliche Konfliktlösungsmodelle

Aus der Konfliktperspektive ergeben sich Fragestellungen wie:

- Welche typischen Konflikte innerhalb des familialen Systems treten bei Pflegebedürftigkeit im Alter auf?
- Welche typischen Spannungen ergeben sich zwischen Familienmitgliedern und der Außenwelt?
- Wie lassen sich die gesellschaftlichen Konfliktlagen um familiäre Pflege verstehen?
- Welche Ansatzpunkte bietet die Kommunikationsforschung zum Verständnis von Konflikten bei der Pflege?
- Welche Konfliktthemen und Konfliktkonstellationen sind bisher erforscht worden?
- Welche Ansätze zur Konfliktbearbeitung erweisen sich als weiterführend?

Kontextperspektive - der Blick auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die manche Probleme in der Pflege verständlich machen, z.B. unter dem Aspekt geschlechtsspezifischer Besonderheiten

Aus der Kontextperspektive und hier speziell der geschlechtsspezifischen Perspektive ergeben sich z. B. folgende Fragestellungen:

- Welche geschlechtsspezifischen Vorstellungen prägen die Rollenverteilung bei der Pflege?
- Verhalten sich Frauen und Männer unterschiedlich, wenn sie schwer erkranken oder pflegebedürftig werden?
- Pflegen Männer und Frauen jeweils anders? Gibt es typische Pflegeeinstellungen - unterschiedlich nach Geschlecht?

Tab. 1: Perspektiven und leitende Fragestellungen zum Verständnis familialer Pflege (vgl. Bubolz-Lutz 2006)

Die hier vorgestellten Perspektiven lassen sich bildlich in folgender Übersicht greifbar machen:

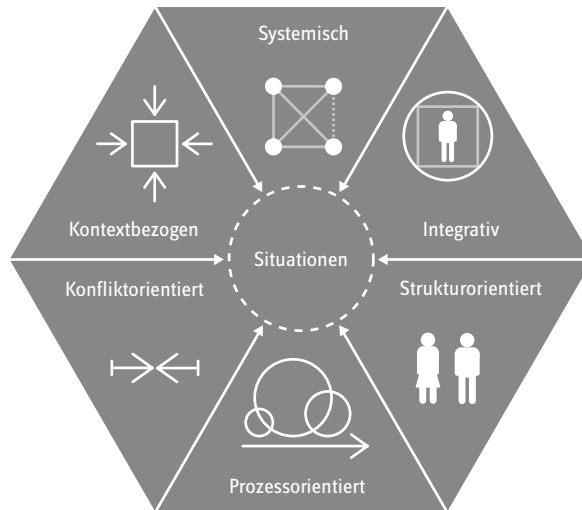


Abb. 14: Leitperspektiven zum Verständnis von Pflegesituationen (vgl. Bubolz-Lutz 2006, S. 37)

Das in dem Band „Pflege in der Familie - Perspektiven“ zusammengefasste Wissen zu einem mehrperspektivischen Verständnis familialer Pflege mit eingeschobenen Praxiskapiteln, die sich speziell auf die Rolle der Pflegebegleiter beziehen, hat den Grundstein für eine kompetente Pflegebegleiter-Praxis gelegt. Alle im Verlauf des Projekts entwickelten Materialien setzen die Kenntnis dieses Basiswissens voraus.<sup>16</sup>

## 4.2 Projektakteure und Projektaufgaben

Die ersten Projektmonate dienten dem Aufbau tragfähiger Projektstrukturen. Es galt sowohl personell als auch räumlich rahmende Strukturen zu etablieren. Das Personal- und Finanzwesen sowie die dazugehörigen Sekretariatsarbeiten wurden in der Geschäftsstelle des Forschungsinstituts Geragogik am Forschungs- und Entwicklungszentrum Witten abgewickelt, die Koordinations- und Leitungsaufgaben im „Projektbüro Pfl-

<sup>16</sup> Die genannte Veröffentlichung wurde allen Projekt-Initiatoren als Arbeitsmaterial zur Verfügung gestellt.

gebegleitet“ in Viersen. Die wissenschaftliche Begleitung operierte von der Katholische Fachhochschule Freiburg aus. Ihr war auch der interdisziplinär aufgestellte wissenschaftliche Beirat zugeordnet.

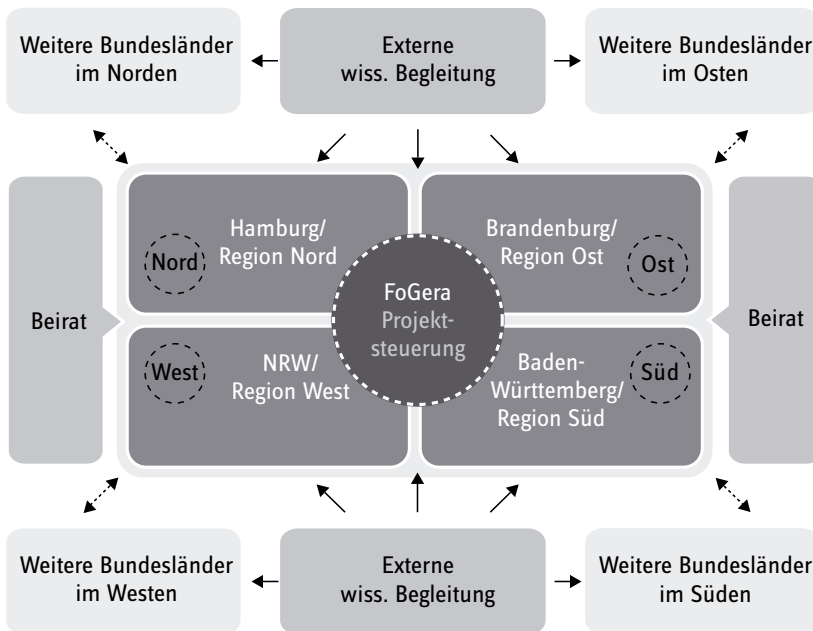


Abb. 15: Aufbau der Projektstrukturen

Auf unterschiedlichen Ebenen sind jeweils spezielle Aufgabenstellungen erledigt worden:

**Bundesebene Viersen (mit Projektleitung/Koordination/Sekretariat):**

- Leitung/Gesamtsteuerung, dazu Kommunikation mit allen Projektakteuren;
- Konzeptionsentwicklungen und Reflexionen im Rahmen der Arbeitstreffen für die Leitungen der Regionalbüros und die Projektleitung und Projektkoordination, zuweilen mit Beteiligung der wissenschaftlichen Begleitung;
- Kooperation der Bundes-Projektleitung/-koordination mit Bundesverbänden, z. B. dem Bundesnetzwerk Bürgerengagement (BBE);
- Teilnahme an Diskussionsrunden zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (z. T. mit dem BMG);



- Vorstellung der Ansätze und vorläufigen Ergebnisse des Projekts auf verschiedenen Fachtagungen und Konferenzen durch die Projektleitung, Projektvorstellungen in den Regionen;
- Öffentlichkeitsarbeit auf Bundesebene (Artikel in Zeitschriften, Hinweise in großen Zeitschriften im Anschluss an Interviews, Newsletter, Homepage mit Forum, Projekt-Initiatoren-Briefe mit aktuellen Neuigkeiten, Abzeichen, Buttons ...);
- Teilnahme an Qualifizierungen für Projekt-Initiatoren in den Regionen, spezielle Evaluation der Praxiserfahrungen mit dem Curriculum, Leitung der ersten Qualifizierungsrunde für Projekt-Initiatoren (Start-ups), Nachqualifizierung auf Bundesebene;
- strategische und inhaltliche Beratungen auf Bundesebene mit der wissenschaftlichen Begleitung, dem wissenschaftlichen Beirat, dem Fachteam von FoGera und externen Experten;
- Erstellung der Handreichungen und zentralen Konzeptpapiere im Projekt.

#### Bundesebene Geschäftsstelle FoGera in Witten:

- Personalwesen;
- Mitarbeit Strategie- und Konzeptentwicklung;
- Mitarbeit im wissenschaftlichem Beirat;
- alle Abrechnungen (Gehälter, Reisekosten, Startgelder, Qualifizierungen etc.).

Ebene der vier Regionalbüros (Treffpunkt Nord: Seniorenbüro Hamburg e. V., Treffpunkt Ost: Sozialakademie AWO SANO gGmbH, Treffpunkt West: Diakonisches Werk Dortmund und Diakonische Dienste Dortmund gGmbH, Treffpunkt Süd: Paritätisches Bildungswerk Stuttgart):

- Entwicklung und Durchführung jeweils dreimal dreitägiger Qualifizierungsreihen für Projekt-Initiatoren (inklusive Organisation);
- Leitung von Pflegebegleiterkonferenzen regional mit hoher Teilnehmerzahl (80.100 Teilnehmer);
- fachliche Begleitung und Beratung aller „Generationen“ von Projekt-Initiatoren durch die Regionalbüros (Reflexionstage, Besuche bei Zertifikatsübergaben, Beratungen vor Ort, z. T. separat nach „Generationen“ bis zu viermal pro Jahr, telefonische Rundrufe alle sechs bis acht Wochen);
- Nachqualifizierungen von Projekt-Initiatoren in kleinen Gruppen;

- Kooperation mit Organisationen und kooperierenden Kommunen: Vernetzungstreffen mit Kooperationspartnern auf Regional- und Landesebene, z. T. unter Beteiligung der Bundesprojektleitung/Koordination;
- Öffentlichkeitsarbeit auf Regionalebene: eigene Plakate und Übersichtshefte mit Standorten der Regionen, Zeitungsartikel, Radiosendungen usw.

#### Ebene der Projekt-Initiatoren:

- Durchführung von bisher 186 Pflegebegleiter-Vorbereitungskursen durch die Projekt-Initiatoren-Tandems;
- Projekt-Initiatoren begleiten den Prozess des Findens und Erprobens von passenden Zugängen zu pflegenden Familien.

#### Ebene der wissenschaftlichen Begleitung:

- Die wissenschaftliche Begleitung hat von Projektbeginn an die Entwicklung des Projektverlaufs evaluiert und die ermittelten Ergebnisse auf regionalen Fachtagungen, Arbeitstreffen und Besprechungen mit dem Leitungsteam diskutiert. Ihr oblag zudem die Aufgabe der Beratung der Projektleitung, der Regionalbüros und der Ausrichtung der jährlichen Fachtagungen.
- Der wissenschaftlichen Begleitung zugeordnet war ein Beirat mit Mitgliedern aus Praxis und Wissenschaft: Prof. Dr. Edgar Köslers, Prof. Dr. Herrmann Brandenburg, Prof. Dr. Ludger Veelken, Dipl.-Päd. Erich Schützendorf. Der Beirat traf sich zweimal pro Jahr zur Diskussion von zentralen Fragen des Projekts; Gutachten wurden erstellt, Beratungen fanden statt.

#### Ebene der Organisationen/Kommunen:

- Viele der kooperierenden Organisationen/„Heimathäfen“ haben erhebliche Ressourcen in den Aufbau und die Begleitung von Standorten mit eingebracht. Sie identifizieren sich mit der Idee und erleben ihre eigene Profilerweiterung durch das Projekt als erheblichen Imagegewinn.
- Weitere Nachfrage besteht nach neuen Qualifizierungen für Projekt-Initiatoren von Organisationen, die in der Nachbarschaft von Initiativen auf das Projekt aufmerksam geworden sind.

Ebene der Pflegebegleiter:

- Pflegebegleiter erfüllen folgende Aufgaben: Sie begleiten pflegende Angehörige. Dazu entwickeln sie erfolgreiche Zugänge zu pflegenden Angehörigen. Das Schaffen von Kontaktmöglichkeiten gelingt oftmals durch Aktionen wie Ausflüge mit pflegenden Angehörigen (vgl. dazu Steiner-Hummel 1995 und 1997). Über die Hälfte der Initiativen stellte Kontakte über Informationsveranstaltungen und/oder Fortbildungen für pflegende Angehörige her. Alle Initiativen geben an, dass die Pflegebegleiter telefonische Begleitungen für pflegende Angehörige (Hotline, Angehörigentelefon) anbieten (vgl. Dokumentationsbögen der Pflegebegleiter-Initiativen).
- Weiter sind die Freiwilligen zunehmend für die Selbstorganisation der Initiativen verantwortlich.

### 4.3 Auseinandersetzungen mit dem Projektverlauf

Das Ziel der Implementierung von Pflegebegleiter-Initiativen im gesamten Bundesgebiet - in allen Bundesländern - ist in einzelnen, aufeinander aufbauenden Schritten erfolgt (vgl. Abb. 16).

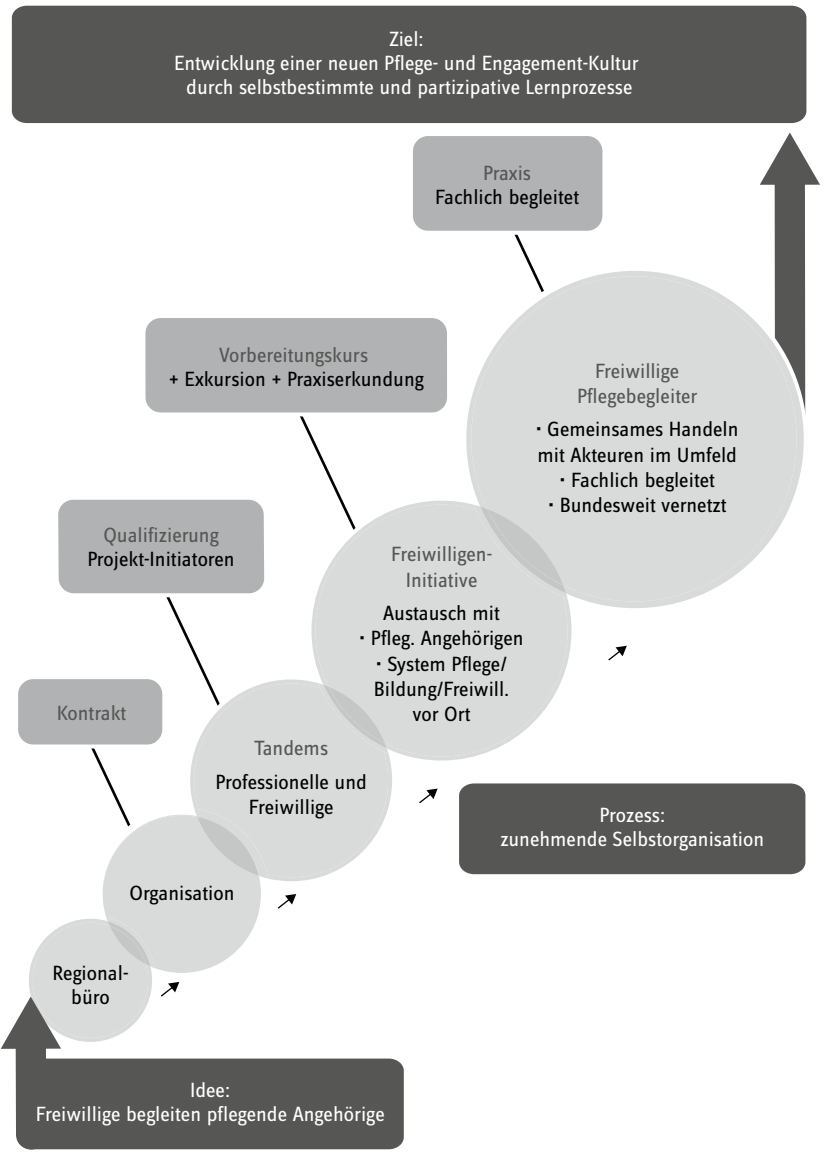


Abb. 16: Projektverlauf

So waren zunächst von der Projektleitung und Projektkoordinatorin die Kollegen für die vier Regionalbüros zu gewinnen. Diese wiederum hatten kooperationsbereite Organisationen dafür anzuwerben, Pflegebegleiter-Initiativen bei sich anzusiedeln. Kontrakte mit jeder einzelnen Organisation oder Kommune mussten geschlossen werden. Erst dann erfolgte die Suche nach geeigneten Projekt-Initiatoren, die dann in landesweit organisierten Qualifizierungen in die Konzepte und speziellen Arbeitsweisen eingeführt wurden. Diese Projekt-Initiatoren boten anschließend selbst (zu zweit) jeweils zwei Vorbereitungskurse für Pflegebegleiter an.

Die unten stehenden Planungsschritte wurden im Prinzip umgesetzt - allerdings ergaben sich im Projektverlauf Verzögerungen speziell im Hinblick auf die Durchführung der zweiten Vorbereitungskurse.

Im Projektantrag (2003, S. 4-6) sind folgende Schritte genannt, die alle - wenn auch zuweilen mit zeitlichen Verschiebungen - erfolgt sind:

Phase 1: Strukturschaffung und Multiplikatorentraining (Oktober 2003 bis August 2004):

- Aufarbeitung und Veröffentlichung der Erfahrungen des Pilotprojekts;
- Weiterentwicklung des Curriculums zu Vorbereitungskursen für Pflegebegleiter;
- Konkretisierung der bestehenden Kontakte in vier ausgewählten Bundesländern (Beiratschaft zur Kooperation haben signalisiert: Baden-Württemberg, Brandenburg, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen);
- Schulung der Multiplikatoren in den vier ausgewählten Bundesländern (ein bis zwei Tandems aus Pflegeexperten und Fortbildungsexperten);
- Öffentlichkeitsarbeit.

Phase 2: Vorbereitungskurse „Pflegebegleiter“ in ausgewählten Ländern (Februar 2004 bis Februar 2005):

- Durchführung des Fortbildungsprogramms „Vorbereitung zum Pflegebegleiter“ in den vier ausgewählten Bundesländern (von der Akquise über Fortbildung, Praktikum und Praxisbegleitung bis zur Etablierung);
- Multiplikatoren werden als Praktikanten in Vorbereitungskursen eingesetzt;
- Gewinnung von weiteren Multiplikatoren bundesweit.

---

Phase 3: Etablierung der Pflegebegleiter-Gruppen und bundesweite Multiplikatorentrainings (September 2004 bis September 2005):

- Organisation und Begleitung der Praktikumsphase der Pflegebegleiter des „ersten Durchgangs“;
- „zweiter Durchgang“: Durchführung des Fortbildungsprogramms „Vorbereitung zum Pflegebegleiter“ in den vier ausgewählten Bundesländern (von der Akquise über Fortbildung, Praktikum und Praxisbegleitung bis zur Etablierung);
- Gründung, Unterstützung und Begleitung von festen Gruppen/Einbindung der Pflegebegleiter-Gruppen in die Pflege-Infrastruktur;
- Auswertung der Ländererfahrungen;
- Schulungen für Multiplikatoren aus möglichst vielen Bundesländern (einzülig veranschlagt, evtl. zweizülig/Länderfinanzierung?).

Phase 4: Vorbereitungskurse „Pflegebegleiter“ bundesweit/Etablierung (Oktober 2005 bis Dezember 2007):

- bundesweite Umsetzung des Modellprogramms mit Vorbereitungskursen für Pflegebegleiter (Schneeballsystem);
- Begleitung der Praktikums- und Etablierungsphase;
- fachliche Begleitung der Fortbildner;
- Etablierung der Pflegebegleiter-Gruppen in die Infrastruktur vor Ort mithilfe der Anlaufstellen (inklusive Organisation einer Unterstützungsstruktur für die Gruppen).

Phase 5: Pflegebegleiter bundesweit etabliert/Auswertung (Januar 2008 bis September 2008):

- Ergebnissicherung/Auswertungen;
- Ausbau der Anlaufstellen/Sicherung der fortlaufenden Finanzierung;
- Erarbeitung von Publikationen:
  - Vorbereitungskurse für Pflegebegleiter;
  - Schulung für Multiplikatoren, die Pflegebegleiter-Kurse leiten;
  - Handreichung für Träger zur Etablierung und Weiterentwicklung des Konzepts, angepasst an spezielle Bedingungen im Nahraum;
- Öffentlichkeitsarbeit.

Im Folgenden werden einzelne Projektschritte nachgezeichnet. Dargelegt wird dabei auch, welche speziellen Herausforderungen die einzelnen Schritte für die Projektbeteiligten mit sich brachten und wie diese Herausforderungen im Projekt angegangen wurden.

#### **4.3.1 Aufbau und Verbreitung bundesweiter Projektstrukturen**

Die Verbreitung der Idee „Pflegebegleitung“ wurde von der Bundesebene aus angestoßen und von den Regionalbüros weiter vorangetrieben. Dazu entstanden zunächst vier regionale Projekt-Treffpunkte/Regionalbüros. Bei der Gewinnung und Bindung der Institutionen wurde darauf geachtet, dass sich eine „Win-Win-Situation“ für beide Seiten ergab:

- Das Pflegebegleiter-Projekt gewann eine stützende Infrastruktur.
- Die Institutionen erhielten Anregungen und Impulse für ihre eigene Arbeit, speziell im Hinblick auf die Kooperation von Hauptberuflichen und Freiwilligen.

Die Institutionen wurden bei der Öffentlichkeitsarbeit des Projekts jeweils mit benannt: Sie profitierten demnach nicht nur von der inhaltlichen Weiterentwicklung im Sektor Freiwilligenarbeit und Pflege, sondern auch vom Image des auf bundesweite Verbreitung ausgerichteten Projekts.

Die Projekt-Treffpunkte wurden mit jeweils zwei Personen besetzt: einem hauptverantwortlichen Treffpunktleiter und einem mitverantwortlichen Projektmitarbeiter.

Aufgabe der Projektleitung und -koordination war sodann die Entwicklung und Vergemeinschaftung der Projektanliegen und des Projektdesigns. Im ersten Jahr galt es, vonseiten der Bundesebene den Prozess der Auseinandersetzung mit der Projektidee v. a. auf der Ebene der Kollegen aus den Regionalbüros so weit voranzubringen, dass diese selbst in der Lage waren, das Projekt nach außen zu vertreten.

In einem ersten zentral durchgeführten Start-up (viermal zwei Tage) war das Anliegen der zentralen, von der Projektleitung durchgeführten Seminare: die gemeinsame Projektentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der regionalen Unterschiede sowie eine gemeinsame Vorbereitung der Projekt-Initiatoren auf die Durchführung der Vorbereitungskurse in den Regionen.

Auf der Ebene der Projektsteuerung wurde entschieden, dass die weiteren Qualifizierungen nicht zentral, sondern in den vier Projektregionen abgehalten werden sollten. Dies hatte den Grund, dass hier ein stärkerer „lokaler Bezug“ aufgebaut werden konnte als in den zentralen Schulungen.

So erfolgte die Verbreitung über die Qualifizierungen der Projekt-Initiatoren sukzessive durch die vier Regionalbüros (vgl. Abb. 17).

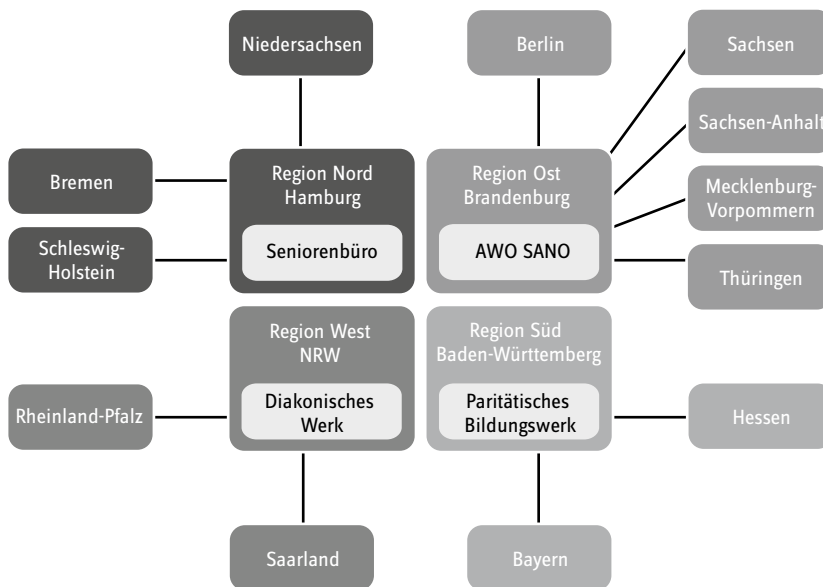


Abb. 17: Regionalbüros mit zugeordneten Bundesländern

Eine weitere Entscheidung fiel für die Kooperation mit dem BMFSFJ und eine Inanspruchnahme von Fördergeldern aus dem Programm „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“. Bedingung des VdAK war eine klare Abgrenzung beider Programme: So sollte das GÜF-Programm von Organisationen für die Refinanzierung ihrer Praxisphase genutzt werden können, nachdem die Implementierung der Initiativen in die Praxis abgeschlossen war. Grund für diese Kooperation war die Schwierigkeit von Organisationen, die notwendigen Mittel zur Finanzierung der Pflegebegleiter-Praxis eigenständig aufzubringen.



### 4.3.2 Implementierung in die Infrastrukturen vor Ort und Aufbau von Kooperationen

Im Verlauf des Projekts wurden sukzessive Strukturen implementiert, die voraussichtlich zu 70 bis 80% auch nach Ende der Projektlaufzeit Bestand haben werden. Insgesamt konnten 97 Kooperationspartner (Organisationen, Kommunen, Landkreise) dafür gewonnen werden, eine Pflegebegleiter-Initiative bei sich anzusiedeln und mindestens einen Projekt-Initiator für die Vorbereitung und fachliche Begleitung der Initiative freizustellen (vgl. Abb. 18).

Aachen, Diakonisches Werk	Gevelsberg, AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr	Mönchengladbach, Alzheimer Gesellschaft
Abtsgmünd, Landratsamt und Kath. Sozialstation	Gladbeck, Caritas	München, AWO und Hippocampus
Adenau, Projekt 3	Görlitz, DRK Kreisverband	Neuffener Tal-Gemeinden, Sonne
Bad Bevensen, AWO KV	Greifswald, AWO Soziale Dienste	Neuhaus a. Rennweg, AWO Kreisverband
Bad Hersfeld/Bebra, Malteser Hilfsdienst	Vorpommern	Neunkirchen, DRK Kreisverband
Bad Lippspringe, Seniorenbüro	Guben, Haus der Familie	Neu-Ulm, AWO
Bad Wurzach, St. Annahilfe-Stiftung	Harburg Landkreis, AWO OV Buchholz	Norderstedt, Kirchenkreis Niendorf-Altenwerk
Liebenaue	Heilbronn/Bad Rappenau, DRK Kreisverband	Nürtingen/Wolfschlingen, Diakoniestation
Bergen auf Rügen, AWO Soziale Dienste	HH-Eilbek/Hamm/Dulsberg, Hamburger Gesundheitshilfe	Paderborn, Caritas
Berlin-Wedding, EJF Lazarus	HH-Eimsbüttel, LebensAbendBewegung	Paderborn, Seniorenbüro der Stadt
Bielefeld, AWO Kreisverband	HH-Neugraben, ASB Sozialstation	Plettenberg, Netzwerk Hospizarbeit
Bleckede, AWO KV Lüneburg/Lüchow Dannenberg	Süderelbe	Potsdam, Akademie 2. Lebenshälfte
Bochum, DRK Kreisverband	HH-Wandsbek, Alzheimer Gesellschaft	Brandenburg
Born/Darß, Kreis Diakonisches Werk	Hamburg	Potsdam, Sozialakademie AWO SANO
Braunschweig/Süd, Diakoniestation	Hude-Ganderkesee, regio vhs	Rhein-Erft-Kreis, Kommune Bergheim
Breisgau/Hochschwarzwald, Caritasverband	Itzehoe, Pflegeziel/Freiraum/ Pflegebegleiter	SaarLouis, Demenzverein
Landkreis Bremen/Nord, Paritätische	Karlsruhe, ASB	Schmalkalden, AWO Süd-West-Thüringen
Gesellschaft für soziale Dienste	Karlstadt, Heroldstiftung	Schneverdingen, Alzheimer- u. Schorndorf, Kath. Sozialstation
Bühl/Achern, DRK Kreisverband	Kassel, Diakonisches Werk	Schwäbisch Gmünd, Stadt und DRK
Chemnitz, Integra 2000	Kindelbrück, THEPRA /Christ. Seniorenbüro	Schwedt, Akademie 2. Lebenshälfte
Cottbus/Land, trans-net DB	Kirchheim u. Teck, Buffet	Schwerin, AWO Kreisverband
Demenzkrankengesellschaft	Kleinmachnow, AWO Potsdam-Mittelmark	Speyer, Malteser Hilfsdienst
Diepholz Landkreis, AWO KV	Korntal-Münchingen, Stadt-Soziale Dienste	Spremberg, Albert-Schweitzer Familienwerk
Dortmund, Diakonisches Werk	Krefeld, Alexianer Krankenhaus	Springe, Das B.A.N.D.
Dortmund, Seniorenbüro Hörde	Limburg, Malteser Hilfsdienst	St. Wendel, Stiftung Hospital
Dülmen, Familienbildungsstätte	Lüchow, AWO KV	Stuttgart, Paritätisches Bildungswerk
Eberswalde, Familienzentrum BBV	Luckenwalde, AWO Wohnstätten	Tribsees, AWO Soziale Dienste
Eckernförde, 1. Eckernförder Tages/ Dauerpflege für Senioren	Lüneburg, Alzheimer Gesellschaft	Vorpommern
Emsland Landkreis, Geschäftsstelle zur Stärkung des Ehrenamts	Lüneburg/Lüchow Dannenberg	Vechede, Diakoniestation
Essen, Familien- und Krankenpflege	Lünen, Diakonische Dienste Lünen/Selm	Braunschweig
Essen, Pflegedienste d. Caritas & Kath. Kliniken	Marburg/Biedenkopf, Alzheimer Gesellschaft	Viersen, Pflegebegleiter
Eutin/Ostholstein, Bürgerhilfe	Meiningen, AWO Süd-West-Thüringen	Vlotho, Initiative Zeitspende
Forst/Grießen, Zentrum für Familien	Michendorf, Evangelische Kirchengemeinde	Weilheim, Alzheimer Gesellschaft
Frankfurt a. Main, Frankfurter Verband	Miesbach, Altenpflegeschule	Wittenberg/Lutherstadt, Evangel. Akademie
Geretsried, VdK		Zehdenick, AWO Seniorenhaus
Gerlingen, Stadt-Amt für Beratung im Alter		

Abb. 18: Kooperierende Kommunen und Organisationen 10/2008

---

Es lassen sich verschiedene Organisationstypen von Kooperationspartnern/Heimathäfen unterscheiden:

- Organisationen, die im Bereich der ambulanten oder teilstationären Pflege tätig sind (die meisten im Norden);
- Organisationen der Selbsthilfe (insbesondere Demenz und/oder Alzheimer), die im Bereich der niedrighschwelligigen Angebote Praxisnähe zu den pflegenden Angehörigen haben;
- Organisationen der Engagementförderung (Seniortrainer, Seniorenbüros, Freiwilligenzentralen);
- Bildungseinrichtungen (Familienbildungsstätten, Familienzentren, Volkshochschulen);
- Kommunen und Landkreise (die meisten im Süden).

Die Kooperationspartner haben bisher - finanziell, personell und durch Bereitstellung von Infrastruktur - einen erheblichen Beitrag zur Projektentwicklung geleistet. Dort, wo sich Pflegebegleiter-Initiativen etabliert und bewährt haben, sind die Kooperationspartner bereit, weiterhin - wenn oftmals auch in geringerem Umfang - zu „investieren“. Zur Entwicklung nachhaltiger Strukturen hat auch die Beteiligung am Programm „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“ des BMFSFJ beigetragen: Vielen Kooperationspartnern vor Ort wurde es dadurch möglich, die fachliche Begleitung der Initiativen nach Abschluss der Vorbereitungskurse weiter zu finanzieren.

Bei den Regionalbüros stand in den ersten Jahren die neue Aufgabe der Gewinnung von Kooperationspartnern im Vordergrund. In der Mitte des Projekts ging es im Wesentlichen um die Aufgabe, die Kooperationspartner in ihrem Engagement für die Initiativen zu bestärken, ihren Lernprozess zu begleiten und im Falle von Auseinandersetzungen mit Projekt-Initiatoren klärend tätig zu werden. Die letzte Projektphase konzentrierte sich schwerpunktmäßig darauf, die Organisationen dazu zu motivieren, den Initiativen auch dann als Anlaufstelle zur Verfügung zu stehen, wenn keine Projektmittel mehr zu erwarten sind.



### 4.3.3 Ausbreitung der Pflegebegleiter über Vorbereitungskurse

Von Dezember 2007 bis Oktober 2008 ist die Zahl der Pflegebegleiter stark angestiegen. Seit Beginn des Jahres sind bis zum Abschluss des Projekts weitere 800 Pflegebegleiter-Kursteilnehmer hinzugekommen. Es handelte sich überwiegend um „zweite Kurse“ an einem Standort.

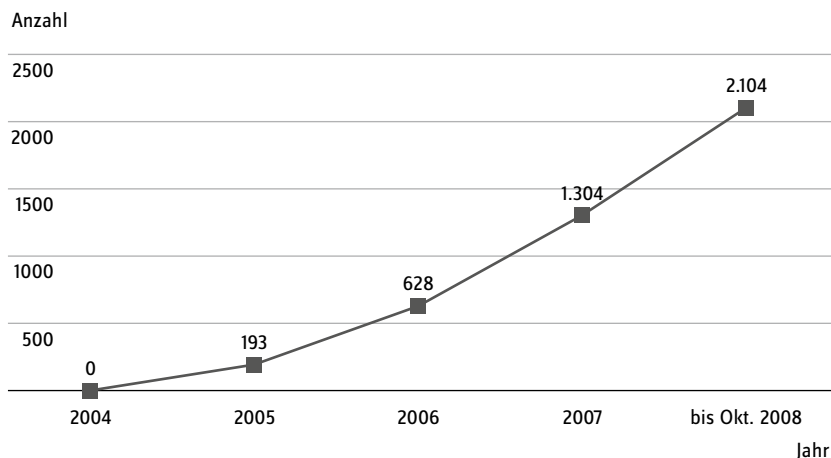


Abb. 19: Teilnehmerzahlen Vorbereitungskurse für Pflegebegleiter

Während am 18. Dezember 2007 bundesweit insgesamt 1.236 Pflegebegleiter einen Vorbereitungskurs mit Zertifikat abgeschlossen hatten, ist die Anzahl bis Ende Oktober 2008 erheblich auf 2.063 gestiegen. Innerhalb des Jahres 2008 hat damit die Zahl der Pflegebegleiter die Zielmarke des Projekts von 2.000 überschritten.

Von den 2.104 Personen, die am Vorbereitungskurs teilgenommen hatten, haben 2.022 Personen im Anschluss einen Ausweis erhalten. Die Ursache dafür, dass im Projektverlauf etwas weniger Ausweise vergeben worden sind, als Aktive gemeldet wurden, liegt u. a. darin, dass nicht alle Standorte Ausweise für ihre Tätigkeit gewünscht haben. Ausweise sind z.T. nur dann ausgegeben worden, wenn die Freiwilligen in der Begleitung von Angehörigen tätig waren. Andere Aufgaben freiwilliger Pflegebegleiter waren z. B. Öffentlichkeitsarbeit und Akquise von Schirmherrschaften.

In den Projektregionen Ost und Süd engagieren sich zahlenmäßig die meisten Pflegebegleiter – hier liegen die Standorte in eher mittelgroßen Städten und ländlichen Bereichen. In der Region West, besonders aber in der Region Nord, sind Pflegebegleiter-Standorte eher in Großstädten oder dünn besiedelten Gebieten zu finden. Hier ist zu beobachten, dass die Initiativen weniger Mitglieder haben.

Anzahl der ausgestellten Zertifikate

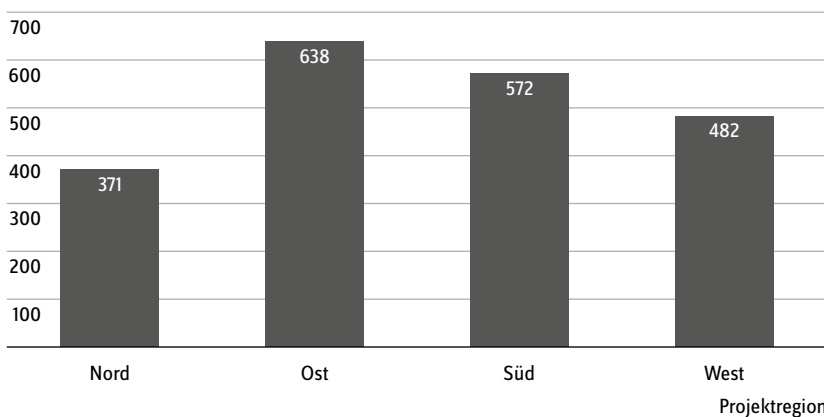


Abb. 20: Pflegebegleiter-Zertifikate nach Regionen

Schaut man sich die Entwicklungen in den Regionen im Einzelnen an, fällt auf, dass die zunehmende Anzahl der freiwilligen Pflegebegleiter mit einer zunehmenden Anzahl an Kursen korrespondiert:

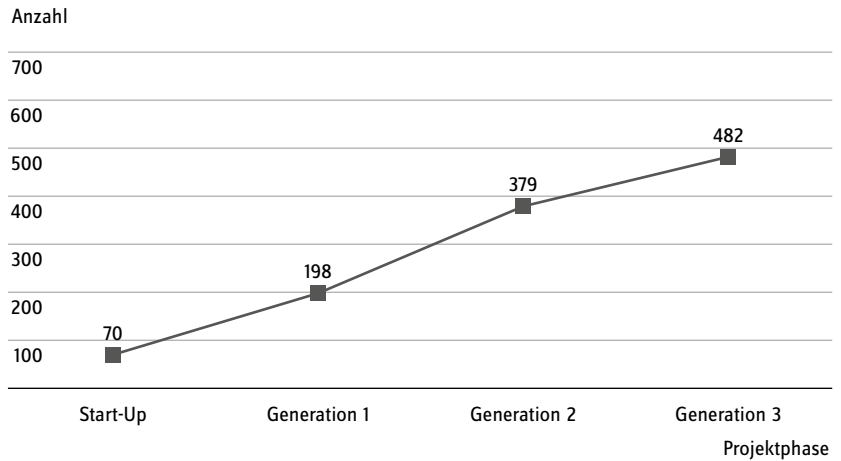


Abb. 21: Entwicklung der Region West: Anzahl der Pflegebegleiter

So bezieht sich der rasche Anstieg der Freiwilligen am Standort West innerhalb der „Generation 2“ darauf, dass innerhalb dieser Generation auch die meisten Projekt-Initiatoren qualifiziert wurden.

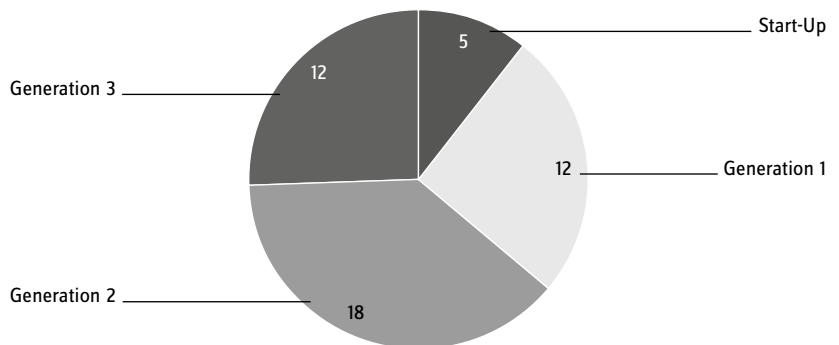


Abb. 22: Anzahl der Kurse für Pflegebegleiter je Projektphase: Region West

Ähnlich verhält es sich in der Projektregion Nord: Hier stieg die Anzahl der Freiwilligen erst in der dritten Generation stark an, was wiederum auf die Quantität der Projekt-Initiatoren und deren durchgeführte Kurse in dieser Projektphase zurückzuführen ist.

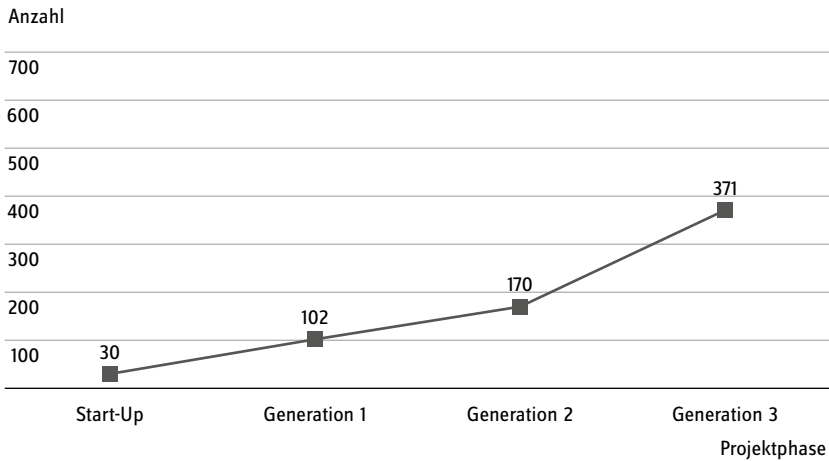


Abb. 23: Entwicklung der Region Nord: Anzahl der Pflegebegleiter

In der „Generation 3“ konnten in der Projektregion Nord 22 Vorbereitungskurse für Pflegebegleiter stattfinden.

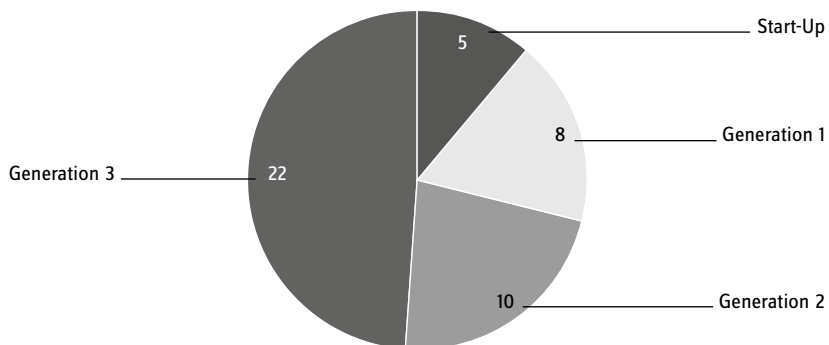


Abb. 24: Anzahl der Kurse für Pflegebegleiter je Projektphase: Region Nord

In der Region Ost hat sich die Anzahl der Pflegebegleiter kontinuierlich entwickelt. Die Kurse in dieser Region waren von Beginn an zahlenmäßig sehr gut ausgelastet; dies spiegelt sich auch in der großen Zahl der Teilnehmer wider.

Einstieg in  
die Praxis und  
Praxisverlauf

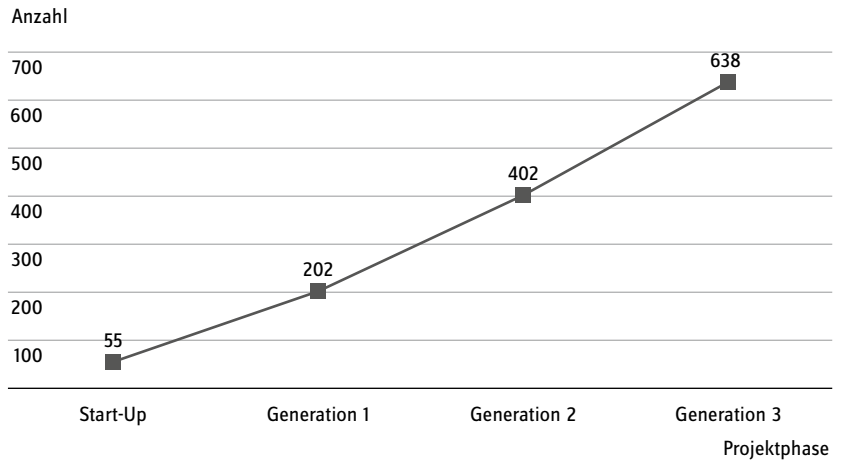


Abb. 25: Entwicklung der Region Ost: Anzahl der Pflegebegleiter

Die Generationen innerhalb der Projekt-Region Ost waren alle drei „gleich stark“ aufgestellt.

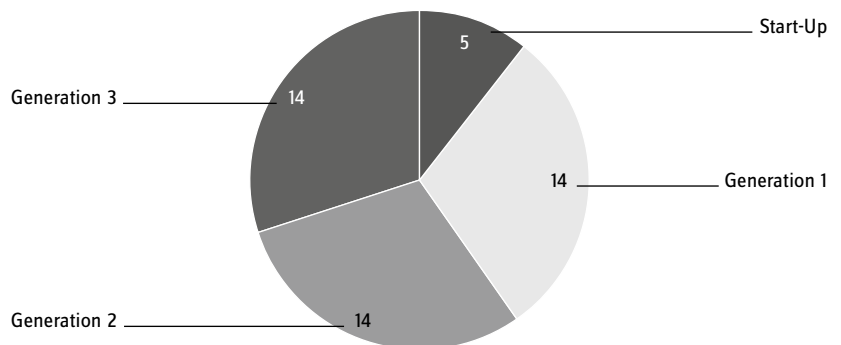


Abb. 26: Anzahl der Kurse für Pflegebegleiter je Projektphase: Region Ost

Eine ähnliche Wachstumskurve zeigt sich in der Region Süd.

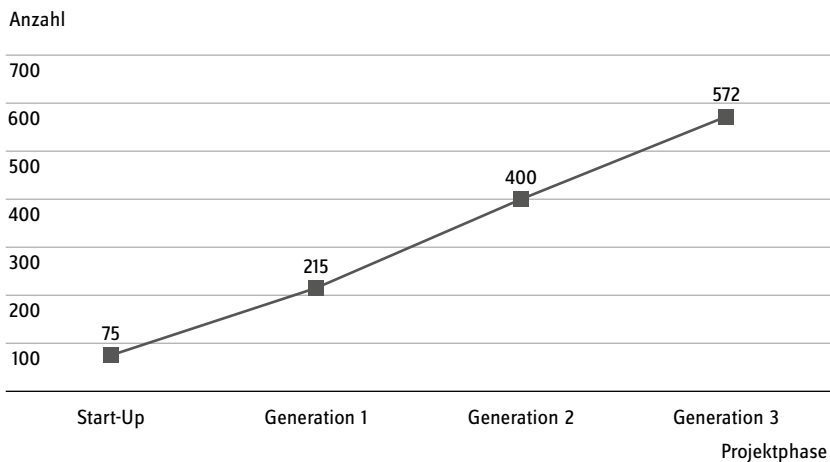


Abb. 27: Entwicklung der Region Süd: Anzahl der Pflegebegleiter

Ebenso wie in der Region Ost waren auch die Generationen der Projekt-Initiatoren im Standort Süd gleichermaßen stark aufgestellt.

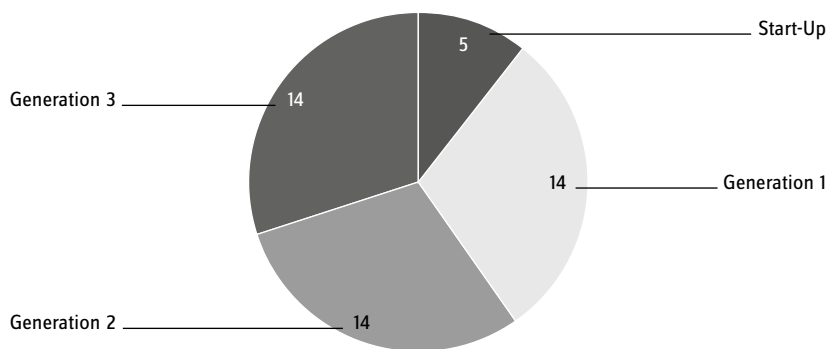


Abb. 28: Anzahl der Kurse für Pflegebegleiter je Projektphase: Region Süd

Insgesamt ist die Anzahl der Freiwilligen im Projekt Pflegebegleiter kontinuierlich in allen Regionen gestiegen. Mit wachsendem Bekanntheitsgrad des neuen Freiwilligenprofils wurden auch die Vorbereitungskurse verstärkt nachgefragt.



#### 4.3.4 Profil- und Leitbildentwicklung

Die Profil- und Leitbildentwicklung orientiert sich an den drei Basiskonzepten „Empowerment“, „Kompetenzentwicklung“ und „Vernetzung“ (vgl. Kapitel 1.1 und ausführlicher Bubolz-Lutz/Kricheldorf 2005; Bubolz-Lutz/Kricheldorf 2006, S. 49 ff.).

Die Grundidee des Empowerment-Ansatzes: „Stärken statt helfen“ auf der Grundlage des Menschenbilds „Vertrauen in die Stärken des Menschen“ findet ihren Niederschlag in der Begleitungspraxis der Freiwilligen, speziell in den Merkmalen:

- den „Eigen-Sinn“ zu akzeptieren,
- als Gesprächspartner „normativ enthaltsam“ zu sein,
- darauf zu verzichten, dem anderen Hilfsbedürftigkeit zuzuschreiben, und
- dem Gegenüber das Recht auf eine selbstbestimmte Lebens- und Lerngestaltung zuzugestehen (vgl. dazu ausführlich Herriger 2002).

Die Grundidee der Kompetenzentwicklung: „Fähigkeiten und Haltungen entwickeln, nicht nur Wissen ansammeln.“ In den Vorbereitungen kommt dem Erwerb von Kompetenzen Bedeutung zu. Folgende miteinander verwobene, aber dennoch voneinander abgrenzbare Kompetenzbereiche wurden spezifiziert, die sich speziell auf die Projektziele und -inhalte beziehen:

- Sachkompetenz/Verständnis
- Begleitungskompetenz
- Vernetzungs- und Feldkompetenz
- Selbstsorgekompetenz
- Reflexionskompetenz
- (Selbst-)Organisationskompetenz

Die genannten Komponenten gelten nicht nur als relevant für die Pflegebegleiter: Kompetenzerwerb soll sowohl durch die Pflegebegleiter auch bei pflegenden Angehörigen angeregt werden. Zudem haben auch die Projekt-Initiatoren ein entsprechendes Kompetenzprofil zu entwickeln (ein detailliertes Beispiel zur Kompetenzentwicklung für die drei Akteursgruppen findet sich in Bubolz-Lutz/Kricheldorf 2006, S. 70 ff.).

Die Grundidee der Vernetzung „Kooperation statt Konkurrenz“ zeigt sich z. B. in der Zusammenarbeit von beruflich und ehrenamtlich tätigen Projekt-Initiatoren. Vernetzung wurde auch auf folgende Weise angestrebt:

- Unterschiedliche Kooperationspartner der Regionalbüros
- Trägervielfalt der Standorte
- Tandem-Mix
- Kooperationen mit anderen Freiwilligeninitiativen
- Patenschaften durch professionelle Partner in der Region

Die im Projekt in den Qualifizierungen der Projekt-Initiatoren entwickelten zehn Leitlinien gaben den Pflegebegleitern einen klaren Orientierungsrahmen für ihr Engagement. Sie machten zugleich nach außen deutlich, dass es sich bei der Pflegebegleitung um ein Freiwilligenprofil handelt und keineswegs um eine berufsmäßig ausgeübte (Erwerbs-)Tätigkeit.

#### **Zehn Leitlinien**

1. Die Leistung pflegender Angehöriger wertschätzen und anerkennen
2. Aufmerksam auf die Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle der Pflegenden achten
3. Sich bemühen, die konkreten Herausforderungen der Pflege zu Hause zu verstehen
4. Stärken wahrnehmen und sichtbar machen
5. Zuhören, da sein, informieren
6. Netzwerke knüpfen, damit gemeinsame Verantwortlichkeit und gegenseitige Unterstützung erfahrbar werden
7. Vertrauen wecken und auf die Pflegenden zugehen
8. Verschwiegen sein
9. Freiwillig und unentgeltlich tätig werden
10. Gut vorbereitet, fortgebildet und in einer Initiative verankert sein

Abb. 29: Leitlinien für die Pflegebegleiter-Praxis

#### **4.3.5 Entwicklung eines innovativen didaktisches Konzepts für Vorbereitungskurse**

Die insgesamt 186 bundesweit durchgeführten Vorbereitungskurse für Pflegebegleiter wurden nach dem eigens entwickelten „Lernkompass“ und den „grünen Themenkarten“ mit

großem Erfolg durchgeführt (vgl. Abb. 30 und 31). Die Resonanz auf die Vorbereitungskurse zeigte, dass die partizipativ angelegten Lernprozesse eine hohe Motivationskraft im Hinblick auf die Aufnahme einer freiwilligen Tätigkeit entfalten (vgl. dazu ausführlich Kapitel 5.1.3).

Das Lernen in den Pflegebegleiter-Vorbereitungskursen folgt besonderen Lernprinzipien, die zum bürgerschaftlichen Engagement passen. Sie sind in Form eines „Lernkompass“ zusammengestellt.



Abb. 30: Lernkompass

Um eine Planung der Kurse zu erleichtern, wurden spezielle Kurskarten entwickelt. Auf sogenannten „grünen Karten“ sind die verbindlichen Themenfelder notiert (auf der Rück-

seite befinden sich jeweils beispielhafte Unterthemen/„Themenspeicher“). Erfahrungen zeigen, dass innerhalb der Kurse nicht alle Themen der grünen Karten abschließend behandelt werden konnten. Dies war auch nicht notwendig, da nach dem Kursende die Pflegebegleiter regelmäßig zusammenkamen, um weiter an den jeweiligen Themen – die sich in der Praxis immer wieder neu stellen – zu arbeiten. Dies gilt insbesondere für die Karten „Begleitung konkret“ und „Handlungsfelder“ (vgl. Abb. 31).



Abb. 31: Verbindliche Themen für Pflegebegleiter-Vorbereitungskurse

Die Vorbereitungskurse enthalten jeweils Anteile von Fachwissen (knowledge), Handlungskompetenzen (skills) und Reflexion von Einstellungen (attitudes) (vgl. dazu Biedermann 1998).

Das im Projekt praktizierte didaktische Konzept der „partizipativen Curriculum-Entwicklung“ hat sich bewährt. Dies zeigen die sehr guten Bewertungen der Kurse durch die Teilnehmenden ebenso wie die Ergebnisse der Evaluationsrunden in den Regionen (Pflegebegleiterkonferenzen), die zu einer kontinuierlichen Überarbeitung des „Kurskompass“ geführt haben (zur Beurteilungen der Kurse durch die Teilnehmenden vgl. Kapitel 5.1).



Das Lernarrangement - wie es sich im Projektverlauf ausdifferenziert hat - ist als ein komplexes System von unterschiedlichen, einander ergänzenden Lernimpulsen zu beschreiben. Elemente sind:

- Seminare (mit Praxisanteilen)
- Beratungsprozesse
- Supervisionsprozesse
- (Selbst-)Evaluationsprozesse (Die Träger von Verantwortlichkeit müssen für den eigenen Kontext sensibel werden, und die eigenen Organisationsstrukturen und Kommunikationskulturen daraufhin reflektieren, ob sie „... für das dringend gesuchte Potenzial des freien Engagements und der freien Kompetenz anziehend und vermittelbar bleiben“. Vgl. dazu Pankoke 2002, S. 83)
- Personalentwicklung
- Organisationsentwicklung

Die Qualifizierung und fachliche Begleitung der Projekt-Initiatoren erfolgte im Wesentlichen durch die Regionalbüros. Hier erwies es sich als wirksam, dass die Qualifizierungen ebenfalls den im „Lernkompass“ definierten Prinzipien folgten. In Analogie zu den „grünen Karten“ in den Vorbereitungskursen für Pflegebegleiter wurden „blaue Karten“ mit verbindlichen Themen entwickelt: So konnten die Projekt-Initiatoren am „Leitungsmodell“ lernen (über das „Mitmachen“ zum „Nachmachen“). Seitens der Projekt-Initiatoren wurde als spezielle Herausforderung benannt, sich mit dem Paradigmenwechsel vom „Versorgungs- zum Empowerment-Paradigma“ auseinandersetzen zu müssen. In den Evaluationsrunden wurde immer wieder betont, wie anregend und fruchtbar diese konsequente Auseinandersetzung erlebt wurde. Hervorgehoben wurde auch der Kompetenzerwerb im Hinblick auf eine aktivierende Förderung von Kompetenzen der Teilnehmenden. Dieser Ansatz wurde als grundlegend dafür erachtet, Selbstorganisation von sozialem Engagement anzuregen und eine konstruktive Kommunikation auf Augenhöhe und im menschlichen Austausch zu ermöglichen.

Die Qualifizierungsseminare erfolgten meist in folgender Abfolge:

Einstieg in die Praxis und Praxisverlauf

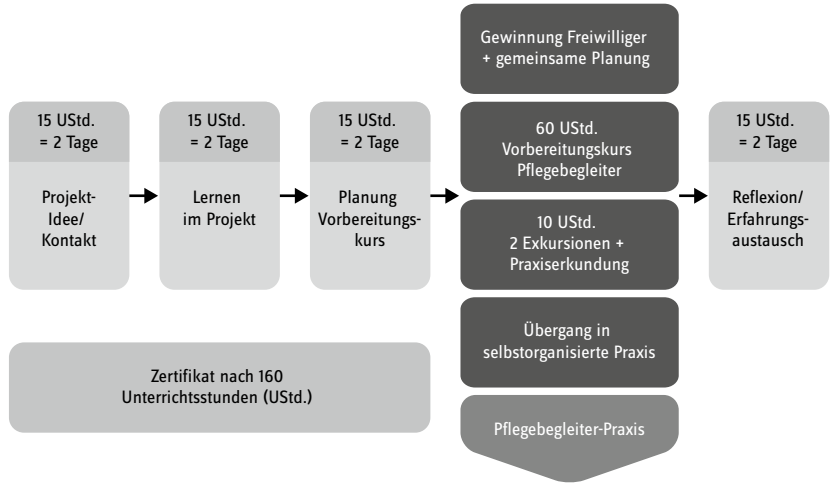


Abb. 33: Grob-Struktur der Qualifizierung für Projekt-Initiatoren

Im Projekt konnten 277 Projekt-Initiatoren qualifiziert werden, von denen derzeit 219 im Projekt tätig sind. Aufgrund starker Fluktuation war es notwendig, bundesweite Nachqualifizierungen durchzuführen.

Ausbildungsstand der PIs

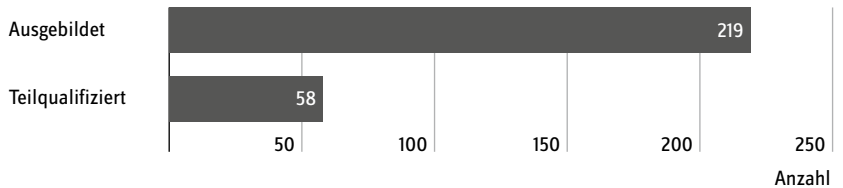


Abb. 34: Ausbildungsstand der Projekt-Initiatoren

Wie bei den freiwilligen Pflegebegleitern ist auch die Zahl der Projekt-Initiatoren innerhalb der Projektlaufzeit kontinuierlich gestiegen.

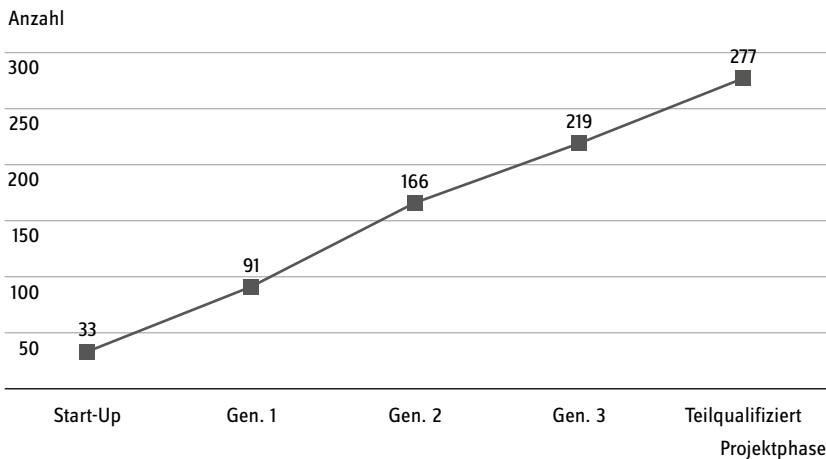


Abb. 35: Zahlenmäßige Entwicklung der (teil-)qualifizierten Projekt-Initiatoren

Über die Projektlaufzeit hinweg sind sowohl die Projekt-Initiatoren als auch die Organisationen kontinuierlich von den Regionalbüro-Mitarbeitern vor Ort fachlich beraten und begleitet worden. Es haben entsprechende Konferenzen auf Landesebene, aber auch auf Regionalbüro-Ebene (länderübergreifend) stattgefunden.

Die aktiven Projekt-Initiatoren erhielten zum Abschluss ihrer Qualifizierung ein Zertifikat sowie zum Projektabschluss eine Urkunde, in der ihnen die Mitwirkung am Bundesmodellprojekt Pflegebegleiter bescheinigt wurde. Dies entspricht dem im Projekt verfolgten Prinzip der Entwicklung einer Anerkennungskultur. Für manche Projekt-Initiatoren hat die Zusatzqualifizierung zum Projekt-Initiator dazu beigetragen, wieder in ein Beschäftigungsverhältnis im sozialen Bereich zu finden.

#### 4.3.7 Standards für die Pflegebegleitungspraxis

In den ersten drei Projektjahren wurden vorwiegend die Grundgegebenheiten für die Pflegebegleitungen geschaffen: durch den Aufbau von Kooperationsstrukturen, die Entwicklung und Erprobung der Vorbereitungskurse und Qualifizierungen für Projekt-Initiatoren und die Implementierung von Pflegebegleiter-Initiativen vor Ort. So konnten Erfahrungen mit Pflegebegleitung in größerem Umfang erst in den letzten beiden Projektjahren gewonnen werden.



Die kontinuierliche Vergrößerung des Angebots der Pflegebegleitung wurde durch die Projekt-Initiatoren ermöglicht. Sie übernahmen z. T. die Vermittlung der Kontakte, gingen bei Erstkontakten mit zu den pflegenden Angehörigen und waren bei den monatlichen Treffen präsent.

Für die Begleitung von pflegenden Angehörigen sind im Projektverlauf Standards entwickelt worden. Zunächst gelten Datenschutz und Verschwiegenheit als Voraussetzungen für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Weitere zentrale Prinzipien für die Gesprächsführung der Pflegebegleiter sind:

- Zuhören: Der pflegende Angehörige bestimmt das Gesprächsthema
- Gefühlsäußerungen ermöglichen/aktives Zuhören
- Authentisch bleiben („Ich empfinde ...“/Formulierung „man“ vermeiden)
- Persönliche Wertschätzung und Anerkennung für die Pflegeleistung ausdrücken (auf Wortwahl achten)
- Andere Zugeweisen akzeptieren - Perspektivenwechsel ermöglichen
- Bewertungen vermeiden/Ratschläge sind tabu
- Lichtblicke benennen/Humor und Zuversicht entwickeln
- Praktisch werden - Bezug nehmen auf die derzeitige Situation
- Eigenes Wissen auf Anfrage einbringen/keine Belehrungen
- Wahlfreiheit deutlich machen - die Entscheidung beim pflegenden Angehörigen lassen
- Grenzen des Freiwilligenprofils beachten - zum professionellen System weiterverweisen
- Gesprächsführung strukturieren: zeitliche Begrenzung der Begleitungen, ansprechen, was heute ansteht, Erwartungen offen abklären, Ergebnisse des Gesprächs zusammenfassen, Verabredungen treffen über die Art der Begleitung, Feedback einholen
- Selbstsorge üben/sich innerlich abgrenzen, z. B. Gehörtes nicht „nach Hause mitnehmen“
- Austausch auf Augenhöhe/Geben und Nehmen (auch Rückmeldungen geben, was die Pflegebegleitung mir gibt)

Zum Erhalt der Qualität des Engagements und auch der persönlichen Engagementfreude ist die Teilnahme an monatlichen Sitzungen verpflichtend. Eine weitere Verpflichtung besteht darin, bei Schwierigkeiten frühzeitig Rückmeldung zu geben. Sollten Störungen in der Begleitung oder Grenzsituationen eintreten, ist es die Aufgabe des Pflegebegleiters,

diese zur Sprache zu bringen. Bei einem Überforderungserleben sind die Freiwilligen gehalten, Einzelsupervision oder kollegiale Beratung durch die Gruppe in Anspruch zu nehmen. Eventuell kann eine Begleitung auch an eine andere Person übergeben werden.

Auch bezüglich der Begleitungsstrukturen liegen Erfahrungen vor: Die Dauer der Begleitung ist nicht zu reglementieren oder zu werten und kann sehr unterschiedlich ausfallen. Es muss von Anfang an klar sein, welche Formen und Möglichkeiten zur Beendigung der Begleitung im Pflegebegleiter-Projekt möglich sind, damit beide Partner die Freiheit besitzen, aussteigen zu können. Ein Ende der Begleitung muss klar und deutlich markiert werden. Der Familie sollte stets ein Ansprechpartner zur Verfügung stehen. In Bezug auf die Freiwilligen gilt: Sie sollten nie das Gefühl zurückbehalten, „versagt“ zu haben.

Für die Dokumentation der Einsätze hat sich ein doppeltes Modell bewährt: eine knappe formale Dokumentation nach außen hin, die zur Koordination nötig ist, und eine persönliche Dokumentation zur Reflexion der Arbeit in der Gruppe. Auch hier galt es, einen wenig formalisierten Weg in einem sensiblen Feld zu entwickeln.

#### **4.3.8 Begleitung der Initiativen in die Selbstorganisation**

Projekt-Initiatoren fällt die Aufgabe zu, die ersten Schritte zur Selbstorganisation einzuleiten (vgl. Kluge/Steiner 2006, S. 159). Sie schieben den Prozess der schrittweisen Selbstorganisation nur an, sind bei weitergehendem Engagement aber möglicherweise selbst als Teil des Systems aufzufassen. Sie betreiben mit der Gruppe eine gemeinsame Zielfindung. Handlungsleitend ist dabei die Grundregel, dass ein Projekt erst von der Pflegebegleitergruppe zur „eigenen Sache“ gemacht worden ist, wenn der „Auftrag“ gemeinsam formuliert wird. Bei der Zielfindung werden Grundsatzziele, Rahmenziele und Ergebnisziele zusammen vereinbart. Zielfragen waren beispielsweise:

- Was wollen wir als Projektgruppe erreichen?
- Was verspreche ich mir persönlich vom Projekt?
- Wie wollen wir zusammenarbeiten?

Bei der gemeinsamen Beantwortung dieser Fragen sollten eher übergeordnete Grundsatzziele (Leitbild Pflegebegleiter) mit längerfristiger Relevanz unterschieden werden von Rahmenzielen (mittelfristiger Zeitrahmen, z. B. „Wir wollen uns im nächsten Jahr in allen

relevanten Arbeitskreisen zur Pflege vorgestellt haben“) und eher kurzfristig angelegten, einfacher erreichbaren Ergebniszielen (z. B. sehr konkrete Schritte zum Werben für das Projekt in der Region). Am Ende der vereinbarten Schritte stand eine gemeinsame Zielbewertung bzw. kritische Reflexion der vorgenommenen zeitlichen Abläufe sowie der finanziellen und personellen Ressourcen.

#### **4.3.9 Auf- und Ausbau von vernetzten Strukturen**

Im Verlauf des Projekts haben sich die Vernetzungen auf den verschiedenen Ebenen und zwischen den Ebenen zunehmend ausdifferenziert:

- Vor Ort sind Vernetzungen mit den professionellen Partnern gesucht und aufgebaut worden.
- Die Strukturentwicklung mit Schirmherren und Patenschaften erleichterten die Öffentlichkeitsarbeit und motivierten zum bürgerschaftlichen Engagement.
- Vernetzungsaktivitäten nahmen zu und stärkten die Projektarbeit wie auch deren Qualität. Organisationen waren sogar bereit, Mittel zu investieren, um an einem Vernetzungstreffen teilzunehmen.
- Zusammenschlüsse von Standorten gaben Rückhalt, z. B. im Ruhrgebiet, in Ostwestfalen oder in Großstädten wie Dortmund oder Kassel. Hier zeigte sich eine Ausdifferenzierung von Arbeitsstrukturen (z. B. Einrichtung einer Arbeitsgruppe „Öffentlichkeitsarbeit“).
- Pflegebegleiter-Treffen fanden statt, Pflegebegleiter-Initiativen besuchten sich gegenseitig zum Erfahrungsaustausch.

## **4.4 Herausforderungen – Grenzen**

Im Verlauf des Projekts haben sich spezielle Aufgabenstellungen gezeigt. Während in Kapitel 4.5 ausgewählte Erfolge dargestellt werden, geht es im folgenden Abschnitt um Probleme, die noch weitere Klärung und Bearbeitung benötigen und insofern auch die Grenzen des Projekts verdeutlichen.

### **4.4.1 Bundesweit Vergleichbarkeit herstellen**

Eine Aufgabe des Projekts war die Herstellung möglichst bundesweiter Vergleichbarkeit. Es ergaben sich hier folgende Schwierigkeiten:

Zu beobachten war, dass in den jeweiligen Bundesländern unterschiedliche Strukturen für Bürgerengagement in der Pflege vorhanden waren. Es galt, diese zu erfassen und sich dann in die vorhandenen Strukturen entsprechend einzubinden. Im Verlauf gab es interne länderspezifische Umstrukturierungsprozesse, die dazu führten, dass die Pflegebegleiter-Idee nicht wirklich in Landesstrukturen aufgenommen werden konnte.

Zusätzlich zeigten sich Grenzen in der Verbreitung dort, wo bereits eine Vielzahl von Projekten angesiedelt war (z. B. in großstädtischen Ballungsgebieten).

Wie die Regionalbüros berichteten, ist die Implementierung von Pflegebegleiter-Standorten auch durch große Entfernungen zum Sitz des Regionalbüros erschwert worden.

#### **4.4.2 Instabilität der Organisationen ausgleichen**

Die Leitungen der Regionalbüros hoben besonders die Leistungen der freiwilligen Projekt-Initiatoren hervor. Immer wieder kam zur Sprache, dass der notwendige zeitliche Aufwand erheblich sei und prinzipiell zunächst unterschätzt wurde. Immer wieder wurde der Wunsch geäußert, dass die freiwilligen Projekt-Initiatoren finanzielle Anerkennung erhalten sollten.

Einige „Heimathäfen“ waren teilweise zurückhaltend mit Unterstützung: Hier wurde dem Tandem der Projekt-Initiatoren in der Regel die gesamte Verantwortung für den Prozess übertragen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Qualifizierung v. a. unter dem Aspekt der weiteren „Rekrutierung“ von Freiwilligen betrachtet wurde. Oftmals wurde der innovative Charakter der Projektidee nur bedingt zur Kenntnis genommen. In diesen Fällen herrschte ein ausgeprägtes Dienstleistungsdenken vor.

Verzögerungen und Blockaden im Prozess ergaben sich dadurch, dass sich v. a. stark hierarchisch aufgestellte Organisationen viel Zeit ließen, definitive Entscheidungen für die Teilnahme am Projekt zu treffen. Entsprechend wurde noch ein bundesweiter Nachqualifizierungskurs für neu hinzugekommene Standorte notwendig, an dem auch Vertreter von Organisationen teilnahmen.

#### 4.4.3 Projekt-Initiatoren gewinnen und halten

Es ist im Laufe der Projektzeit immer wieder aus unterschiedlichsten Gründen in allen Regionen zu Beendigungen der Tätigkeiten als Projekt-Initiator gekommen (vgl. Abb. 36).

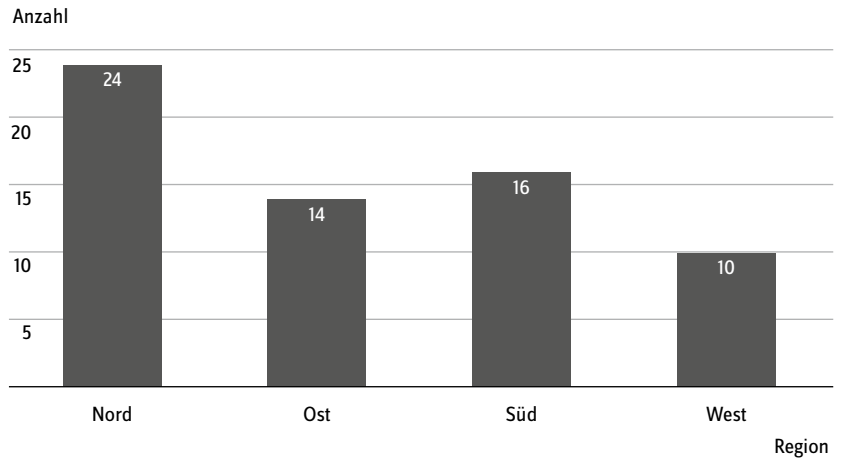


Abb. 36: Beendigungen von PI-Tätigkeiten nach Regionen

Im Projektverlauf wurden in allen Regionen und in allen „Generationen“ Ausstiege aus Qualifizierungsmaßnahmen und nicht vorgesehene Abbrüche gemeldet. In der Datenbank des Bundesprojektbüros ist das Ausscheiden von insgesamt 64 Personen vermerkt.

Die nicht im Voraus einzuschätzende Fluktuation der Projekt-Initiatoren an den Standorten stellte die Regionalbüros vor die Herausforderung, im laufenden Prozess neue Standorte zu finden. So schieden in allen Generationen einige Projekt-Initiatoren bereits nach der Qualifizierungsmaßnahme aus – trotz vorheriger Zusage.

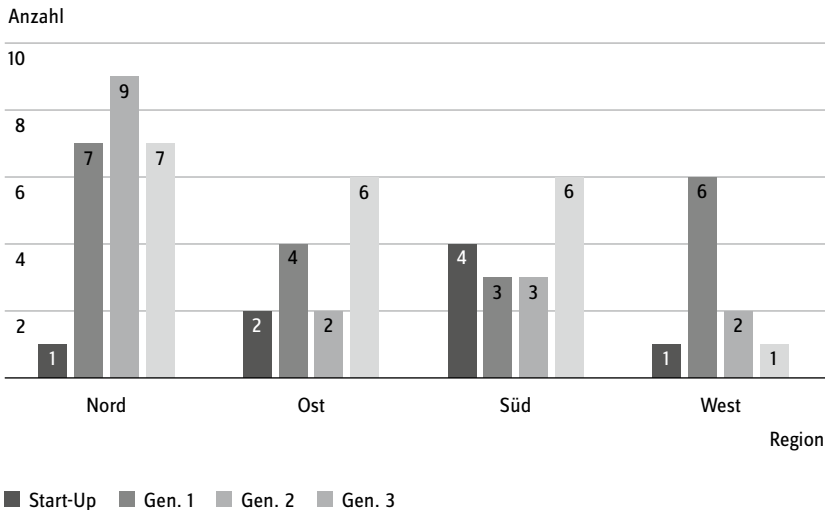


Abb. 37: Beendigungen der Tätigkeit der Projekt-Initiatoren nach Generationen und Regionen

Nach der Einordnung dieser Beendigungen befragt, wurden dem Bundesbüro von den Projekt-Initiatoren oder den Regionalbüroleitungen folgende Erläuterungen gegeben:

- Verstorben (2)
- Organisationen beenden Kooperation (24)
- Gesundheitliche Gründe (1)
- Elternzeit (1)
- Umzug (1)
- Arbeitsplatzwechsel (3)
- Persönliche Gründe (2)
- Zeitliche Überbelastung (1)
- Kein weiteres Engagement trotz Nachqualifizierung/meist unvollständige Informationen vor der Maßnahme (11)
- Unbekannte Gründe (18)

Die Zeitpunkte der jeweiligen Beendigungen der Tätigkeit im Projekt waren sehr unterschiedlich. So entschieden sich im Projektverlauf einige bereits vor Ende der Qualifizierung gegen ein Engagement im Projekt. Andere schieden z. T. viel später, also z. B. nach der Durchführung von zwei Kursen, (vertragsgemäß) aus.

#### **4.4.4 Profil schärfen - Konkurrenzen ausräumen**

Zu beobachten waren auch politische Abgrenzungen durch andere Akteure im Feld der Pflege: In Bayern überraschten die öffentliche Abgrenzung der durch das Sozialministerium geförderten Angehörigenberatungsstellen sowie die Distanzierung des „Helfernetzwerk Demenz“. Es bestanden zunächst erhebliche Zurückhaltung und Skepsis bei Fachkräften gegenüber einer als anspruchsvoll eingeschätzten Begleitung für pflegende Angehörige. Hier haben die Begrifflichkeiten der Pflegeversicherungsreform zur notwendigen Klärung beigetragen: Die spezielle professionelle „Pflegeberatung“ wird nun eindeutig von der nachbarschaftlichen und niedrigschwelligen „Pflegebegleitung“ abgegrenzt.

In der Mehrzahl zeigen sich jedoch die Verbände auf Landes- und Bundesebene zunehmend sehr interessiert am Profil des Projekts und planen eine weitere Zusammenarbeit und Unterstützung der Initiativen - auch über die Projektlaufzeit hinaus.

#### **4.4.5 Finanzielle Rahmenbedingungen sichern**

Im Projektverlauf wurde vonseiten der Projektverantwortlichen zunehmend deutlich gemacht, dass eine Weiterarbeit der Initiativen durch entsprechende Refinanzierung gesichert sein muss. Zu Beginn des Projekts wurde diesbezüglich durch die Möglichkeit der Beantragung von GÜF-Geldern ein zusätzlicher Anreiz für die Organisationen geboten. Gegen Ende des Projekts kam es verstärkt wieder zu Äußerungen von Besorgnis: Da die Refinanzierungsmöglichkeiten über § 45d noch nicht sicher sind, wurde darauf hingewiesen, dass erheblicher Unterstützungsbedarf seitens der Initiativen bei der Antragstellung besteht. Eine umfassende Beratung und Begleitung konnte jedoch vonseiten der Regionalbüros und des Bundesbüros nicht zugesagt werden, da nach Ende der Projektlaufzeit auch diese Strukturen finanziell bislang nicht abgesichert waren.

#### **4.4.6 Motivierung zur Beteiligung an Evaluationen**

Zu den Grenzen des Projekts gehört auch die Erfahrung, dass Freiwilligeninitiativen die Teilnahme an schriftlichen Evaluationen und am Ausfüllen von Dokumentationsbögen nur begrenzt zuzumuten ist. Vor allem im Osten hat sich hier massiver Widerstand der

freiwilligen Pflegebegleiter artikuliert, in dem geforderten großen Umfang Rückmeldungen in schriftlicher Form zu geben. Dies wurde begründet mit belastenden Erfahrungen, in der Freizeit „kontrolliert“ zu werden, aber auch mit der Bezugnahme auf die spezielle Art freiwilligen Engagements, in der Evaluationen, wie sie von professionellen Pflegekräften erwartet werden, keinen Platz hätten.

Projekt-Initiatoren sperrten sich v. a. dann gegen die externen Evaluationen, wenn sie bereits mit ihren Gruppen eigene Dokumentationsinstrumente entwickelt hatten und nun ihrer Initiative keine „doppelte Buchführung“ zumuten wollten.

Auch die pflegenden Angehörigen waren in Bezug auf das Geben von Auskünften extrem zurückhaltend. Sie machten deutlich, dass sie nicht ins „Licht der Öffentlichkeit“ treten wollten, dass sie eine „Kontrolle des professionellen Systems“ fürchteten.

Die angesprochenen Vorbehalte verdeutlichen, dass die Rückläufe bei den schriftlichen Befragungen weit hinter den de facto erfolgten Aktivitäten zurückblieben.

## 4.5 Ausgewählte Erfolgsfaktoren und Meilensteine

Das Projekt Pflegebegleiter kann insgesamt als Erfolg gewertet werden: Die Zahlen zur Implementierung bestätigen, dass das innovative Vorhaben den „Praxistest“ bestanden hat. Im Rückblick markieren folgende Faktoren den Erfolg des Projekts:

### 4.5.1 Trägerunabhängigkeit und enge Anbindung an örtliche Strukturen

Die Implementierung der Pflegebegleiter-Initiativen wurde durch ganz unterschiedliche Kooperationspartner vor Ort möglich. Die Verbandszugehörigkeiten waren heterogen. Größere, aber auch kleinere, nicht verbandlich organisierte Initiativen waren ebenso wie Kommunen Kooperationspartner. Die spezielle Herausforderung für die Regionalbüros bestand darin, sich jeweils auf die unterschiedlichen Organisationsformen einzulassen und deutlich zu machen, wie die neue Form der Kooperation mit freiwilligem Engagement im Projekt erfolgen sollte: nicht als Einbindung, sondern als Anbindung der Initiativen an die jeweiligen sogenannten Heimathäfen. Gefördert werden sollte ein möglichst hohes Maß an Eigenständigkeit der freiwilligen Pflegebegleiter. Für die Organisationen galt es, hier



umzudenken, auf die Selbstorganisationsfähigkeit der Initiativen zu vertrauen und im Hintergrund Unterstützung zu leisten.

Das bürgerschaftliche Profil hat Konsequenzen für die „Architektur“, die sich die Anlaufstellen schafften, und die Auswahl der Kooperationspartner für das Pflegebegleiter-Projekt auf kommunaler und auf Landesebene. Bei der Standortauswahl wurde auf eine enge Verzahnung mit der örtlichen Gemeinde geachtet. Die Einbettung in das örtliche Gemeinwesen kommt in besonderer Weise beim Übergang der Freiwilligen- in die Pflegebegleiter-Praxis zum Ausdruck. Deshalb fanden die Zertifikatsübergaben jeweils im Rahmen einer öffentlichen Übergabe durch leitende Vertreter der kommunalen Verwaltungen statt.

Durch die gezielte Kooperation mit Organisationen/Kommunen/Landkreisen und Tandemstrukturen für die Vorbereitung konnten für das freiwillige Engagement der Pflegebegleiter vor Ort Strukturen entwickelt werden, die zum überwiegenden Teil nach Beendigung der Förderphase erhalten bleiben.

Pflegebegleitung wurde prinzipiell als Bestandteil kommunaler Infrastruktur umgesetzt. Insofern kann das Projekt Pflegebegleiter als innovativer Baustein kommunaler Daseinsfürsorge betrachtet werden.

#### **4.5.2 Eigenständige Erarbeitung von Zugangswegen in die Familien**

Zugänge zu Familien wurden eigenständig von den Initiativen entwickelt und erprobt – mit dem Effekt einer Profilerweiterung für Pflegebegleiter-Initiativen:

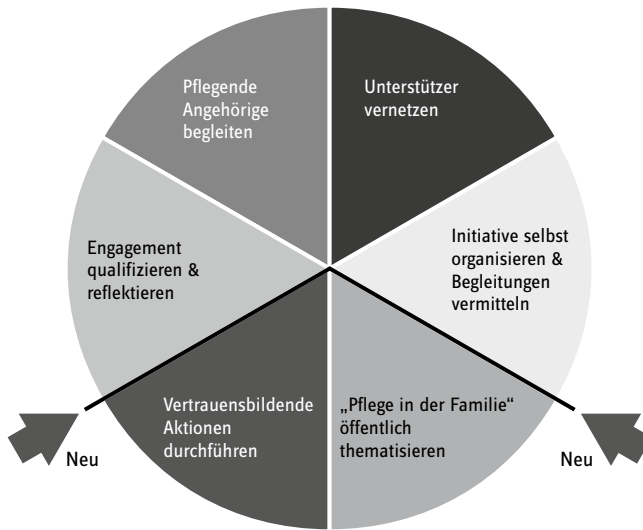


Abb. 38: Erweiterung des Tätigkeitsprofils der Pflegebegleiter-Initiativen

Den Zugang zu Familien zu finden war eine der besonderen Herausforderungen dieses Projekts. Hier hat der Ansatz der Selbstorganisation seine Bewährungsprobe bestanden: Die Initiativen haben es selbst durch kreative und innovative Ideen geschafft, neue Zugangswege zu entwickeln. Einige Beispiele seien genannt, wie Pflegebegleiter ihr Angebot bekannt machen konnten und so in der Praxis Fuß gefasst haben: Die Initiativen haben ihr Angebot nicht nur in bestehenden Gremien, Presse, Radio und Printmedien bekannt gemacht. Geworben wurde auch über öffentliche Schlüsselpersonen, Anlaufstellen für pflegende Angehörige und die Homepage. Aber sie gingen noch weiter: Sie eröffneten selbst ein Café für pflegende Angehörige, organisierten Ausflüge für pflegende Angehörige und gestalteten Anerkennungsveranstaltungen. So wurde z. B. eine Würdigungswoche für pflegende Angehörige abgehalten. Im Anschluss daran haben sich in einer Gemeinde 70 pflegende Angehörige gemeldet - viele davon haben sich durch Pflegebegleiter weiter begleiten lassen.

Die Erfahrungen bestärken die Projektverantwortlichen in der Überzeugung, dass sich bürgerschaftliche Potenziale dann besonders gut entfalten, wenn:

- die anstehenden Probleme (z. B.: Wir finden keinen Zugang) in der Gruppe als Herausforderung definiert werden, eigenständig neue Wege zu suchen,

- die Initiativen hierin von der fachlichen Begleitung/Projektleitung ermutigt und unterstützt werden sowie
- Erfolge veröffentlicht und allen anderen „Suchenden“ zugänglich gemacht werden (Motivationseffekt).

Für die Leitungsebene galt es, sichere Rahmenbedingungen und Reflexionsräume zu einer (evtl. durch fachkundige Experten unterstützten) Analyse zur Verfügung zu stellen und daran mitzuwirken, dass neue, auch ungewöhnliche Ideen auf ihre Realisierbarkeit hin untersucht und dann auch umgesetzt werden konnten. Hier kann künftig auf den Einfallsreichtum der Freiwilligen und deren Initiative vertraut werden.

#### **4.5.3 Begleitung der Pflegebegleiter-Initiativen durch „Tandems“**

Die Arbeit der Projekt-Initiatoren im Tandem kann als weiterer Erfolgsfaktor genannt werden. Projekt-Initiatoren selbst halten dies für den „Schlüssel zum Erfolg“: Die Komplexität der Aufgabe (Aufbau einer Initiative, Kooperation mit der Organisation/Kommune, Vernetzung in der Kommune, Gestaltung von Lernprozessen in Vorbereitungskursen, fachliche Begleitung von Praxiserkundungen, Vermittlung von Begleitungen, Beratung von Pflegebegleitern in schwierigen Praxissituationen usw.) macht deutlich, dass dies von einer Person allein nicht zu leisten ist.

Eine Intention des Projekts war es, dass Projekt-Initiatoren möglichst in einem gemischten Tandem von Hauptberuflichen und Freiwilligen arbeiten. Dies ist in ein wenig mehr als der Hälfte der Fälle geschehen. Daneben gab es jedoch Tandems, die aus zwei Hauptberuflichen oder zwei Freiwilligen bestanden. Interessant war, dass sich insgesamt das Verhältnis von freiwilligen und hauptberuflichen Projekt-Initiatoren im bundesweiten Vergleich die „Waage hält“.

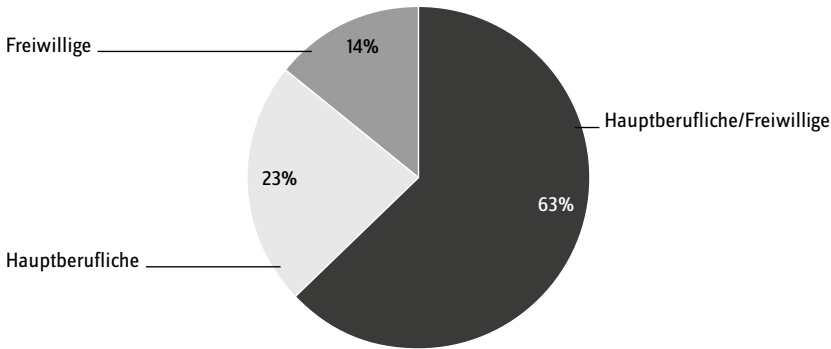


Abb. 39: Gesamtdarstellung der Projekt-Initiatoren-Tandems

Im Westen gab es tendenziell eher ein wenig mehr Freiwillige, dafür überwiegen im Süden, Norden und im Osten die Hauptberuflichen.

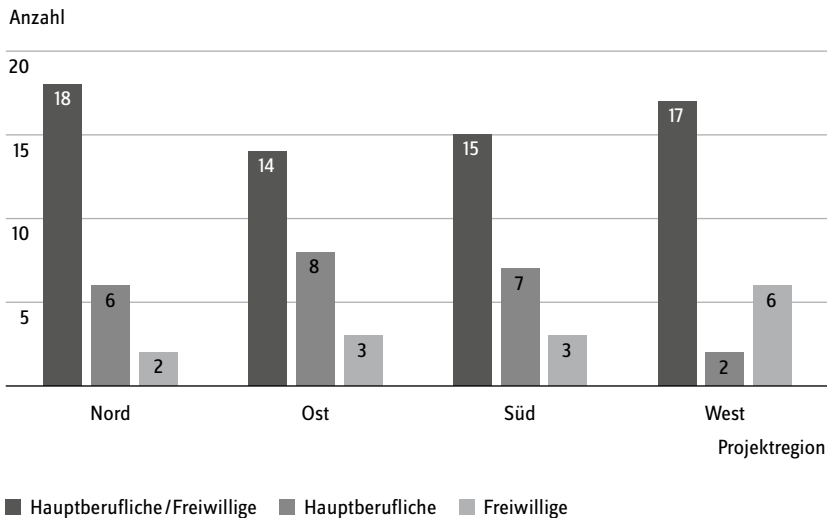


Abb. 40: Konstellationen der Projekt-Initiatoren-Tandems nach Regionen

Grundsätzlich ist zu beobachten, dass das Gesamtkonzept einer Mischung von Haupt- und Ehrenamt in der Praxis realisiert wurde. Es ist erstaunlich, dass so viele freiwillig engagierte Experten ihr Engagement über die Projektlaufzeit hin fortgeführt haben und wei-

ter tätig sind. Es zeigte sich allerdings: Die freiwillig tätigen Projekt-Initiatoren bringen professionelle Expertise und ein Ausmaß an zeitlichem Engagement ein, das das gewöhnliche Maß freiwilligen Engagements weit übersteigt.

Interessant ist, dass insgesamt der Anteil der weiblichen engagierten Projekt-Initiatorinnen deutlich über dem Anteil der männlichen liegt. Dies ist sowohl bei den Freiwilligen als auch bei den Hauptberuflichen zu beobachten.

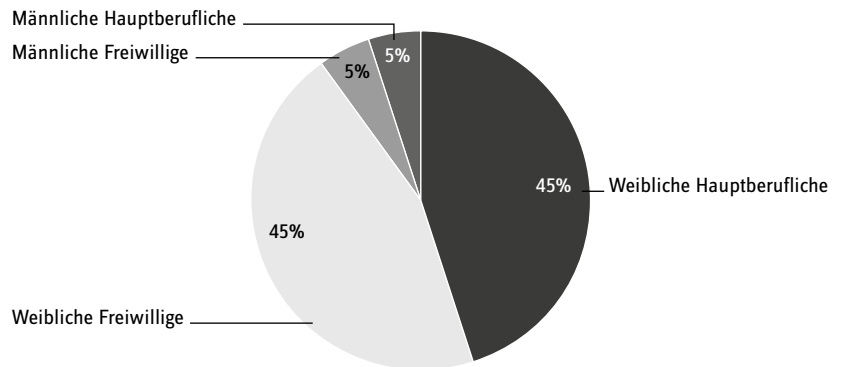


Abb. 41: Verhältnis von Frauen und Männern, die als freiwillige oder hauptberufliche Projekt-Initiatoren tätig sind

Insgesamt gesehen ist die Arbeit mit ehrenamtlichen Multiplikatoren im Bereich der Pflege ungewöhnlich und innovativ. So gibt es etwa in der Qualifizierung zum freiwilligen Seniorenbegleiter keine ehrenamtlich tätigen Leitungskräfte. Hier sind - ebenso wie im Hospizbereich - regelhaft hauptberufliche Kräfte eingesetzt.

Wenn sich Projekt-Initiatoren zurückzogen, sorgten sie meist für eine Nachfolge im Tandem. In Einzelfällen sind bei personellen Engpässen geeignete Pflegebegleiter in die Projekt-Initiatorenrolle nachgerückt und nachqualifiziert worden.

#### 4.5.4 Theorie-Praxis-Diskurse von Projektakteuren

Regelmäßige Theorie-Praxis-Diskurse mit der wissenschaftlichen Begleitung haben Kurskorrekturen und Konzeptentwicklungen nachhaltig gefördert. So fanden z. B. Arbeits-

treffen zur Reflexion der Projektentwicklung und gemeinsamen Planung statt. Auch die jährlichen Fachtagungen gaben die Möglichkeit, die Ergebnisse und Erfahrungen der Projektakteure aus allen Regionen und auf den unterschiedlichen Ebenen zu reflektieren und mit den Ergebnissen der Begleitforschung abzugleichen.

Zusätzlich haben in allen Regionen Vernetzungsaktivitäten in Form von Vernetzungstreffen für Projekt-Initiatoren sowie kooperierende Organisationen stattgefunden. Auf regionalen Fachtagungen wurden in allen vier Projektregionen die regionalen Ergebnisse der Evaluation zur Diskussion gestellt.

#### **4.5.5 Verbindlichkeit und Motivierung durch „Anerkennungskultur“**

Ein weiterer wichtiger Erfolgsfaktor war die Entfaltung einer Anerkennungskultur – für die pflegenden Angehörigen und für die freiwilligen Pflegebegleiter. Anerkennung ist sowohl in häuslichen Pflegesituationen als auch in Strukturen freiwilligen Engagements nicht von vornherein gegeben, sondern muss permanent ausgehandelt werden (vgl. Steinfurt 2006).

Die Entwicklung der Anerkennungskultur im Pflegebegleiter-Projekt basiert auf der Grundannahme, dass sich Menschen wünschen, dass die eigene Identität be- und gestärkt wird. Sie erwarten, dass ihre Tätigkeiten – gerade dann, wenn sie kraftaufwendig und zeitintensiv sind – anerkannt werden. Wichtig sind hierbei jedoch nicht nur die Aufmerksamkeit von anderen und die positive Bewertung durch andere, sondern auch die Selbstanerkennung. Im Projekt Pflegebegleiter wurden Strukturen einer neuen Anerkennungskultur erprobt, die drei Dimensionen umfasst: Zum Ersten wird Aufmerksamkeit von anderen gebraucht: Dies setzt voraus, das Projekt Pflegebegleiter in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, sodass Freiwilligentätigkeiten und häusliche Pflegesituationen eine „Stimme bekommen“. Aufmerksamkeit wird auf Bundesebene vermittelt durch Einladungen zu Fachtagungen, den Newsletter usw. Zum Zweiten ist positive Bewertung durch andere notwendig. Hier gilt es, Formen zu finden, in denen persönliches Engagement wertgeschätzt wird. Dies kann auf unterschiedlichen Ebenen geschehen: im Sinne einer kognitiven Achtung (z. B. Autorenschaften bei Veröffentlichungen), einer emotionalen Zuwendung (z. B. sich Zeit für ehrliche, persönliche Rückmeldungen nehmen) oder auch als soziale Wertschätzung (z. B. die besonderen Fähigkeiten von Pflegebegleitern und pflegenden Angehörigen

zu betonen und öffentlich zu würdigen). Und zum Dritten ist die Selbstanerkennung wichtig: Hierbei ist die persönliche Reflexion von Handlungen – sowohl auf der Ebene der Pflegebegleiter als auch auf jener der pflegenden Angehörigen – unbedingt notwendig, um immer wieder Kraft für neue Schritte zu sammeln. So kann z. B. in Gesprächen erkannt werden, dass eigene Handlungen sinnvoll sind, auch wenn sie im Alltag häufig als nervenaufreibend und mühevoll erlebt werden. Im Projekt Pflegebegleiter wurde daher immer wieder versucht, Menschen in ihren Fähigkeiten zu (be-)stärken.

Für alle Projektbeteiligten gehörte die Einsicht zu einer wichtigen Lernerfahrung im Projekt, dass die Entwicklung einer selbstverständlichen und alltäglichen „Anerkennungskultur“ eine permanente Aufgabe darstellt (weiterführend vgl. Jakob 2005; vgl. dazu auch das Konzept des Modellprogramms „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“ BMFSFJ).

## 4.6 Ergebnisse und Meilensteine im Überblick

In folgender Abbildung werden alle zentralen Projektergebnisse im Überblick zusammengefasst. Unter dem Projekt-Slogan „Alle gewinnen“ sind sowohl die beteiligten Ebenen des Projekts als auch die jeweiligen Gewinne und Erfolge im Projekt aufgeführt.

## Einstieg in die Praxis und Praxisverlauf



Stand: 15. Oktober 2008

Abb. 42: Freiwillige begleiten pflegende Angehörige (in allen Bundesländern) - Projektergebnisse im Überblick



# 5. Ergebnisse und Resultate der wissenschaftlichen Begleitforschung

Im Folgenden werden die Ergebnisse und Resultate der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Pflegebegleiter-Projekt vorgestellt und unter methodischen Gesichtspunkten diskutiert. Eine inhaltliche Diskussion - auch im Hinblick auf Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung - erfolgt in Kapitel 6.

## 5.1 Ergebnisse der Pflegebegleiter-Kurse - bundesweit

Insgesamt gaben bundesweit 1.391 Pflegebegleiter eine Rückmeldung zu ihrem Pflegebegleiter-Kurs (Rücklauf von ca. 68,8%). Aus der Region Ost waren dies n = 422 (30,3%), aus der Region Süd n = 413 (29,7%), aus der Region West n = 329 (23,7%) und aus der Region Nord n = 227 (16,3%).

### 5.1.1 Soziodemografische Daten und eigene Pflegeerfahrung

Anhand der Auswertung der soziodemografischen Variablen lässt sich sagen, dass die befragten Personen zu 87,9% weiblichen (n = 1.177) und zu 11,5% männlichen Geschlechts (n = 160) sind. Die übrigen Teilnehmer machten an dieser Stelle keine Aussage. Dabei befindet sich mehr als die Hälfte der befragten Teilnehmenden (57,2%) im dritten Lebensalterabschnitt zwischen 50 und 75 Jahren. An zweiter Stelle folgen zu 38,7% Befragte im Alter zwischen 25 und 50 Jahren; nur wenige Teilnehmende sind jünger als 25 (1%) oder älter als 75 Jahre (0,7%). 2,4% der Befragten wollten hierzu keine Angabe machen.

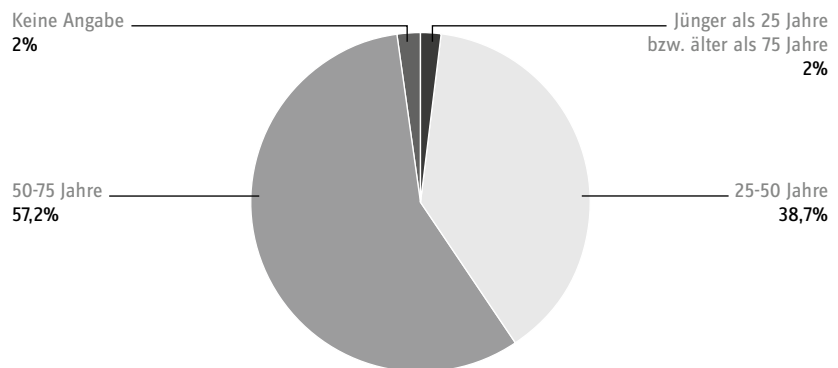


Abb. 43: Alter der Kursteilnehmer

Dabei besitzen 42,3% der befragten Teilnehmer einen mittleren Schulabschluss. Knapp ein Drittel (29,8%) verfügt über Abitur bzw. Fachhochschulreife, und etwa ein Fünftel (21,9%) hat einen Hauptschulabschluss. In Hinblick auf den Bildungsgang verfügt die Mehrzahl der Befragten über eine abgeschlossene Berufsausbildung (63,2%). 16,3% der Teilnehmenden haben ein Studium abgeschlossen, und lediglich 3% gaben an, keine berufliche Ausbildung zu haben.

Der aktuelle berufliche Status der Befragten setzt sich folgendermaßen zusammen:

- Die größte Gruppe der angehenden Pflegebegleiter ist berufstätig (32,4%), weitere 3,9% der Befragten befinden sich in der Ausbildungsphase.
- Etwa ein Viertel (23,4%) befindet sich in der nachberuflichen Phase.
- 23,1% bezeichnen sich als arbeitslos bzw. arbeitssuchend, wovon wiederum 6,3% der Befragten geringfügig beschäftigt sind.
- 14,4% der Teilnehmer geben an, familiär verantwortlich zu sein; davon befinden sich 1,4% in Elternzeit.
- In 2,9 % der Rückmeldungen wurden keine Aussagen zu dieser Frage getroffen.

In der offenen Auswertung der Berufsangaben zeigt sich deutlich, dass die meisten angegebenen Berufe in der Gewichtung dem sozialen Bereich zuzuordnen sind (Beispiele):

Schwesternhelferin	Pflegedirektor	Sporterzieher
Krankenschwester	Examiniertes Altenpfleger	Ergotherapeut
Ambulanter Pflegedienst	Erzieher	Zahnarzthelferin
Pflegehilfskraft	Familienhelfer	Physiotherapeut
Sozialpädagoge	Bewegungspädagoge	Pflegemanagement
Seniorenbetreuer	Arzt	Diakon
Pfarrer	Psychologin	Heilpädagogin
(Kunst-)Therapeut	Psychogerontologin	Entspannungspädagoge

An zweiter Stelle folgen Berufe im Verwaltungsbereich wie (kaufmännische) Angestellte, Bürohilfe, Sekretärin, Sachbearbeiter, Buchhalter, Arbeitsvermittler usw. Die am wenigsten besetzte Kategorie „Sonstige“ ist sehr heterogen mit vielfältigen Berufen wie z. B. Haushaltshilfe, Personal- und Business-Coach, Informatikerin, Redakteur, Schlosser und viele mehr besetzt.

Etwas weniger als die Hälfte der Kursteilnehmer wurde nach eigenen Angaben über Presse und Radio (41,2%) auf das Kursangebot aufmerksam. Danach folgen:

2. Freunde und Bekannte (14,2%)
3. Flyer (11,3%)
4. Programm des Veranstalters (9,1%)
5. Informationsveranstaltung (8,5%)
6. Persönliche Einladung (7,4%)
7. Sonstiges (6,1%)
8. Plakat, Aushang (2,0%)

Ungewollte Mehrfachantworten bei diesen Aussagen zeigen zudem die Wirkung der Kombination bzw. des „Marketing-Mix“ der Werbemethoden (z. B. Presse und Informationsveranstaltung).

Bei 1.295 der 1.391 aussagewilligen Teilnehmer konnte des Weiteren erhoben werden, ob sie persönliche Pflegeerfahrung in den Kurs mit einbrachten - diese Frage konnte im Rahmen einer Fragenoptimierung erst in der zweiten Auflage des Evaluationsbogens für Pflegebegleiter-Kurse mit aufgenommen werden.

Zur besseren Übersicht erfolgt die Darstellung hier ohne die Angabe von Fehlwerten:

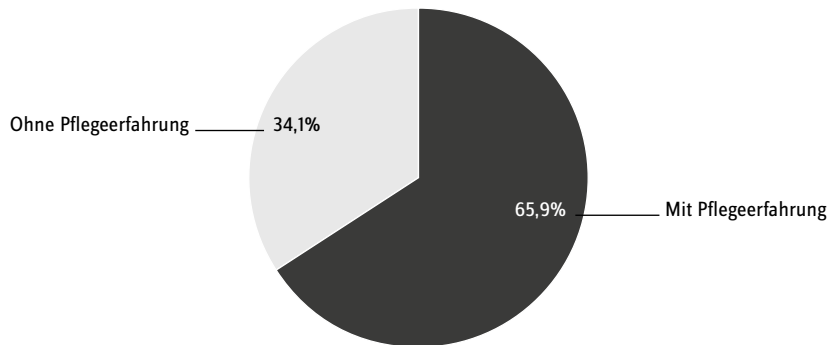


Abb. 44: Pflegeerfahrung der Kursteilnehmer

Knapp zwei Drittel aller Befragten gaben demnach an, Pflegeerfahrung in irgendeiner Form gemacht zu haben (65,9%). Ein Drittel (34,1%) bringt keine eigene Pflegeerfahrung in den Kurs mit ein.

In der aktuellsten Auflage des Evaluationsbogens für Pflegebegleiter-Kurse (Version 3.1) wurde detaillierter nachgefragt, um welche Art von Pflegeerfahrung es sich dabei handelte. Immerhin n = 498 Befragte konnten mit diesem Item noch erreicht werden: 15,1% hat zum Zeitpunkt der Rückmeldung Erfahrung in der professionellen Pflege, und mehr als die Hälfte (55,2%) hat Erfahrung in der häuslichen/privaten Pflege. Knapp ein Drittel der Teilnehmenden (29,0%) kann sogar Erfahrungen in beiden Bereichen vorweisen:

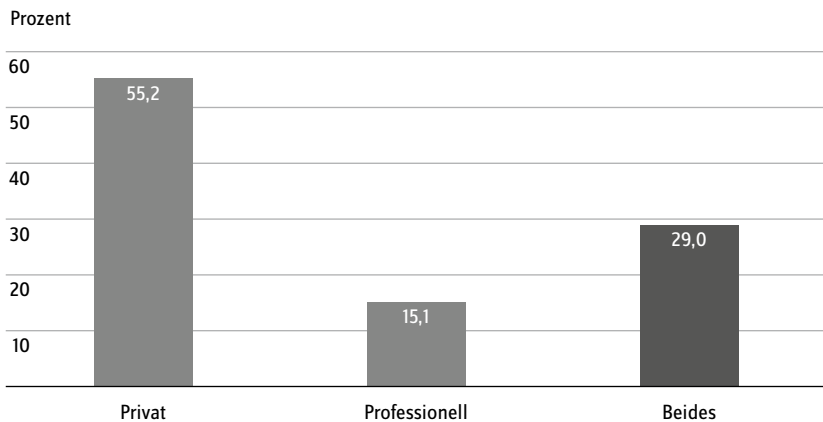


Abb. 45: Art der Pflegeerfahrung der Kursteilnehmer

Auf die Frage zum Interesse am Kurs (Motive) ergibt sich folgende Reihenfolge:

1. Ich betrachte gegenseitige Unterstützung als wichtige Aufgabe in unserer Gesellschaft (76,1%).
2. Pflegende brauchen Unterstützung (67,1%).
3. Ich möchte mich im Bereich Pflege/Begleitung weiterbilden (59,9%).
4. Ich möchte für andere Menschen da sein, Zeit schenken (48,7%).
5. Freiwilliges Engagement bringt mir persönlichen Gewinn (46,2%).
6. Das ist ein wichtiges Thema (41,8%).
7. Ich suche ein neues sinnvolles Aufgabengebiet (39,9%).

8. Ich möchte neue Kontakte knüpfen (33,6%).
9. Ich bin bereits in ähnlichen Tätigkeitsfeldern aktiv (32,6%).
10. Ich war selbst pflegende Angehörige und hätte mir Unterstützung gewünscht (28%).
11. Sonstiges (3,8%).

Mehrfachnennungen waren bei dieser Fragenkategorie möglich. Die freie Antwortoption (Sonstiges) erbrachte in diesem Zusammenhang keine neuen Erkenntnisse.

### 5.1.2 Qualität der Pflegebegleiter-Kurse

Die Qualität der Kurse darf insgesamt als gut bezeichnet werden, da das Konzept über alle Qualitätsebenen zu greifen scheint und die Durchschnittswerte unter Einbezug vereinzelter schlechter Bewertungen in keinem Fall unter 2,34 liegen.

#### Strukturqualität

- 1) Vorbereitung der Kurse<sup>17</sup> 1,40
- 2) Kursräumlichkeiten 1,50
- 3) Selbstorganisation und Nachhaltigkeit 2,34
- 4) Selbstbestimmtheit, Offenheit 1,71
- 5) Lernen in der Gruppe 1,36
- 6) Methodenvielfalt 1,54
- 7) Praxisbezug 1,93
- 8) Platz für persönliche Gespräche 1,61
- 9) Exkursionen 1,54

#### Prozessqualität

- 10) Ganzheitlichkeit 1,56
- 11) Atmosphäre in der Gruppe 1,25
- 12) Raum für Selbsterfahrung 2,05
- 13) Lernbegleitung 1,24

<sup>17</sup> Kursvariablen.

14) Biografischer Bezug, Lebenserfahrung	1,60
15) Lernprozess: wahrnehmen, entdecken, erschließen	1,65
16) Reflexion Lernen und Engagement	1,96
17) Haltungen thematisieren	1,47

### Ergebnisqualität

<b>A) Zuwachs an Vernetzung und Kontakten<sup>19</sup></b>	1,38
<b>B) Feldkompetenz, Handlungsfelder</b>	2,25
<b>C) Kompetenzzuwachs Altern</b>	2,08
<b>D) Begleitkompetenz, Empowerment</b>	1,72
<b>E) Persönlicher Gewinn, Daseinskompetenz</b>	1,42

Tab. 2: Ergebnisse zu den Kursvariablen und zum Kompetenzerwerb  
(die Zahlenwerte stellen Benotungen dar)

Die Teilnehmenden nahmen erwiesenermaßen eine differenzierte Bewertung vor:

- Bei jedem Item wurde die Werterange voll ausgeschöpft.
- Ebenso wurden die eingestreuten, negativ formulierten Items in der Regel richtig ge-  
deutet - der Bogen wurde demnach genau gelesen und nicht nur überflogen.

Die Variable 3) „Selbstorganisation und Nachhaltigkeit“ scheint unter den Teilnehmenden tatsächlich strittig, wenn man die Ergebnisse zu den Kursinhalten (siehe Abb. 46 „Organisation als Initiative“) einbezieht.

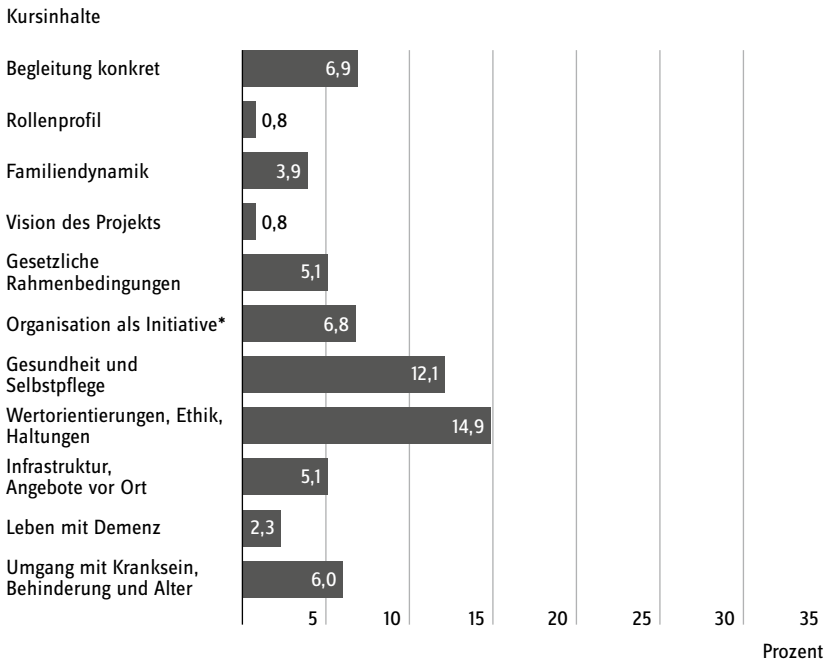
Bei 9) „Exkursionen“ lässt sich die hohe Standardabweichung dadurch erklären, dass es nicht in allen Kursen möglich war, Exkursionen anzubieten.

Bei 12) „Raum für Selbsterfahrung“ scheint die missverständliche Formulierung des Items „Ich habe hier Neues an mir selbst entdeckt“ zu einer insgesamt relativ schlechteren Bewertung und einer hohen Standardabweichung zu führen.

Zu B) „Feldkompetenz, Handlungsfelder“ gibt es Hinweise, dass das Item „Durch den Kurs ist es mir wichtiger geworden, mich freiwillig zu engagieren“ nicht sensitiv genug war: Viele Befragte antworteten hier insofern negativ, als es ihnen schon vorher äußerst wichtig war, sich freiwillig zu engagieren. So konnte es für diesen Teil der Teilnehmer keine Steigerung mehr geben.

Kritik scheint auch dann deutlich zu werden, wenn es sich um den 7) „Praxisbezug“ und die mögliche Umsetzung der Kursinhalte in die Praxis handelt. Wie in anderen vergleichbaren Kursen scheinen sich die Befragten verstärkt konkrete Handlungsanleitungen zu wünschen.

In den ersten beiden Ausführungen des Evaluationsbogens für Pflegebegleiter-Kurse bestand der Fokus noch darin, zu überprüfen, ob die Inhalte in den jeweiligen Kursen wie geplant thematisiert und bearbeitet wurden. Die Ergebnisse hierzu (Mehrfachnennungen waren möglich) sind in der folgenden Darstellung aufgeführt:



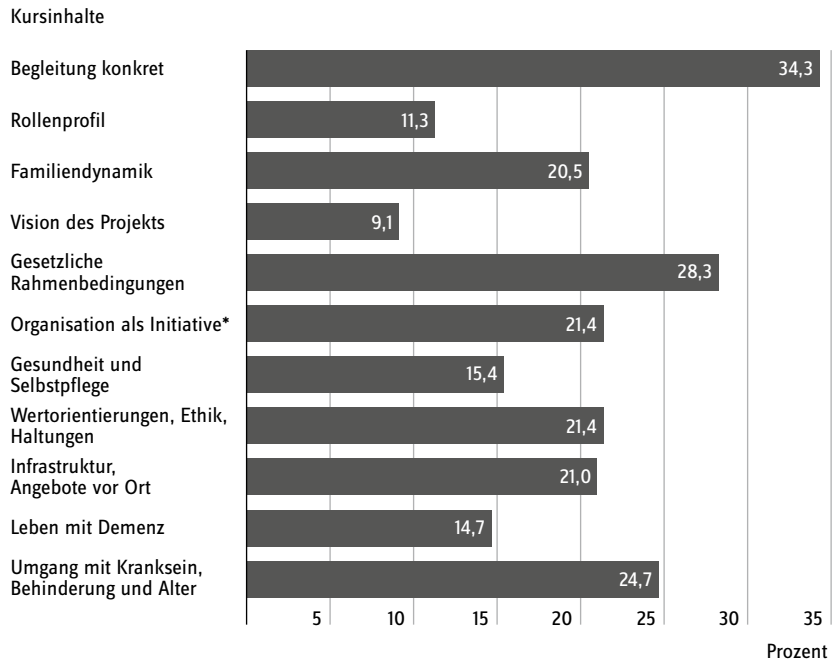
\* In Bezug auf die Variable 3) „Selbstorganisation und Nachhaltigkeit“ (Tab. 2) ist zu beachten, dass der Kursinhalt „Organisation als Initiative“ an vierter Stelle rangiert.

Abb. 46: Kursinhalte, die nicht ausführlich genug behandelt wurden

Alle angegebenen Inhalte kamen vollständig in den Kursen zur Sprache. Lediglich bei den Themen „Wertorientierungen, Ethik, Haltungen“ und „Gesundheit und Selbstpflege“ gaben jeweils mehr als 10% der befragten Teilnehmer an, dieses Thema nicht ausführlich genug behandelt zu haben.

Deshalb war bei den optimierten Bögen (ab Version 3.1) die Frage „Welche der folgenden Themen hätten Sie in Ihrem Kurs gerne ausführlicher behandelt?“ von größerem Interesse. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich. Dass es hier insgesamt zu mehr Nennungen und somit höheren Prozentangaben kam, lässt sich dadurch erklären, dass diese Frage nicht mehr mit der vorangegangenen gleichzusetzen ist. Bei der aktualisierten Frage konnten die befragten Kursteilnehmer verstärkt eigene Akzentuierungen und Wünsche äußern:





\* In Bezug auf die Variable 3) „Selbstorganisation und Nachhaltigkeit“ (Tab. 2) ist zu beachten, dass der Kursinhalt „Organisation als Initiative“ auch hier an vierter Stelle rangiert.

Abb. 47: Ausführlicher gewünschte Kursinhalte

Auch hier scheint deutlich auf, dass die Qualifizierung in der Praxisbegleitung weitergehen muss, dass alle Kursthemen nur mehr oder weniger erschöpfend im Vorbereitungskurs behandelt werden konnten. Für den Schritt in die Praxis scheinen besonders wichtig zu sein:

- Begleitung konkret
- Gesetzliche Rahmenbedingungen
- Umgang mit Kranksein, Behinderung und Alter

### 5.1.3 Erfolge der Pflegebegleiter-Kurse

Als offensichtliche Erfolge werden im Folgenden die Gesamtbewertung der Kurse, die Absicht, als Pflegebegleiter aktiv werden zu wollen, sowie die offenen Antworten zur Bewertung der Kurse dargestellt.

In der Gesamtbewertung wurden die Werte 1 (sehr gut) bis 3 (mittelmäßig) vergeben. In keinem Fall wurde der Kurs mit 4 (schlecht) eingeschätzt.

Dabei bewerteten 55,5% der Befragten den Kurs mit „sehr gut“, 41,5% mit „gut“. Beim Aufsummieren dieser Werte lässt sich der Schluss ziehen, dass insgesamt 97% der Teilnehmenden den Kurs für gelungen halten. Eine offene Antwortoption wurde von den Befragten in ca. 20% der Fälle genutzt. Die Antwort lässt sich in Kürze mit einem Originalzitat geben: „Es war eine runde Sache“.

Der Erfolg der Pflegebegleiter-Kurse lässt sich auch daran messen, inwieweit bei den befragten Teilnehmern zu Beendigung des Kurses die Intention bestand, als Pflegebegleiter in der Praxis aktiv zu werden. Da diese Frage erst in der zweiten Version des Bogens aufgenommen wurde, beläuft sich die Fallzahl hier auf  $n = 1.177$ :

- Die deutliche Mehrheit möchte als Pflegebegleiter aktiv werden (78,5%).
- Nur 2,2% entscheiden sich zum Zeitpunkt der Kursbeendigung gegen eine Aktivität (2,2%).
- 19,3% sind „unentschieden“.

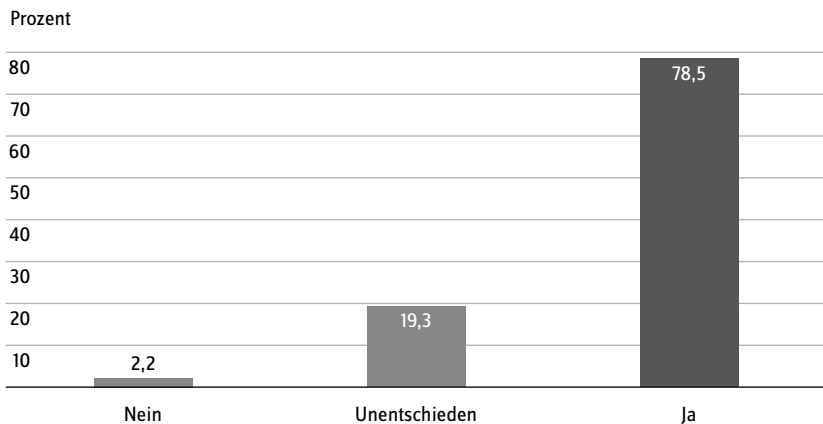


Abb. 48: Bereitschaft der Kursteilnehmer, als Pflegebegleiter aktiv zu werden

Dabei müssen die Antworten „nein“ und „unentschieden“ nicht prinzipiell als negativ gewertet werden. Ebenso können diese ein wichtiges Zeichen für eine ausgeführte Selbstselektion und hohe Verantwortungsübernahme der Teilnehmer sein: Die Befragten möchten nur als Pflegebegleiter aktiv werden, wenn es für sie stimmig und realistisch erscheint. Herausforderungen und Hürden wurden ihnen eventuell bereits im Kurs deutlich.

Ebenso erwähnenswert ist, dass in den ersten Kursgenerationen die positive Entscheidung (Intention) für die Praxistätigkeit insgesamt deutlicher ausfällt. Es gibt Hinweise darauf (z. B. in den Protokollbögen der Quartalsberichte), dass diese Veränderung auch als negative Auswirkung der zeitlich-räumlichen Entfernung der nachfolgenden Kursgenerationen interpretiert werden muss.

Kritisch antworteten die Teilnehmenden in ca. 10 bis 15% der Fälle. Mit Abstand am häufigsten wurde die mangelnde Zeit für die Vielfalt an Themen empfunden.

Eine offene Antwortkategorie für Anregungen wurde nicht mehr in die optimierte Fragebogenversion 3.1 aufgenommen, da sie nur selten genutzt wurde und neben den getroffenen Angaben zur Kritik keinen weiteren Erkenntnisgewinn lieferte.

Die Teilnehmer äußerten an dieser Stelle insbesondere den Wunsch nach dem Weiterbestehen der Gruppe und einem fortbestehenden Erfahrungsaustausch. Zudem wurde mehr Zeit für den gesamten Kurs und dessen Inhalte angeregt. Insbesondere im Hinblick auf den Praxisbezug erschien häufiger der Wunsch nach mehr Exkursionen und praxisnahen Beispielen.

Der Evaluationsbogen für die Pflegebegleiter-Kurse wurde im Projektverlauf zweimal aktualisiert und um notwendig gewordene Fragen erweitert. So war beispielsweise in der ersten Version nur nach eigener Pflegeerfahrung gefragt worden, was in der zweiten überarbeiteten Form dann detailliert, nach Art der Pflegeerfahrung, abgefragt wurde. Es kann also festgehalten werden, dass das Instrument, das sich insgesamt sehr bewährt hat, immer wieder auch kritisch überprüft und hinterfragt worden ist. Es liefert sehr erhellende Antworten auf die Fragen, wer die Pflegebegleiter sind, was sie in den Kursen suchen und welche Inhalte als zielführend einzuschätzen sind. Weiter lieferten die Zwischenauswer-

tungen, die ins Projekt im Rahmen von bundesweiten und regionalen Fachtagungen zurückgespiegelt wurden, jeweils wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung des Kurskompass und der Kursmaterialien.

## 5.2 Tiefeninterviews in pflegenden Familien

### 5.2.1 Ausgangslagen/typische Situationen in den Familien

Auf der Grundlage der Interviews mit 16 pflegenden Angehörigen, ergänzt um Informationen aus Gesprächen mit Pflegebegleitern, mit Projekt-Initiatoren und auf der Basis von Begegnungen mit gepflegten Angehörigen im häuslichen Umfeld, können fünf vorgefundene typische Situationen der Pflege identifiziert werden.

Dabei erfolgte die Typenbildung idealtypisch. D. h., dass die Interviewten durch die Typisierung nicht stereotyp beschrieben und festgelegt werden sollen. Die fünf typischen Situationen, die niemals in Reinformen zu finden sind, sondern stets mit differenzierten Ausprägungen, erlauben vielmehr Rückschlüsse auf die notwendige Form der Begleitung.

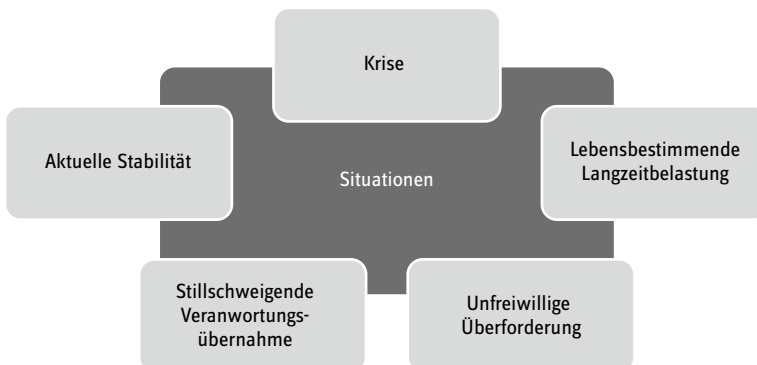


Abb. 49: Fünf typische Situationen in der Pflegebegleitung

#### 1. Situation „Krise“

In der Situation „Krise“ ergibt sich die Pflegesituation ganz plötzlich und akut. Sie stellt damit eine krisenhafte Herausforderung dar, die durch gute Organisation konstruktiv be-

wältigt werden muss. Der pflegende Angehörige wird von der Pflegesituation unvorbereitet überrascht, ist nicht darauf vorbereitet.

„Er war ja immer kerngesund (...) wir haben ja NIE Probleme mit ihm gehabt gesundheitlich“ (Frau E.).

„Das ist halt immer am Anfang, wenn so eine [schwerstpflegebedürftige] Person nach Hause kommt, dann schwierig, wenn man vorher nichts damit zu tun hatte, dann ist das schon schwierig. (...) Ja, sie ist ins Krankenhaus, ganz normal, hat noch alles sprechen können, laufen können noch, nach der Operation nichts mehr“ (Herr G.).

Pflegende Angehörige und gepflegte Person sind sich nahe und miteinander eng verbunden.

„Ich hab, sagen wir mal, eine relativ enge emotionelle (...) Bindung zu meiner Mutter (...) ja schon seit jeher (...) so, und dann hab ich dann Frau Pflegebegleiterin und so und so nach der Devise: Bin ich jetzt eine schlechte Tochter, wenn ich sage (...)“ (Frau T.).

Die Erkrankung und der plötzlich eintretende Pflegebedarf stellen eine tiefe emotionale Erschütterung, eine kognitive Blockade für den pflegenden Angehörigen dar (Die „Welt steht Kopf oder still“).

„Und wenn Sie mal auch im Moment meinen (...) die Welt bricht zusammen oder sonst irgendwas (...) ja (...) Hilfe, ich steck im Chaos (...) und (...) ja (...) ich hab AUCH gedacht in dem Moment, oh Gott, wie soll es weitergehen?“ (Frau T.).

„Ich meine, ich kann Paragrafen lesen, aber in dem Moment war ich einfach (...) von der Situation vollkommen überfordert“ (Frau T.).

Offene existenzielle und operative Fragen drängen auf eine schnelle Lösung, was leicht zu einer anfänglichen Überlastung und Überforderung führen kann. Pflegende Angehörige sind in dieser Situation meist offen für Anregungen und möchten die Situation konstruktiv verbessern.

Personen, die sich in der Situation „Krise“ befinden, erfahren in der Pflegebegleitung dichte, häufige, intensive Unterstützung bei der Organisation ihres Alltags und Stärkung durch:

- Information,
- technisch-praktische Unterstützung,
- Begleitung im Sinne von Krisenintervention und
- Telefonate zu jeder Tages- und Nachtzeit.

Ein Ende der Begleitung ist für diese pflegenden Angehörigen absehbar, denkbar oder erwünscht.

„Da zum Schluss da, da ist sie eigentlich nicht mehr gekommen dann, weil da ist alles gelaufen bei uns und so, wenn was war, dann hab ich sie angerufen, aber es hat eigentlich keine Probleme mehr gegeben (...) wo das einmal im Laufen war, alles da hat das funktioniert, aber bis das so zum Laufen kommt, da gibt es, das sollte man wissen, und das und so, und da ist man schon froh wenn man da jemand Ansprechpartner hat“ (Herr G.).

„(...) Ich hab, ich hab sie noch nie persönlich kennengelernt (...) irgendwann, wenn sich ein wenig hoffentlich die Situation jetzt alles wie gewohnt, da wollen wir mal Kaffee trinken gehen, hab ich ihr versprochen [lacht] (...) ja wir hab', also ich hab sie noch nie gesehen, wir haben nur per Telefon“ (Frau T.).

In dieser typischen Situation von Pflegebegleitung lautet das Ziel, den eigenen Weg zur Übernahme und Bewältigung der Pflege zu finden.

## **2. Situation „Lebensbestimmende Langzeitbelastung“**

Diese Pflegesituation besteht schon seit längerer Zeit, bestimmt den Lebensalltag und wird durch die dauernde Überforderung allmählich brüchig und gefährdet. Eine erneute Verschlechterung der Situation gefährdet das Gleichgewicht.

Der pflegende Angehörige pflegt schon länger und hat sich mit dieser Situation „eingesrichtet“.

„Also mittlerweile seit zwanzig Jahren kümmere ich mich um eine ältere Dame, sprich meine Mutter (...) und die hat dann einen Schlaganfall gekriegt ERST.“

Oftmals langjährige, chronische Krankheitsverläufe und Pflegebiografien führten dazu, dass die Pflegenden bei der Pflege „viel Kraft gelassen“ haben.

„Immer jeden Morgen, du musst (...) du gehst da jetzt und das schaffst du auch, und dann schafft man das irgendwo auch, aber da hab ich auch in der Zeit so Kraft gelassen, das hab ich, wie gesagt, hinterher jetzt zu Hause gemerkt, ne“ (Frau Bo.).

Durch eine neu hinzukommende, aktuelle Veränderung scheint die Situation nun nicht mehr zu bewältigen zu sein.

„Und es hat also wirklich, es hat einiges an (...) es gab einige Kämpfe und einiges an, eh, Schwierigkeiten, die man da überwinden musste, gell also ich hab auch dann mal eine psychologische Beratung gebraucht und weil ich wusste also echt nimmer, wie und was“ (Frau J.).

Der pflegende Angehörige möchte trotz aller Widrigkeiten die (Pflege-)Situation aufrecht erhalten.

„Aber ich dennoch (...) sag, ich zieh das weiterhin durch mit ihr (...)“ (Herr B.).

Die Situation ist gekennzeichnet durch Einsamkeit, Isolation, Depression, Erschöpfung, Frustration und finanzieller Anspannung, aber auch Reflexion.

„Ich bin nur am Telefonieren (...) dass (...) dass ich überhaupt noch (...) Geld zur Verfügung habe“ (Frau E.).

„Na ja, ich bin selber sehr krank, da spielte z. B. Depression, Erschöpfung (...) mit eine Rolle“ (Herr B.).

„Ich hab zweimal 'ne Gehirnoperation gehabt, ein Gehirntumor“ (Frau Br.).

Personen, die dieser Langzeitbelastung ausgesetzt sind, erfahren über die Pflegebegleitung regelmäßige, zugehende Begleitung, die beinhaltet:

- Psychosoziales Gesprächsangebot
- Zuhören, Aufmerksamkeit, menschliche Nähe und Vertrautheit, Bestätigung, Wertschätzung, Bestärkung, Hoffnungsperspektive vermitteln
- Resonanz erfahren

„Und sie hat mir auch 'ne Geburtstagskarte geschrieben, und da hab ich mich auch riesig gefreut drüber, ja?“ (Frau E.).

Ein Ende der Begleitung ist vorerst nicht absehbar, gewünscht oder für die pflegenden Angehörigen denkbar.

„Also ich könnte mir das nicht mehr vorstellen, dass die Frau L. nicht kommt, ja? (...) wenn (...) weil wir (...) das ist ein Bestandteil bei mir geworden (...) sie gehört einfach mit dazu für mich als äh (...) sagen wir mal ‚zum Regenerieren‘“ (Frau E.).

### 3. Situation „Aktuelle Stabilität“

In der Situation „Aktuelle Stabilität“ ist die Pflegesituation im Augenblick in guter Balance. Eigene Grenzen und die des vorhandenen sozialen Netzes werden realistisch wahrgenommen. Pflegebegleitung wird genutzt als Möglichkeit „für alle Fälle“.

Die Person hat die Pflegesituation für sich aktuell in positiver Weise bewältigt, ist sich aber ihrer persönlichen Grenzen bewusst.

„Manchmal kann ich auch nicht, und dann müsst ich schlafen (...) ich bin auch mal krank, ich bin auch ein Mensch (...)“ (Frau C.).

„Ja und [seufzt] manchmal werd ich also äh gegenüber also eben (...) ungerecht, wenn man, wenn man nicht alles schafft oder so, körperlich (...) ich werd sechsundsiebzig und [...] das tut weh und das tut weh [lacht]“ (Frau S.).

Die befragten Personen besitzen ein hohes Maß an Reflexion. Es steht ein dichtes, soziales Netz im Hintergrund, das trägt.



„JA, meine Schwiegertochter ist selber in der Pflege tätig, also wenn jetzt Arztbesuche zu tätigen sind, dann kommt sie, dann fährt sie mit ihm, dann macht sie dies und das und jenes (...) meine Enkeltöchter äh kommen mit und - wie Familie so ist (...) nich? (...) also das kann ich nicht anders sagen“ (Frau G.).

Interviewer: „Dann sind Sie auch viel allein mit den Kindern?“

Frau C: „Ja, aber ich hab eine große Familie, die helfen mir sehr viel“ (Frau C.).

Das Verhältnis zur gepflegten Person ist ausgewogen und gut.

„Ich bin ja FROH, dass ich ihn hab (...) und (...) ich bedank mich auch jeden Tag bei Gott, dass er mir den geschenkt hat, weil das ist (...) ganz anders [als mit einem gesunden Kind].“ (Frau C.)

„Ja, ja, er sagt immer, wir sind ein eingespieltes Team. [...] Aber ansonsten also bemühe ich mich selber eben (...) mein Sohn gut zu behandeln und so (...) betreuen. [...] Er merkt genau, wenn es mir mal NICHT so ist (...) und ich kann das nicht verbergen oder so was, also dann nimmt er mich in Arm und (...) na ja, und es wird schon wieder oder so was, also da tröstet er mich auch“ (Frau S.).

Die Treffen zwischen Pflegebegleiterin und pflegenden Angehörigen sind unregelmäßig nach Bedarf vereinbart. Sie besitzen einen geselligen Charakter und finden auch außerhalb der Häuslichkeit statt.

„Wir gehen auch ab und zu mal Eis essen oder Kaffee trinken, das machen wir auch mal (...) Die wollen auch was Gutes für uns und das ein bisschen von unserem Stress rauskommen“ (Frau C.).

„Da (...) ist jetzt ein Angebot für äh das Neue Theater äh (...) mit der Thalbach (...) und die führt Regie, und zwar der Raub der Sabinerinnen, also das ist 'ne Klamotte, aber die Schauspielerin mag ich und so was (...) und da kriegt sie noch eine Karte (...) ja, und da fahren wir dann GEMEINSAM hin [beide lachen]“ (Frau S.).

Pflegebegleitung wird vor der gepflegten Person nicht zwingend geheim gehalten, ist offizieller Bestandteil des Familienlebens.

„Also der R. kennt sie zwar, aber meistens ist sie ja dann auch da, EHE R. kommt (...) höchstens dann, also wie es zu Weihnachten ist, oder so, dass man dann am Nachmittag zusammensitzt, da sitzt er dann natürlich mit DABEI“ (Frau S.).

Der Pflegebegleiter wird als wichtige Ressource im Hintergrund behalten und geschätzt.

„Ja und auch mal ja, da ist jemand noch im Hintergrund, also wo man mal, wenn irgendwas was ist oder so (...) dass jemand da ist, ne? Meine Kinder, die sind auch beide berufstätig“ (Frau S.).

„Ich könnt sie zu jeder Zeit anrufen, ich könnt mit ihr wieder einen Termin ausmachen (...) und sie bitten, ob sie noch mal rumkommt (...) ne? Nee, war sehr angenehm“ (Frau Gl.).

Man weiß, an wen man sich im Notfall wenden könnte: angenehm, positiv, stützend, absichernd.

#### **4. Situation „Stillschweigende Verantwortungsübernahme“**

Diese Pflegesituation ist belastend, aber auch sehr mit Tabus behaftet, was die reflektierende Kommunikation darüber erschwert. Pflegebegleitung bietet offene Angebote, die Auseinandersetzung mit der eigenen Situation findet eher „en passant“ statt.

Der pflegende Angehörige sieht sich selbst nicht in der Rolle des Pflegenden. Sie oder er hat lediglich für Eltern oder Ehepartner die Verantwortung übernommen und dadurch sein ganzes Leben auf die Situation ein- oder umgestellt.

„Und ich glaube, ich bin die Einzige, die ihre Mutter, ne ich will ja gar nicht sagen, pflegen, sie wohnt bei mir, und ich kümmerge mich um sie“ (Frau K.).

Pflegender Angehöriger und pflegebedürftige Person stehen sich sehr nahe.

„Wissen Sie, es ist ja auch so, wenn man so lange zusammen ist, sechzig Jahre (...) ich kann das überhaupt nicht fassen (...) da war ja auch nicht nur alles schön (...) ABER (...) es schmiedet auch so zusammen (...)“ (Frau Se.).

„Vorrang hat die Mama, ich bin verantwortlich, auch wenn sie sagt, ich bin es nicht.“

„Also meine Mutter hat mir so viel gegeben, das hat die verdient“ (Frau K.).

Der pflegende Angehörige deutet die Situation für sich als positiv oder selbstverständlich um, ist aber gleichzeitig belastet.

„Und das ist dann sehr anstrengend, sich fast dafür zu entschuldigen (lacht), dass man das manchmal als anstrengend empfindet, ich bereue es nicht, überhaupt nicht, aber es kostet Kraft“ (Frau K.).

Personen in dieser spezifischen Pflegesituation zeigen ein tiefes Bemühen um Autonomie und Kontrolle.

„Es ist so schwierig, so von Tag zu Tag zu leben. Ich bin sowieso so ein Mensch, ich kann nicht so in den Tag hineinleben, und dass das Leben meiner Mutter zu Ende geht, wird einem das einfach bewusst ja, wie problematisch es werden kann, und wie löse ich dieses Problem dann, noch geht es ja alles gut, aber ich ahne jetzt, dass es nicht immer so bleiben wird (...)“ (Frau K.).

„Aber dass es einem so schwer fallen würde, diese Aussetzer immer wieder aufzufangen, und sich auch psychisch nicht davon kaputt machen zu lassen, man ist ja auch in unterschiedlicher Verfasstheit, mal reagiert man gut, und mal reagiert man, also reagiere ich auch unangemessen ungeduldig. Das ist so, wenn man fünf Kinder erzogen hat, dann ist gut, ja gut, das geht dann noch dreimal schief, aber dann funktioniert es, dann funktioniert es und hier ist der Weg genau umgekehrt“ (Frau Ka.).

Außenstehenden Personen und potenziellen Helfern öffnen sie sich wenig und schwer.

„Und während ich das erzählte, rutschten mir die Tränen aus den Augen (...) und dann kriegte ich mit, und natürlich auch die Leute, die mich fragten, ja das ist ja entsetzlich peinlich dann, wenn man dann so einen Gefühlsausbruch hat“ (Frau K.).

Besuche der Pflegebegleitung in der eigenen Häuslichkeit könnten sie aufgrund der Nähe einer solchen Situation nicht ertragen.

Da sich die Pflegesituation mehr oder weniger verdeckt darstellt, besitzen die betreffenden pflegenden Angehörigen keine tragfähige Perspektive, in welche Richtung es sich entwickeln wird und soll.

Pflegebegleitung erweist sich in dieser typischen Pflegesituation unter dem Deckmantel vordergründig anderer Themen als offener Treff oder unverfängliches Gespräch am Gar tenzaun, im Treppenflur oder in der Waschküche des Mehrfamilienhauses.

Über den Pflegebegleiter:

„Ja (...) befreundet nicht, aber Nachbarn, ja, wir sehen uns ja nicht SO oft (...) weil sie auch arbeitet aber (...) wenn wir uns mal treffen (...) wo das auch immer ist (...) ob das in (...) der Waschküche oder im Haus oder außer Haus (...) ja, dann unterhalten wir uns (...) ja (...) manchmal mehr und manchmal weniger.“

„Frau W. hat ja auch noch geholfen, meinen Mann hier hochzubringen (...) also des ist, das war schlimm, ja (...)“ (Frau Se.).

Die pflegenden Angehörigen gewinnen dadurch Sicherheit und Überblick, können Stärke beweisen, und die eigene Situation wird normalisiert und rationalisiert. Vor allem bei Treffen Gleichbetroffener bringen sie ihre Erfahrungen ein und nehmen wahr, dass es anderen Pflegenden schlechter geht als ihnen selbst.

„Ja. Also ich find auch dieses Zusammensein immer nett, weil irgendwas besprechen wir immer und machen dann auch Pläne. Jeder zweite, dritte Treff ist eben dann noch angereichert mit irgendetwas Informativem aus kompetenter Hand. Und dann erzählt Frau S. (PI) aus ihrem Berufsalltag, hör ich auch immer gern.“

„Man weiß einfach, die Leute verstehen mich, ohne dass ich ganz viel erklären muss, und sind nicht zu schnell mit fixen Ratschlägen dabei, weil diese oberflächlich gut gemeinten Sprüche, die hängen einem sehr rasch zu den Ohren raus“ (Frau K.).

Geschätzt werden sogenannte „bodenständige“ Pflegebegleiter sowie Projekt-Initiatoren, die „gestandene Persönlichkeiten“ sind und die notwendige Distanz bewahren.

„Also das Gefühl, das sind patente Menschen, die irgendwie auch Lebensfreude ausstrahlen, denen kann ich mich dann eher öffnen (...) Erst mal find ich die Idee gut, ich möchte auch die Idee unterstützen, dass es eben für Leute diesen Treff gibt, und ich selbst empfind es als angenehm und muss eben immer wieder sagen, dass ich gerade diese beide Frauen wunderbar finde, die auch Lebensfreude ausstrahlen, nicht so betulich sind und, diese muntere das ist so (...)“ (Frau K.).

Der pflegende Angehörige kann den Kontakt zur Pflegebegleitung nach eigenem Wunsch suchen oder abbrechen.

### **5. Situation „Unfreiwillige Überforderung“**

Die Pflegesituation ist unfreiwillig entstanden. Sie überfordert die pflegenden Angehörigen und wirkt sich dadurch auch negativ auf die gepflegte Person aus. Pflegebegleitung hat in diesem Kontext steuernde und klärende Funktion.

Der pflegende Angehörige ist in die Pflegesituation unfreiwillig hineingeraten.

Interviewer: „Aber Ihr Sohn kümmert sich um Sie?“

Mutter: „Ja, der kümmert sich, das ist klar.“

Hr. H.: „Ja, klar ist das auch nicht.“

Mutter: „Wieso?“ (lacht)

Hr. H.: „Ja für dich ist das klar, dass ich mich drum kümmer, für mich ist das auch klar, aber (...) ist das nicht klar, ne (...)“

Die betroffene Person schlägt sich über Jahre hinweg durch, Tag für Tag, mehr schlecht als recht. Es besteht ein geringes Reflexionsniveau, Schicksalsergebenheit, Fatalismus.

„Ich bin noch (...) ängstlicher geworden Menschen gegenüber, und von daher (...) ich weiß genau, wenn das wieder anfängt, dann werd ich wieder gemobbt, weil, weil ich einfach schüchtern bin, und nie was sag, und mich nicht, ich kann mich nicht wehren (...)“

Pflegender Angehöriger und gepflegte Person haben unter schlechten Lebensbedingungen zu leiden.

Interviewer: „Sie leben hier zusammen und Sie pflegen ihre Mutter. Wie geht's Ihnen denn?“

Mutter: „Ja, nicht so gut, aber ich bin ja auch alt, bin 87“ (Frau H.).

Hr. H.: „Ne, ich bin seit 1996 bin ich jetzt Frührentner (...) aufgrund dessen, und dann kamen die Medikamente, ist dann hinterher bei mir die Schlafapnoe noch diagnostiziert worden, und wegen der ganzen Geschichte auch noch, eh, leichte Depressionen.“

Herr H.: „Alles hier wirklich alleine machen muss von A bis Z.“

Interviewer: „Sind für alles zuständig.“

Hr. H.: „Ja (...) wirklich für alles und (...) von daher bin ich mittlerweile total am Ende meiner Kräfte (...) nur dass ich ständig (...) wird das auch immer mehr psychosomatische Beschwerden einfach durch die Überlastung.“

Der pflegende Angehörige wird über die Jahre zum „Überlebenskünstler“. Die betreffende Person sucht sich die Begleitung nicht aktiv selbst, sondern bekommt sie von einer übergeordneten Stelle vermittelt.

Über die Pflegebegleiterin:

„Kennengelernt haben wir uns über die, eh, Altenhilfe von der Stadt B. Eine Frau T. wusste, dass es so was, eh, gab und (...) die hatte den Kontakt dann hergestellt.“

Interviewer: „Und wie oft sehen Sie sich?“

Hr. H.: „Anfangs war das relativ häufig, und jetzt so (...) alle drei Wochen mal, aber wir telefonieren relativ häufig miteinander (...) wenn irgendwas, wenn mich irgendwas bedrückt, dann, eh, ruf ich sie an, aber wenn ich mich dann, eh (...) mal nicht melde, dann ruft sie schon einmal die Woche an.“

Personen in dieser typischen Pflegesituation erfahren regelmäßige Pflegebegleitung, die Anteile von Case-Management und psychosozialer Unterstützung enthält:

„Wenn ich mal, wenn ich mal Probleme hab oder (...) die, die (...) wo ich keine (...) Lösung weiß (...) oder wenn andere auch, wenn dann mal so kleinere Fragen sind, die Mutter mir nicht mehr beantworten kann, weil sie es einfach nicht mehr weiß (...)“ (Herr H.).

Hinzu kommen stabilisierende Gespräche und praktische Hinweise sowie tatkräftiges „Mitanpacken“ der Pflegebegleitung.

„Da hat die Frau Ö. sich jetzt angeboten, wenn Putzfrau jetzt am Freitag wiederkommt, mit ihr da mal zu sprechen.“

In einigen Settings dieser Art übernimmt der Pflegebegleiter steuernde Funktion.

Interviewer: „Und so haben Sie jetzt jemanden, der auch nur Ihre Interessen vertritt?“

Hr. H.: „Ne, ne, ne die so immer den ganzen Überblick hier hat (...)“

Interviewer: „Also nicht nur jemand, der sie hat, sondern der auf alles schaut.“

Hr. H.: „Eben, ja.“

Der pflegende Angehörige befindet sich in einem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber dem Pflegebegleiter und ist für die Pflegebegleitung sehr dankbar.

Interviewer: „Und wenn es jetzt Pflegebegleitung so nicht mehr gäbe oder solche Besuche zu Hause (...) wie, wie fänden Sie das?“

Hr. H.: „Da hätte ich ein großes Problem, weil dann wüsste ich keinen, wenn ich mal Probleme hätte oder an wen ich mich da wenden könnte.“

### 5.2.2 Ausführungen zu den fünf typischen Situationen

Abbildung 50 soll verdeutlichen, dass sich die fünf typischen Situationen in der aktiven Auseinandersetzung mit der Pflegesituation unterscheiden.



Abb. 50: Einflussfaktoren auf die aktive Auseinandersetzung mit der Pflegesituation

Dabei handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen, das durch folgende Größen determiniert ist:

- Faktor „Entscheidungsdruck“
- Faktor „Soziales Netzwerk“
- Faktor „Freiwilligkeit der Pflegeübernahme“



- Faktor „Persönliche Grenzen“
- Faktor „Kommunikation“

Jeder dieser Einflussfaktoren wirkt gleichzeitig auf die aktive Auseinandersetzung mit der Pflegesituation ein. Im Folgenden soll der Faktor „Kommunikation“ exemplarisch besonders beleuchtet werden, da er in und für die psychosoziale Begleitung von hoher Bedeutung ist und im Projekt Pflegebegleiter eine besondere Relevanz hat.

Typische Situation	Zeitdauer der Pflege	Ausmaß der subjektiv empfundenen Belastung	Einflussfaktor: Kommunikation	
Situation „Krise“	Kurz	Höchst belastet	Ausgeprägt bis sehr ausgeprägt	
Situation „Stillschweigende Verantwortungsübernahme“	Kurz	Hoch belastet	Niedrig bis sehr niedrig	
Situation „Lebensbestimmende Langzeitbelastung“	Lange	Hoch belastet	Mäßig ausgeprägt	Ausgeprägt
Situation „Unfreiwillige Überforderung“	Lange	Höchst belastet	Niedrig	
Situation „Aktuelle Stabilität“	Lange	Belastet	Ausgeprägt	

Tab. 3: Überblick - Typenbildung

Die fünf vorgefundenen typischen Situationen können also jeweils auf der Basis der konstanten Größen „Zeitdauer der Pflege“ und „Ausmaß der subjektiv empfundenen Belastung“ in einem dreidimensionalen Modell plastisch dargestellt werden, das v. a. in einer Animation seine volle Wirkung entfaltet. Es ist also ein dynamisches Modell, das visualisiert, wie sich die Konstellationen immer wieder verändern - je nachdem, welcher Einflussfaktor in den Blick genommen wird. Das veranschaulicht deutlich, dass es sich bei den fünf typischen Situationen nicht um statische Konstrukte handelt, sondern dass sie in Bewegung und veränderbar sind. Exemplarisch dargestellt ist hier die Zuordnung der fünf typischen Situationen, unter Bezugnahme auf den Einflussfaktor „Kommunikation“.

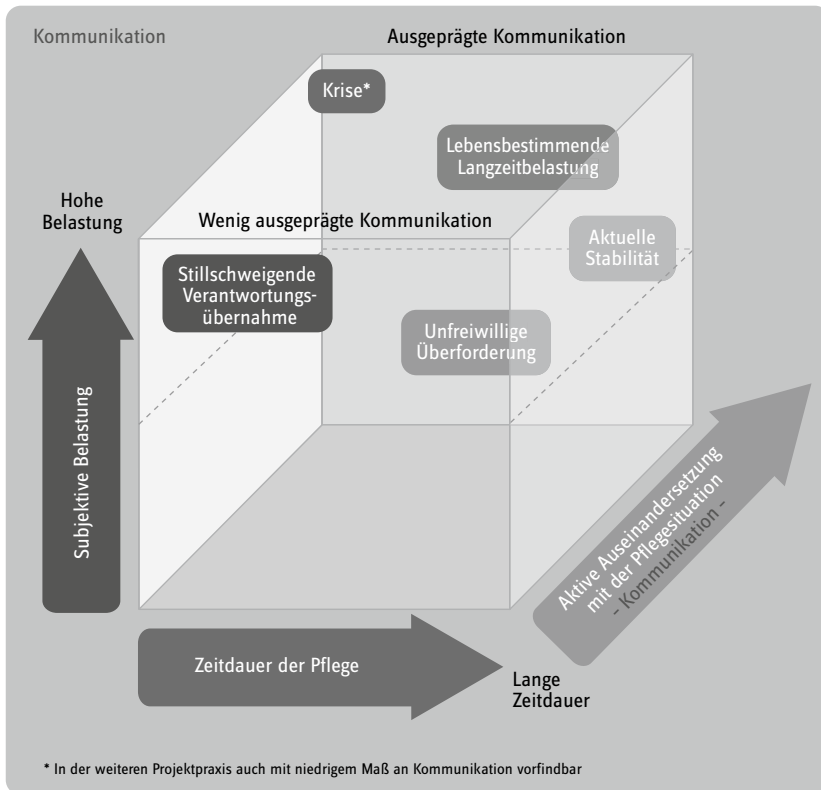


Abb. 51: Exemplarische Darstellung der typischen Situationen, bezogen auf den Einflussfaktor Kommunikation

Das Modell zeigt, bezogen auf den Einflussfaktor „Kommunikation“, dass die reflektierte Auseinandersetzung über die häusliche Pflegesituation in den fünf typischen Pflegesituationen unterschiedlich stark gesucht wird. Je nach Ausgangssituation muss die Pflegebegleitung das berücksichtigen. Es ergeben sich daraus auch unterschiedliche Pflegeverläufe (vgl. 5.3.3). Kommunikation steht am deutlichsten im Vordergrund bei einer krisenhaften Situation, gefolgt von der Situation, in der Pflege als Langzeitbelastung erlebt wird, in der die entlastende Funktion des begleitenden Gesprächsangebots offenkundig eine große Bedeutung hat. Das Bedürfnis nach Kommunikation ist aber auch prägend für die Pflegesituation, die sich in einer relativen Stabilität befindet. Dort geht es aber eher um

eine verbale Selbstvergewisserung, dass Pflegebegleitung im Notfall verfügbar wäre. Eher wenig kommunikative Auseinandersetzung mit der eigenen Pflegesituation findet in den Pflegesituationen statt, die von stillschweigender Verantwortungsübernahme oder von unfreiwilliger Überforderung gekennzeichnet sind. Dort müssen also andere Zugänge gewählt werden, weil die pflegenden Angehörigen sich entweder gar nicht eindeutig als solche definieren oder die eigene Rolle nur schwer infrage gestellt werden kann.

Die komplexe Auseinandersetzung mit den fünf typischen Situationen in der Pflegebegleitung ergibt sowohl Hinweise auf deren jeweils unterschiedliche Rolle und Funktion als auch darauf, wie anspruchsvoll und komplex die Beziehungsgestaltung in der Pflegebegleiterpraxis ist. Wie diese erlebt wird und welche Wirkungen aus der Perspektive der aktiven Pflegebegleiter beschrieben werden, lässt sich auf der Basis der folgenden Auswertung der Dokumentationsbögen darstellen.

Die qualitativen Interviews ermöglichen einen vertieften Einblick in die Beziehungsgestaltung zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleitern, und sie beleuchten deren Tätigkeit in Ausmaß und Wirkung so, wie es mit keinem anderen Instrument gelingen könnte. Um aber bei der relativ geringen Fallzahl, die typisch ist für qualitative Studien, verallgemeinerbare Aussagen machen zu können, bedurfte es zusätzlicher Informationen und Erkenntnisse aus anderen Instrumenten, die auf einer größeren Datenmenge basieren. Die fünf typischen Situationen erklären und speisen sich deshalb zusätzlich aus Ergebnissen und Erkenntnissen der Auswertung der Dokumentationsbögen für die Pflegebegleitung im Sinne einer Methodentriangulation.

### 5.3 Dokumentationsbogen für die Tätigkeit von Pflegebegleitern

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse dieses Instruments können als gut gesichert bezeichnet werden. Insgesamt wurden 2.019 ausführlich beschriebene Kontakte aus den Dokumentationsbögen der Pflegebegleiter mit statistischen Angaben aus den Regionen kombiniert und abgeglichen.

Auf der Grundlage dieser Angabe kann gesichert davon ausgegangen werden, dass in der Zeit von 01/2005 bis 10/2008 insgesamt 262.617 Einzelkontakte von Pflegebegleitern mit

pflegenden Angehörigen stattgefunden haben. Daneben ist eine nicht näher zu beziffernde Anzahl von Kontakten nicht dokumentiert worden, was in der schon hinreichend beschriebenen Freiwilligenlogik begründet liegt, die nicht mit einer Dokumentationspflicht vereinbar scheint. Zu diesem Problemfeld hat die wissenschaftliche Begleitung aus der Praxis viele einschlägige Hinweise erhalten, z. T. aber auch deutlich geäußerten Unmut erfahren. Die freiwilligen Pflegebegleiter fühlten sich durch die im Projekt benötigte Dokumentation ihrer Tätigkeiten zuweilen bevormundet und kontrolliert. Dieser Umstand muss bei der Beurteilung der Datenmenge, die zur Auswertung vorlag, berücksichtigt werden.

### 5.3.1 Dauer und Charakteristik der Pflegebegleitung

Die Angaben im Rahmen der vorliegenden Stichprobe zeigen, dass die Dauer eines einzelnen Pflegebegleitungskontakts im Extremfall von zwei Minuten bis zu neun Stunden reicht und die durchschnittliche Dauer der Einzelkontakte bei 75,6 Minuten liegt (Modalwert = 60 Minuten).

Dabei fand fast die Hälfte der Pflegebegleitungen zu Hause (49,7%) bei den pflegenden Angehörigen statt. 31,7% der Kontakte verliefen telefonisch, und immerhin 23,2% der Kontakte fanden außerhalb wie z. B. gemeinsam im Café statt.<sup>19</sup>

Die freie Antwortkategorie sonstiger Kontaktorte wurde selten genutzt. Als Einzelbeispiele lassen sich, dargestellt nach Gewichtung, nennen:

- Begleitung ins Krankenhaus/zum Arzt
- In Einrichtungen wie z. B. Pflegeheim
- Im Pflegebegleiter-Büro
- Zu Hause bei dem Pflegebegleiter
- An zufälligem Ort, z. B. beim Einkaufen
- Über Medien und Gesprächsangebote (z. B. Internet)
- Im Grünen (z. B. beim Spaziergehen)

Bereits an dieser Stelle zeigt sich, dass Pflegebegleitung verschiedene und sehr unterschiedliche Facetten hat. Bestimmte Pflegebegleitungsinhalte können offenkundig nur

---

<sup>19</sup> Mehrfachnennungen waren möglich.

außerhalb der Häuslichkeit thematisiert werden. Bewusste Ortswechsel sind oftmals nötig. Kein Ort scheint dabei eine geringere Wertigkeit als ein anderer zu besitzen: Manche pflegende Angehörige können nur eine Begleitung en passant oder am Gartenzaun zulassen, vgl. insbesondere die typische Situation „Stillschweigende Verantwortungsübernahme“.

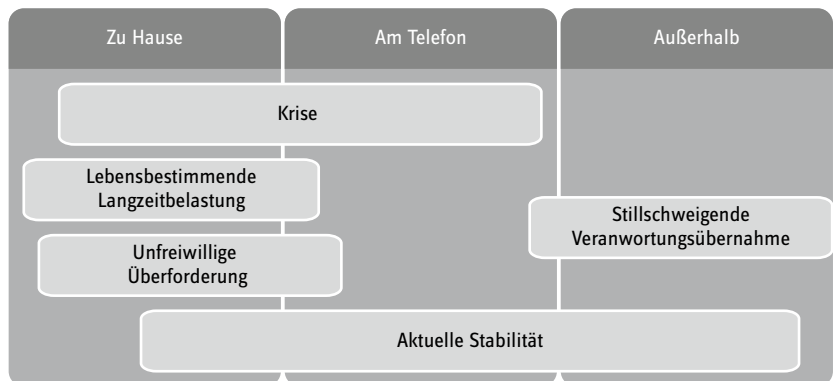


Abb. 52: Wo Pflegebegleitung stattfindet - fünf typische Situationen in der Pflegebegleitung

### 5.3.2 Leistungen von Pflegebegleitern in den Familien

Das Tätigkeitsspektrum der Pflegebegleiter zeigt sich in den Rückmeldungen sehr umfassend. Eine Rangreihe aller angegebenen Leistungen<sup>20</sup> im Rahmen von Begleitungen pflegender Angehöriger zeigt folgendes Bild:

1. Zuhören (94,1%)
2. Leistungen der/des pflegenden Angehörigen anerkennen, wertschätzen (63,1%)
3. Informieren (60,2%)
4. Die/den pflegenden Angehörigen zum eigenen Weg ermutigen (45,4%)
5. Trost spenden (43,8%)
6. Zur Selbstpflege anregen (42,0%)

<sup>20</sup> Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

7. Hinweise auf bestehende Entlastungsmöglichkeiten geben (35,3%)
8. Klärungsprozesse in Gang bringen (34,0%)
9. Eine andere Sichtweise auf die Pflegesituation herbeiführen (33,5%)
10. Gemeinsam Stärken der/des pflegenden Angehörigen finden (32,7%)
11. Selbstreflexion der/des pflegenden Angehörigen anstoßen (32,3%)
12. Gemeinsam den Pflegealltag planen (31,5%)
13. Gemeinsam über Freizeitgestaltung nachdenken (25,6%)
14. Kontakt zu professionellen Diensten herstellen (24,2%)
15. Finanzierungsfragen ansprechen (21,5%)
16. Konkret Entlastung organisieren (18,8%)
17. Sonstige Aktivitäten (15,4%)
18. Bei Behördengängen begleiten (11,4%)
19. Mit Familie und/oder Freunden in Kontakt bringen (10,2%)

Tab. 4: Tätigkeitsspektrum der Pflegebegleiter

Konkrete Entlastung wurde von den Pflegebegleitern beispielsweise ermöglicht durch:

- die Organisation von entlastenden Diensten und Erweiterung des Pflegesettings,
- Netzwerkarbeit, Herstellen von Kontakten (z. B. Sozialdienst),
- die Organisation von Hilfsmitteln wie z. B. Rollstuhl.

Die sonstig genannten Aktivitäten zeigten sich sehr heterogen (z. B. gemeinsames Mittagessen, das Betrachten von Fotoalben, Grabpflege, Zoobesuch) und waren in den meisten Fällen den Tätigkeiten 1 bis 18 zuordenbar.

Die Prozentzahlen weisen darauf hin, dass Tätigkeiten wie Zuhören, Wertschätzen und Informieren das Pflegebegleiterprofil dominieren.

Bringt man nun das Leistungsspektrum der Pflegebegleiter mit den verschiedenen Kontaktmöglichkeiten/-orten in Verbindung, lassen sich in einer detaillierten Analyse die besondere Stärken und Chancen der verschiedenen Örtlichkeiten vertiefter darstellen.

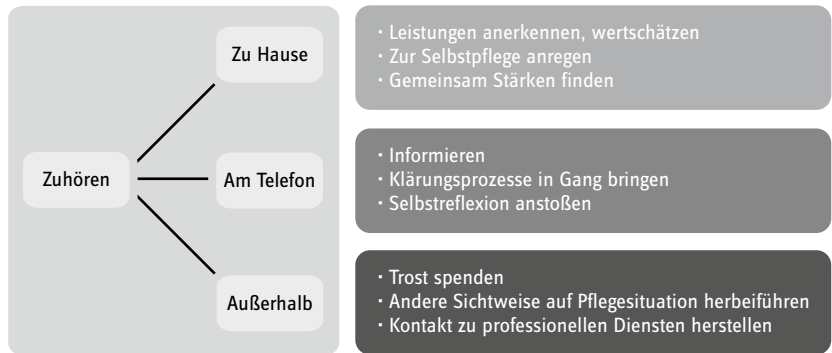


Abb. 53: Stärken und Chancen unterschiedlicher Kontaktorte

Das Zuhören steht dabei bei allen Kontaktorten an erster Stelle.

Bei den pflegenden Angehörigen zu Hause spielen die Tätigkeiten des Wertschätzens, der Selbstpflege und der gemeinsamen Identifizierung von Stärken des pflegenden Angehörigen (vgl. Empowerment-Ansatz) eine hervorgehobene Rolle.

Telefonisch stehen dagegen die Leistungen des Informierens, des Ingangbringens von Klärungsprozessen und der Anstoß zur Selbstreflexion mehr im Vordergrund.

Örtlichkeiten außerhalb werden eher dazu genutzt, den pflegenden Angehörigen Trost entgegenzubringen, eine andere Sichtweise auf die Pflegesituation herbeizuführen und das Thema der Inanspruchnahme professioneller Dienste ins Gespräch zu bringen.

Auch in der Sequenz der Kontakte sind unterschiedlichste Kombinationen möglich, wie qualitativ untersuchte Zusatzinformationen bei diesem Instrument zeigen. Diese Zusatzinformationen konnten bei ca. einem Zehntel der Rückmeldungen als „Nebenprodukte“ gewonnen werden. Sie liefern zusätzliche Angaben bezüglich der Situation, der Örtlichkeit, der Dauer und Regelmäßigkeit der Begleitungen und werden im Folgenden (5.3.3) beschreibend dargestellt.

### 5.3.3 Pflegebegleitungsverläufe - (re)konstruierte Fälle

#### Fall 1: Kontinuierliche Begleitung, Stabilisierung auf emotionaler Ebene

Frau S. pflegt ihren Mann seit drei Jahren. Insgesamt ist der Pflegealltag gut organisiert, sie kümmert sich gerne um ihn und möchte seine Versorgung so gut wie möglich sicherstellen. Weil Frau S. sich im pflegerischen Bereich nicht gut auskennt und das Leistungssystem so unüberschaubar ist, fühlt sie sich oftmals sehr verunsichert, ob sie alles richtig macht. Immer wieder stellt sie ihre Pflgetätigkeit infrage, weil sie sich nicht sicher ist, ob sie ihren Mann kompetent genug versorgen kann. Das zehrt sehr an ihren Kräften. Seit zwei Jahren erhält sie Unterstützung durch eine Pflegebegleiterin. Zwei- bis dreimal pro Woche findet ein Kontakt statt - bei Frau S. zu Hause, telefonisch oder auch außerhalb. Am wichtigsten bei diesen Gesprächen ist für Frau S. das Gefühl, dass da jemand zuhört und sie in ihren Nöten und Fragen versteht. Sie kann beruhigter sein, dass alles Nötige für ihren Mann getan wird und sie nichts Wichtiges versäumt. Die Pflegebegleiterin informiert sie über alles, was sie wissen möchte, und sie nimmt ihre Hinweise und Ratschläge sehr gerne an. Nach den Gesprächen fühlt sich Frau S. sehr viel ruhiger, erleichtert und gestärkt. Sie hat dann ein sicheres Gefühl bei der Pflege und fühlt sich in ihren Leistungen anerkannt und bestätigt.

Der Pflegebegleitungsverlauf zeigt sich hierbei als kontinuierlich und ausgewogen. Pflegenden Angehörige, die sich diesem Fall zuordnen lassen, nehmen Pflegebegleitung regelmäßig ein- bis dreimal pro Woche in Anspruch. Häusliche, telefonische und außerhäusliche Kontakte wechseln sich dabei relativ ausgewogen ab.



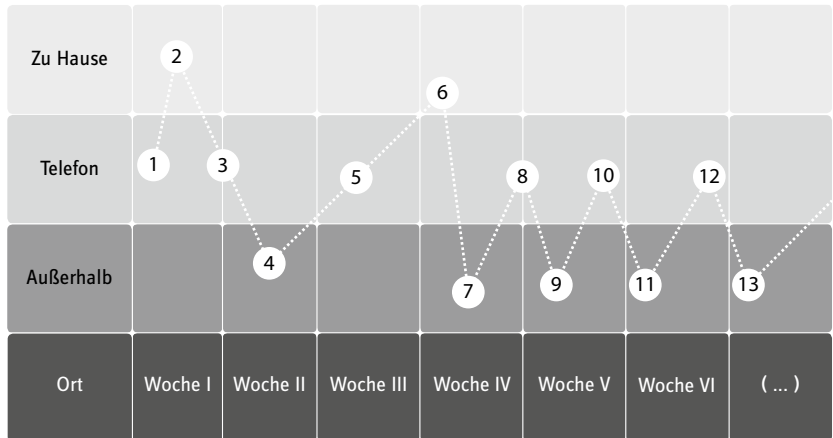


Abb. 54: Pflegebegleitungsverlauf I: Kontinuierliche Begleitung und Stabilisierung auf emotionaler Ebene

### Fall 2: Begleitung ausgehend von einer emotionalen Bedürftigkeit hin zur aktiven Gestaltung der Pfl egetätigkeit

Frau M. versorgt ihre Mutter seit zwei Jahren. Ihre zunehmende Hinfälligkeit zu beobachten und selbst dabei hilflos zusehen zu müssen machen ihr sehr zu schaffen. Sie kennt ihre Mutter als eine starke und resolute Frau, und nun erlebt sie, wie sie immer hilfebedürftiger und unselbstständiger wird.

Das Verhältnis der beiden war schon immer sehr eng und freundschaftlich gewesen, sie tauschten sich oft aus und fragten einander um Rat. Aufgrund der Demenzerkrankung der Mutter wird dies immer weniger möglich, Frau M. hat das Gefühl, dass ihre Mutter als Person immer mehr „verschwindet“. Neben diesem schleichenden Abschied fordert die Organisation des Pflegealltags Frau M. sehr. Sie ist berufstätig und hat zwei Kinder zu versorgen. Seit einem halben Jahr wird Frau M. von einer Pflegebegleiterin begleitet, und das fast täglich. Meistens telefonieren sie miteinander, oder sie treffen sich in einem Café, manchmal auch bei Frau M. oder der Pflegebegleiterin zu Hause. Die Pflegebegleiterin hat ein gutes Gespür dafür, was Frau M. braucht: Sie hört ihr sehr viel zu und hat immer tröstende und ermutigende Worte für sie. Das war lange Zeit sehr wichtig, dass sie sich alles von der Seele reden konnte und einen aufmerksamen Gesprächspartner hatte, der sie verstand und in ihren Leistungen wertschätz-

te. Nach einiger Zeit war es dann auch möglich, dass sie gemeinsam über die Planung der Pflege und Entlastungsmöglichkeiten nachdachten. Seit die Mutter eine Tagespflegeeinrichtung besucht und zweimal täglich ein ambulanter Pflegedienst kommt, geht es Frau M. deutlich besser. Sie merkt, dass sie immer mehr aus dem überwältigenden Gefühl der Ohnmacht und Traurigkeit herausfindet. Stattdessen kann sie wahrnehmen, wie sie sich Freiräume schaffen kann, ohne dass ihre Mutter deshalb schlechter versorgt wäre.

Der Pflegebegleitungsverlauf zeigt sich hierbei dichter getaktet. Die Pflegebegleitung wird fast täglich in Anspruch genommen. Die Kontakte finden überwiegend telefonisch statt, aber auch Kontaktmöglichkeiten außerhalb werden gerne genutzt.

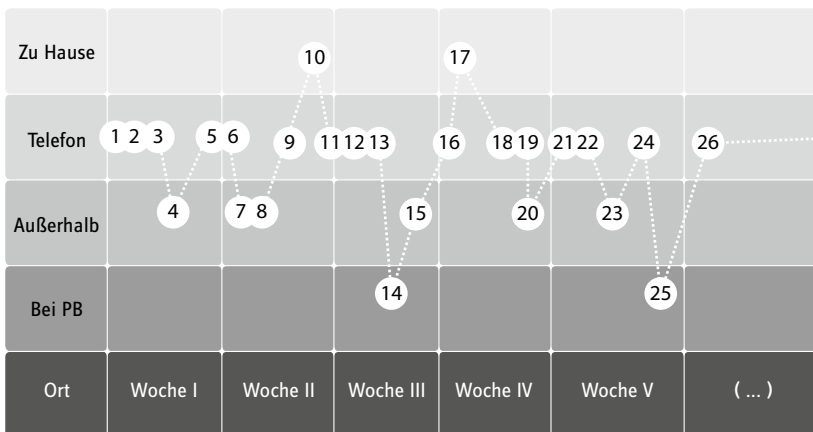


Abb. 55: Pflegebegleitungsverlauf II: Begleitung ausgehend von einer emotionalen Bedürftigkeit hin zur aktiven Gestaltung der Pflegetätigkeit

### Fall 3: Begleitung ausgehend von einer hochkritischen Situation hin zu weitgehender Stabilisierung

Herr F. pflegt seit vier Jahren seine Mutter. Er ist alleinstehend und fühlt sich in seiner momentanen Lebenssituation überfordert: Die Mutter baut ab, er hat seinen Arbeitsplatz verloren, keine engeren Kontakte zu Familienmitgliedern oder Freunden – stattdessen kommt es immer wieder zu sich verschärfenden Konflikten mit den Nachbarn. In dieser Lage hat er über die städtische Altenhilfe eine Pflegebegleiterin vermittelt be-

kommen, die zu ihm nach Hause kommt oder telefonisch ansprechbar ist. Zunächst standen die Organisation des Pflegealltags und eine Neueinstufung der Pflegestufe im Vordergrund, dadurch konnte eine erste Entlastung erreicht werden. Dennoch kam es kurze Zeit später zu einer Eskalation der Auseinandersetzung mit den Nachbarn, in die nun auch die Polizei eingeschaltet wurde. Durch die Vermittlung der Pflegebegleiterin zwischen ihm und den Beamten konnte eine Einweisung in die Psychiatrie verhindert werden – und damit auch eine Heimunterbringung der Mutter. Die Pflegebegleiterin ist zu seiner einzigen Vertrauten geworden. Durch die Gespräche mit ihr klärt sich einiges in ihm, er meistert die Pflege immer besser und wird dazu angeregt, sich auch selbst für soziale Kontakte zu engagieren. Deshalb besucht Herr F. nun eine Gruppe Alleinstehender, und auch wenn er immer wieder neu dazu motiviert werden muss, tut ihm dieser Austausch sehr gut. In den Überlegungen zur Organisation des Pflegealltags und seiner Freizeitgestaltung spielen jedoch vermehrt Finanzierungsfragen eine Rolle. Von dem Pflegegeld und Arbeitslosengeld II kann Herr F. sich und seine Mutter kaum über Wasser halten. Im Austausch mit der Pflegebegleiterin erkennt Herr F., dass er dringend eine Auszeit und Erholungsmöglichkeit braucht, um die Pflege weiterhin aufrechterhalten zu können. Bei der Krankenkasse hat er deshalb einen Antrag auf Kur gestellt. Die Pflegebegleiterin hat ihn auch ermutigt, zu seinem Bruder, mit dem seit Jahren kein Kontakt mehr besteht, die Verbindung wieder aufzunehmen und über eine Einbeziehung in die Pflegeverantwortung nachzudenken.

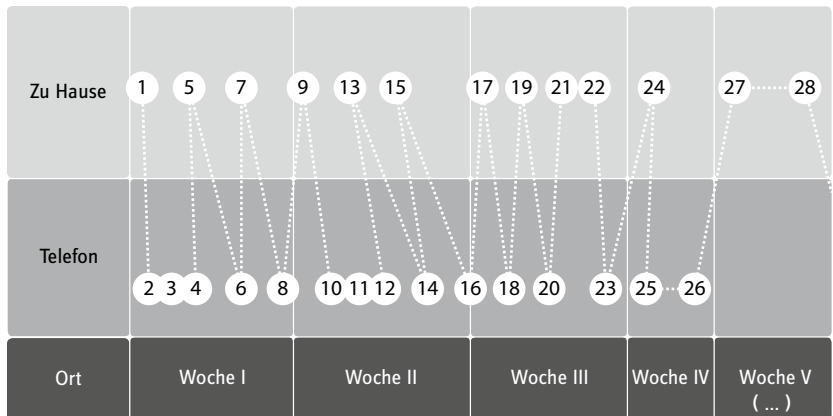


Abb. 56: Pflegebegleitungsverlauf III: Begleitung ausgehend von einer hochkritischen Situation hin zu weitgehender Stabilisierung

Die Pflegebegleitung findet bei diesem Fall sehr unterschiedlich häufig (zwei- bis neunmal im Monat) statt, ausschließlich in der Häuslichkeit und am Telefon (Abb. 56). Nach einer gewissen Zeit (siehe ab Woche IV) ändert sich die Kontakthäufigkeit, und es scheint eine „Entspannung“ der Lage ersichtlich.

**Fall 4: Neuorganisation und Anpassung einer z. T. jahrelang andauernden Pflege an aktuelle Bedürfnislagen, Begleitung zum weiteren Austausch nach Bedarf**

Herr N. kümmert sich seit 30 Jahren um seine pflegebedürftige Frau. Er hat sich mittlerweile in seinem Pflegealltag eingerichtet und kennt sich ziemlich gut aus, was die Versorgung seiner Frau betrifft. Mit zunehmendem eigenen Alter merkt er jedoch, dass die Pflege beschwerlicher wird und er an eigene - auch gesundheitliche - Grenzen kommt.

Deshalb suchte er Hilfe und bekam sie durch einen Pflegebegleiter: Dieser half ihm, den Pflegealltag neu zu organisieren, Hilfsmittel zu beschaffen, die der jetzigen Situation der zu Pflegenden angepasst sind, und einen häuslichen Betreuungsdienst sowie Tagespflege einzurichten. Durch diese Maßnahmen wurde sein Alltag sehr erleichtert, und Herr N. gewann Freiräume zur Selbstsorge und das Vertrauen, dass seine Frau versorgt ist, wenn er außer Haus ist.

Die Pflegebegleitung findet recht regelmäßig wöchentlich statt, zu Hause oder über die Pflegebegleiter-„Hotline“ bzw. im Pflegebegleiter-Café.

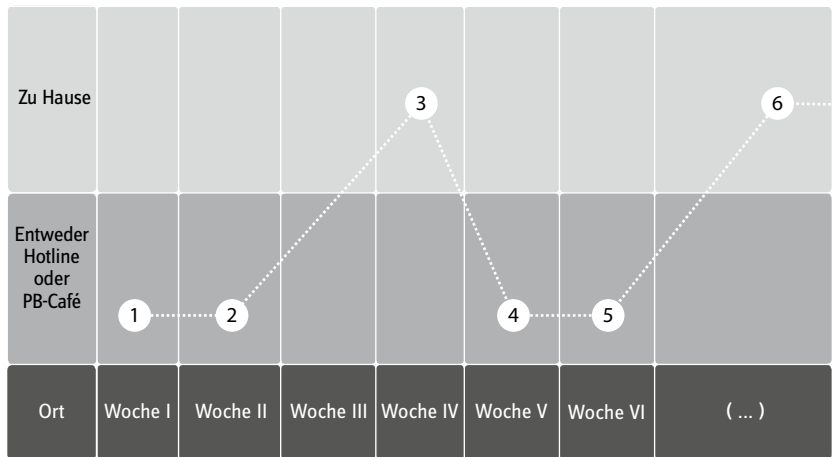


Abb. 57: Pflegebegleitungsverlauf IV: Neuorganisation und Anpassung einer z. T. jahrelang andauernden Pflege an aktuelle Bedürfnislagen, Begleitung zum weiteren Austausch nach Bedarf

### Fall 5: Kontinuierliche Gesprächsbegleitung bei einer zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu Pflegenden

Frau W. stand kurz davor, dass ihr Vater aus der Reha nach Hause kommt und von ihr gepflegt würde. Sie hatte keine Ahnung, was alles auf sie zukommen würde, wie der Alltag abläuft, welche rechtlichen und finanziellen Dinge es zu beachten gibt. Deshalb hatte sie ihre Nachbarin angesprochen, von der sie wusste, dass sie als Pflegebegleiterin pflegende Angehörige bei ihrer Tätigkeit in allen Belangen unterstützt. In Gesprächen mit ihr fühlte sie sich ermutigt, die Versorgung des hilflosen Vaters tatsächlich zu übernehmen. Die Pflegebegleiterin half ihr bei den notwendigen Behördengängen, der Beschaffung eines Rollstuhls, und stellte Kontakt zu professionellen Diensten her, sodass die Pflege gut organisiert war. Durch den Austausch in den nächsten Monaten fühlte sich Frau W. in ihrem Tun bestärkt und fand gute Wege, für sich und den Vater gleichermaßen zu sorgen. Nach nicht allzu langer Zeit verschlechterte sich sein Gesundheitszustand jedoch rapide: Der Vater brauchte ein Pflegebett, der Pflegealltag musste neu organisiert werden, und Frau W. war sehr eingespannt. In allem stand ihr die Pflegebegleiterin mit Rat und Tat zur Seite und half ihr, diese Veränderung bewältigen zu können – dies umso mehr, als schließlich sogar ein Krankenhausaufenthalt notwendig wurde. Ihre Begleitung ins Krankenhaus und Unter-

stützung bei den Gesprächen mit den Ärzten ermöglichten es Frau W., diese schwere Zeit durchzustehen.

Pflegebegleitung wird in diesem Fall sehr unterschiedlich in Anspruch genommen, von täglich bis zu vier- bis sechsmal pro Monat. Die Kontakte finden zunächst zu Hause und telefonisch statt; mit zunehmender Verschlechterung des Gesundheitszustands der/des zu Pflegenden treffen sich Pflegebegleiter und pflegender Angehöriger im Krankenhaus:

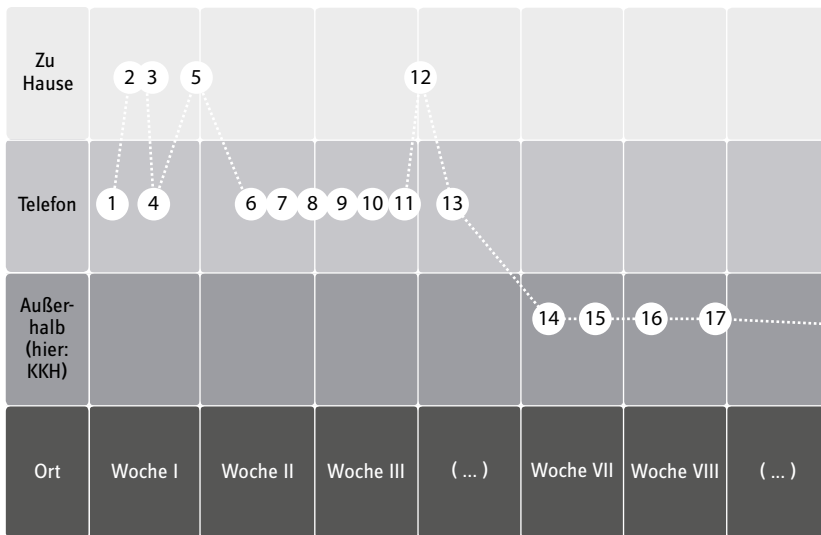


Abb. 58: Pflegebegleitungsverlauf V: Kontinuierliche Gesprächsbegleitung bei einer zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu Pflegenden

### Fall 6: Begleitung in einer relativ stabilen Pflegesituation nach Bedarf

Frau T. kümmert sich um ihre Schwiegermutter, die im selben Haus wohnt und Unterstützung in der Haushaltsführung und Körperpflege benötigt. Das macht sie schon einige Jahre und ist insgesamt neben ihren anderen Aufgaben auch gut zu bewältigen. Dennoch nimmt sie wahr, dass die lange Pflege und das zunehmend fordernde Verhalten der Schwiegermutter sich allmählich bemerkbar machen. Durch Zufall erfuhr sie vom Angebot der Pflegebegleitung, und seit einigen Monaten steht sie immer wieder in Kontakt mit einer Pflegebegleiterin. Im Gespräch mit ihr gewinnt sie mehr und

mehr das Gespür für ihre eigenen Bedürfnisse, sie erhält Anstöße, auch an sich selbst zu denken, und nimmt diese gerne an. Sie geht selbstbewusster mit ihrer eigenen Zeit um, möchte wieder mehr am sozialen Leben teilnehmen und für ihre eigene Gesundheit sorgen. Bei einer weiter zunehmenden Belastung würde Frau T. einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen. Mit diesen Entwicklungen kann Frau T. die Pflege befreiter leisten und sogar wieder Freude daran empfinden.

Die Pflegebegleitung findet zumeist alle sechs Wochen statt, wobei die Kontaktdichte hin und wieder unterschiedlich ausfallen kann (Abstände zwischen einem Tag und sechs Wochen). Zwischendurch gibt es auch Abstände von zwei bis drei Monaten. Als Kontaktorte werden sowohl die Häuslichkeit und das Telefon als auch Orte außerhalb genutzt.

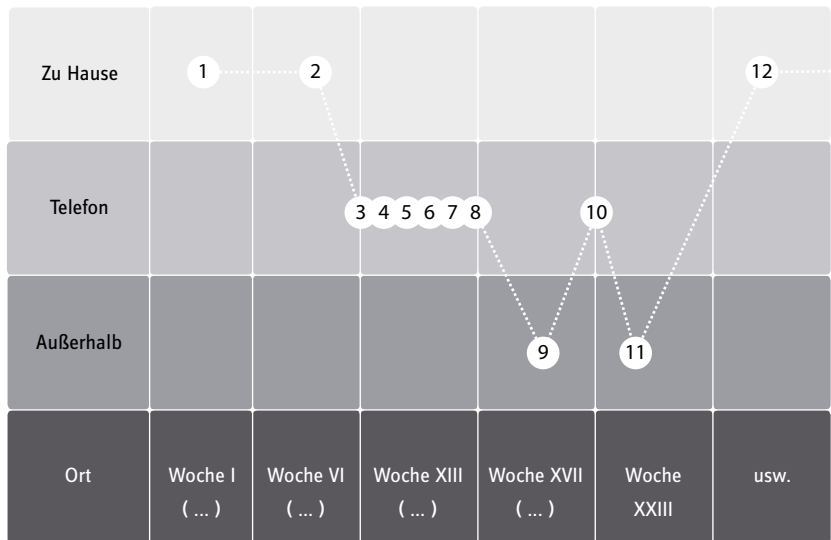


Abb. 59: Pflegebegleitungsverlauf VI: Begleitung in einer relativ stabilen Pflegesituation nach Bedarf

## 5.4 Multiperspektivische Betrachtung der Wirkungen von Pflegebegleitung

Welche Wirkungen durch die Tätigkeit von Pflegebegleitern erzielt werden, lässt sich, wie in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt, zunächst über die Ergebnisse der ein-

zelenen Instrumente nachweisen, die im Rahmen der Wirksamkeitsforschung zum Einsatz kamen. Fassbar in allen Dimensionen werden die Wirkungsweisen und die damit verbundenen Konsequenzen aber erst in vollem Umfang durch die Vorgehensweise der „Triangulation“, verstanden als Kombination von Methoden oder Methodologien und Theorien mit dem Ziel einer umfassenden Untersuchung des Phänomens „Wirkung von Pflegebegleitungen“ (vgl. Lamnek 2005, S. 736). Dieses ist als sehr vielschichtig zu begreifen und nicht eindimensional operationalisierbar. Deshalb wurde es innerhalb der letzten Projektphase von mehreren Ebenen und unter verschiedenen zentralen Fragestellungen beleuchtet:

Zentrale Fragestellung 1: Was tun Pflegebegleiter in den Familien?

Diese Frage wurde bereits in Kapitel 5.3 anhand des „Pflegebegleiter-Profiles“ hinreichend beantwortet. Aber auch die Interviews mit pflegenden Angehörigen (siehe Kapitel 3.2.1) gewähren hierzu wertvolle Einblicke aus der Sichtweise der Zielgruppe (siehe unter Kapitel 5.2).

Zentrale Fragestellung 2: Was nehmen Pflegebegleiter bezüglich der erreichten Wirkungsweisen wahr?

Einsichten zu dieser Frage liefern sowohl der Dokumentationsbogen (siehe Kapitel 3.2.2.2) für Pflegebegleiter als auch die Auswertung der monatlichen Protokollbögen (Quartalsbericht, siehe Kapitel 3.2.2.4).

Zentrale Fragestellung 3: (Wie) Erlebt die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen diese Wirkung? Kann Pflegebegleitung die hauptsächlichen Evaluationsziele - wie Brückenfunktion, Stabilisierung, Zuhören - einlösen?

Zur Beantwortung dieser Frage dienten insbesondere die Interviews mit pflegenden Angehörigen sowie der Einsatz der Postkarte (siehe Kapitel 3.2.1 und 3.2.2.3).

Ferner galt das Interesse den etwas untergeordneten Fragestellungen:

- Wie ist der Kontakt zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleitern zustande gekommen? (siehe Kapitel 3.2.2.2 und 3.2.1)
- Wie nehmen die pflegenden Angehörigen die Pflegebegleiter wahr? (siehe Kapitel 3.2.1 und 3.2.2.3)



Um dazu einen Überblick zu ermöglichen, erfolgt in der weiteren Darstellung der Forschungsergebnisse eine integrierte Ergebnisdarstellung. Darin wird der Frage nach Wirkungsweisen von Pflegebegleitung nachgegangen, fokussiert auf die zentralen Fragestellungen. Die bereits genannten Instrumente und ihre jeweiligen Aussagen werden dabei im Sinne der Triangulation miteinander verzahnt.

#### 5.4.1 Kontaktaufnahme zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleiter

Die Kontaktaufnahme zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleiter vollzieht sich meist in einer krisenhaften Situation. Die pflegenden Angehörigen stehen oft am Rand der Erschöpfung, sodass die Pflegebegleitung dann kontaktiert wird, wenn „Not am Mann“ ist. Dies wird durch Rückmeldungen in den Quartalsberichten bestätigt.

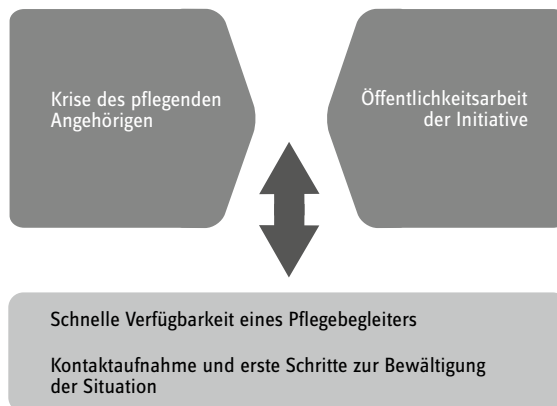


Abb. 60: Kontaktaufnahme zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleitern

Als Krise und überfordernde Situation stellen sich für pflegende Angehörige aber auch beispielsweise die unerwartete Entlassung des zu Pflegenden aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationsklinik dar.

„Ich wusste nicht, dass es Pflegebegleiter gab (...) meine Mutter ist am 30. Januar von einer sich selbst (...) verpflegenden Person zu einer pflegebedürftigen Person geworden (...) durch einen Schlaganfall, ist dann ins Krankenhaus gekommen, und eine Wo-

che später hat das Krankenhaus gesagt, sie soll entlassen werden, wo sie nicht laufen konnte und eigentlich GAR nichts (...) daraufhin hab ich dann die AWO ähm (...) angerufen (...) wegen eigentlich Pflegedienst (...) und erhielt dann (...) am nächsten Tag (...) einen Anruf von meiner Pflegebegleiterin“ (Frau T.,14 ff.).

Auf der Suche nach Informationen, praktischen Hinweisen, Hilfe und Unterstützung werden pflegende Angehörige in vielen Fällen durch Zeitungsannoncen der Pflegebegleiter-Initiativen auf das Angebot aufmerksam. Entsprechend der Ergebnisse der Dokumentationsbögen von Pflegebegleitern werden die pflegenden Angehörigen (in dieser Reihenfolge) durch:

- Öffentlichkeitsarbeit (Presse, Mundpropaganda, Flyer etc.),
  - eigene, zugehende Wege,
  - Einrichtungen und Dienste (Wohlfahrtsverbände, Pflegedienst, (Haus-)Arzt, Sozialarbeiter ...),
  - Bekannte(nkreis), Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen und
  - kooperierende Organisation, Projekt-Initiatoren,
- auf das Angebot aufmerksam.

„Ich hatte in der Zeit, wo mein Sohn so krank war, in der Zeitung mal was gelesen, habe dann einfach nur da mal nachfragen wollen [...] ob sie irgendetwas wüsste, wo ich mich dran wenden könnte“ (Frau Bo., 17-21).

Die anschließende Kontaktaufnahme kann von den pflegenden Angehörigen selbst, von dem Pflegebegleiter sowie von einem vermittelnden, professionellen Dienst ausgehen. Entsprechend den Aussagen in den Dokumentationsbögen fungierten als Mittler (in dieser Reihenfolge):

1. Projekt-Initiatoren, kooperierende Organisation
2. Pflegebegleiter selbst
3. Bekannte(nkreis), Freunde, Nachbarschaft, Arbeitskollegen
4. Einrichtungen und Dienste (z B. Sozialstation, Angehörigengruppe ...)
5. Mundpropaganda
6. Wohlfahrtsverbände
7. Pflegenden Angehörigen selbst
8. Beratungsstellen und Behörden

Ist der Kontakt dann zeitnah hergestellt, werden die Pflegebegleiter auch bald als jederzeit ansprechbare Gesprächspartner geschätzt, mit denen die als ausweglos empfundene Situation reflektiert und geklärt werden kann. „In Ruhe“ kann dann nach Lösungsmöglichkeiten und Gestaltungsformen der Pflegesituation gesucht werden.

„Sie hat mir dann im Prinzip (...) einerseits (...) bei den ganzen (...) Formalitäten zur Seite gestanden (...) andererseits ABER, was für mich auch in der Situation sehr wichtig war, ich hatte jemanden, mit dem ich (...) reden konnte (...) ja (...) einfach mal (...) das Herz ausschütten konnte“ (Frau T., 24-26).

In den vorgefundenen Pflegesituationen, in denen pflegende Angehörige bereits über einige Jahre gepflegt haben, sind es - wie oben bereits erwähnt - auch die Pflegebegleiter selbst, die sich vorstellen und ins Gespräch bringen, ihre Telefonnummer hinterlassen und hin und wieder nachfragen. Tritt hier dann eine Verschlechterung der Situation ein, die die Pflegenden überfordert, beginnt die Pflegebegleitung. Diese Feststellung wird wiederum durch Aussagen in den monatlichen Protokollbögen (Quartalsbericht) untermauert.

In allen Fällen ist die Bereitschaft der Pflegenden eine wichtige Voraussetzung, das Begleitungsangebot anzunehmen und der Erfolg der Vermittlung ist davon abhängig, dass diese zügig verläuft.

„(...) diese Annahme der Hilfe, das hat mir die Frau B. rübergebracht (...) dass sie mir helfen MÖCHTE (...) wenn ich aber ihre Hilfe nicht gewollt hätte (...) hätte sie sich auch zurückgezogen (...) das ist ganz, ganz wichtig [...] sie hatte dieses Feingefühl, dass ich (...) diese Hilfe annehmen KONNTE“ (Frau T., 1045-1050).

Nicht selten treten ambulante Pflegedienste und Beratungsstellen als vermittelnde Stellen auf (siehe Auflistung oben), die die Telefonnummer der Angehörigen weitergeben bzw. den Pflegebegleiter und die Angehörigen einander vorstellen.

„Ende vorigen Jahres hat' ich ein Kontaktgespräch mit äh Frau K. hier von der Diakoniestation (...) und äh die hat mich auf diese ähm (...) Pflegebegleitung angesprochen

---

(...) ob ich daran interessiert wäre, und hat dann relativ schnell den Kontakt hergestellt (...) und dann hat' ich die Frau S. bekommen" (Herr Be., 12-16).

In ländlichen Gebieten kennen sich manches Mal Angehörige und Pflegebegleiter schon viele Jahre aus anderen sozialen Kontexten (siehe ebenfalls Auflistung oben), bevor es zu einer Pflegebegleitung kommt.

„Aber ungezwungen, also ich hab sie gar nicht gesucht, die Pflegebegleitung, dadurch, dass ich die Frau N. kannte, haben wir auch mal drüber gesprochen, und dann haben wir auch schon mal ein Gespräch geführt, und dieses Gespräch bei ihr zu Hause - das hat mir so gut getan" (Frau Ka., 138-141).

Begleitete Angehörige berichten, sie empfänden dies als positiv und erleichternd.

#### **5.4.2 Die Wahrnehmung von Pflegebegleitern durch pflegende Angehörige**

In Bezug auf die geeigneten „Passungsverhältnisse“ zwischen Pflegebegleiter und pflegendem Angehörigen sind folgende Aspekte interessant:



Abb. 61: Zum Passungsverhältnis zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleiter

Pflegende Angehörige geben an, soziales Milieu und Geschlecht (nicht jedoch das Alter) des Pflegebegleiters müssen mit dem eigenen übereinstimmen.

„Hier gibt es so verschiedene Bevölkerungsschichten, da muss man ganz, ganz vorsichtig sein, wer als Pflegebegleiter für wen in Frage kommt“ (Herr Be., 401-403).

In den berichteten Fällen, in denen mit der ersten Auswahl eines Pflegebegleiters keine Begleitung zustande kam, habe das „intellektuelle Niveau“ nicht gestimmt bzw. als Frau wolle man sich „in diesen intimen Fragen“ keinem Mann öffnen und anvertrauen. An dieser Stelle wird auch die Verantwortung der Projekt-Initiatoren in deren Mittlerrolle offenbar.

„Die beiden Pflegebegleiter, die ich hier kennengelernt habe, finde ich ein bisschen sehr schlicht, es gibt wenig, was von ihnen aus kommt, ich weiß eigentlich gar nicht, was ich mit denen anfangen. [...] vom Intelligenzquotienten her einfach nicht so, dass sie ein bisschen forschen auch, was dazu beitragen können“ (Frau K., 440-453).

(...) dann hatte sie mir erst Herrn, ich weiß den Namen nicht mehr, vorgestellt, und der kam, aber so, er als Mann, ich als Frau, war vielleicht nicht so das Richtige“ (Frau Bo., 23-24).

Stimmt diese zwischenmenschliche Ebene, erleichtert dies den Zugang und die Vertrauensbildung zum Angehörigen. Pflegende Angehörige schätzen an dem Kontakt besonders die „Einfühlsamkeit“ und Diskretion des Pflegebegleiters.

„(...) die ist in ihrer Art auch so liebevoll so (...) auch bescheiden und ein ganz liebenswerter Mensch (...) ja? Und dadurch äh (...) können wir beide auch über alles reden, und das ist eigentlich schön; und ich weiß, es geht nicht raus (...) was wir beide sprechen (...) bleibt unter uns“ (Frau E., 604-07).

Aus den Dokumentationsbögen und den Quartalsberichten gibt es zudem Hinweise, dass im Prozess der Vertrauensbildung in dieser Phase insbesondere die Offenheit, das „offene Ohr“ und das „Sich-Zeit-Nehmen“ der Pflegebegleiter geschätzt werden.

Zum Zeitpunkt der Befragung – hier befanden sich die Begleitungen eher in der Phase des Aufbaus<sup>21</sup> – ließen sich folgende zentralen Merkmale der Beziehungen zwischen Pflegebegleiter und pflegendem Angehörigen erkennen:

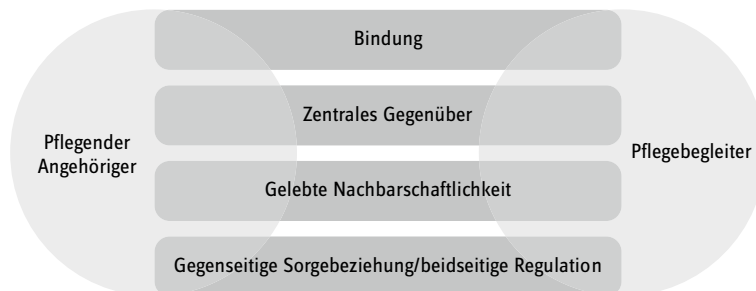


Abb. 62: Zentrale Merkmale der Begleitungsbeziehungen zum Zeitpunkt der Befragung

21 Daher sind Aspekte der Loslösung in der empirischen Erhebung nicht berücksichtigt.

Während der Pflegebegleitung kommt es zum Aufbau einer zwischenmenschlichen Beziehung und zur Entstehung von Bindung an den Pflegebegleiter. Zu beobachten ist dabei eine beidseitige Beziehungsregulation, die sich als gegenseitiges „Geben und Nehmen“ beschreiben lässt und die der Pflegebegleiter ebenso steuern kann wie der Angehörige.

„Also ich könnte mir das nicht mehr vorstellen, dass die Frau L. nicht kommt, ja? Das ist ein Bestandteil bei mir geworden (...) sie gehört einfach mit dazu für mich, sagen wir mal zum Regenerieren. Und sie hat mir auch 'ne Geburtstagskarte geschrieben, und da hab ich mich auch riesig gefreut drüber, ja? Das ist nicht selbstverständlich (...) und äh (...) ich hatte ihr auch aus der Kur geschrieben, und so, wissen Sie, es ist 'ne Bindung da, 'ne nette, gute Beziehung“ (Frau E., 457-471).

„Also ich mag sie gern (...) und sie mich anscheinend auch“ (Frau Sch., 222).

Es entsteht eine gegenseitige Sorgebeziehung, in der die Pflegebegleiter qua Rollendefinition zwar hauptsächlich in der gebenden Situation ist, aber auch empfängt. Das Verhältnis ist in den meisten Fällen von gegenseitiger Rücksichtnahme geprägt.

„(...) ich sammle manchmal lieber Themen und frage dann an, ob wir uns treffen können. [...] weil ich auch gerne habe, dass SIE (...) ja IHRE Ruhe hat (...) aber dann (...) wenn sie dann für mich DA ist, dass wir das terminiert haben, dann hat sie ja eh Zeit, aber (...) ich denk, sie hat auch noch andere Dinge in ihrem Leben, und diese ehrenamtliche Tätigkeit, die sie ausführt (...) muss ja nicht von mir überzogen werden“ (Herr B., 358-62).

„Wir stimmen uns eben einfach ab, damit keiner überfahren wird, verstehen Sie? (...) äh das muss ein gegenseitiges Miteinander sein, das darf nicht jetzt einer der Nehmende und der andere der Gebende sein (...) das, das geht einfach nicht“ (Frau E., 634-369).

So verwundert es nicht, dass pflegende Angehörige beschreiben, ihr Pflegebegleiter sei für sie zu einem Bestandteil ihres Lebens geworden, und es würde eine bedeutsame Lücke hinterlassen, wenn die Begleitung zum Zeitpunkt der Befragung bereits zu Ende wäre. Für pflegende Angehörige ist der Pflegebegleiter in manchen Fällen der einzige oder zentrale Ansprechpartner/Gegenüber (siehe Näheres unter 5.4.6).

„Wenn ich in Not bin, eh, ich kann mit keinem anderen dann weitersprechen, dass ich einfach dann auch jemanden habe, der hört zu, eh, und ich weiß, der fühlt auch mit mir und der gibt mir auch irgendwie wieder so die Kraft dann wieder, dieses einfach dieses aussprechen, da ist jemand, das bringt unheimlich viel“ (Frau Bo., 58-62).

Sie beschreiben die Begleitung als unkomplizierten, positiven Kontakt, der viel (Vor-)Freude bei ihnen erzeugt.

„Nee, also wir hatten eigentlich beide noch nie ein Problem miteinander, und ich kann dazu nur sagen: Wenn die Kleine kommt; dann drück ich sie erst einmal. [...] Ich freu mich auch auf [die Verabredung] morgen, und entweder im Sommer sitzen wir draußen, wenn das Wetter ist, wenn nicht, sitzen wir hier [...] das hat sich jetzt so eingespielt“ (Frau E., 601-603/ 624-26).

In jedem Falle ist es eine Beziehung, bei der sie im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit (siehe Kapitel 5.4.6) und des Interesses stehen, was sich positiv auf ihr Selbstwertgefühl auswirkt.

„[Dass sie] sich die Zeit nimmt (...) obwohl sie (...) dafür im Prinzip nichts bekommt (...) ja (...) sich die Zeit nimmt (...) MIR zuzuhören (...) sich für mich Zeit nimmt (...) obwohl ich ein Mensch bin, den sie noch nie in ihrem Leben gesehen hat“ (Frau T., 324-27).

„Da hab ich gesagt du (...) DU hast mit dieser Frau nichts zu tun (...) das ist meine (...) DU gehst zu deinen Frauen in die Tagespflege (...) und DAS ist meine Frau (...) mit DER redest du nicht, das fang ich gar nicht erst an (...) das ist MEINE (...) er hat SEINE“ (Frau E., 674-676).

Eines persönlichen Kennenlernens bedarf es dabei nicht unbedingt; einige vorgefundene, äußerst intensive Begleitungen werden über das Telefon (siehe Verläufe, Kapitel 5.3.3) vollzogen. Pflegende Angehörige geben an, dass Pflegebegleiter für sie eine andere Qualität als Freunde, Verwandte und Psychotherapeuten besitzen.

„Eine Pflegebegleitung ist (...) Puffer (...) das kann ein Therapeut nicht (...) der kann nicht puffern (...) der arbeitet zwar Ihre Probleme ab (...)“ (Frau T., 879, 80).



„In der Situation, ich konnte noch nicht mal im Prinzip Streicheleinheiten annehmen, weder von meinem Mann noch, wie ich vorhin sagte, von meiner Freundin“ (Frau T., 636-38).

Die Tatsache, dass Angehörige und Pflegebegleiter sich in den meisten Fällen erst neu kennenlernen und eine gewisse emotionale Distanz zur Situation der pflegenden Familie mitbringen, wird in den meisten typischen Pflegebegleitungssituationen als Voraussetzung benannt, sich wirksam begleiten zu lassen.

„Ja und ich meine, es ist auch noch etwas anderes äh (...) mit (...) mit Freundinnen (...) da drüber zu sprechen als mit ihr (...) weil (...) bei ihr aber diese Erfahrung hab ich schon öfter im Leben gemacht (...) sie ist nicht emotional (...) eingebunden (...) also das heißt nicht, dass sie mich nicht liebevoll ABER (...) sie hat im Prinzip keine emotionale Bindung weder zu mir noch zu meiner Mutter noch zu meiner Familie, und demzufolge (...) äh konnte sie mir objektiv helfen“ (Frau T., 226-31).

Auch muss das Hilfsangebot des Pflegebegleiters aktiv angenommen werden, so die Befragten.

„Diese Hilfe, die man von den Pflegebegleitern bekommt (...) dass man die auch annimmt, das ist GANZ ganz wichtig (...) und ich denke mal, in der heutigen Gesellschaft und in der (...) Dings, dass im Prinzip jeder sozusagen sein eigens Ding nur noch macht, mehr oder weniger (...) diese Annahme der Hilfe“ (Frau T., 1043-46).

Diese Voraussetzung für das Gelingen des Beziehungsaufbaus wird wiederum durch die Dokumentationen der Pflegebegleiter bestätigt. Hier ist vom:

- Abbau von Barrieren, die angebotene Hilfe zu akzeptieren,
- Abbau der Scheu vor professionellen Diensten,
- Mut, um Hilfe zu bitten,
- Erkennen eigener Grenzen,
- Zulassen fremder Hilfe zur Pflege (z. B. Kombinationspflege),
- Anerkennen, dass Hilfe von außen möglich ist (z. B. Seniorenbüro),
- Zugeben-Dürfen, wie belastend und anstrengend die Pflegesituation ist,

die Rede. Für manche pflegende Angehörige gestaltet sich die Pflegebegleitung als gelebte Nachbarschaftlichkeit – eine Erfahrung, die gegenwärtig nicht mehr selbstverständlich gesammelt werden kann und die das soziale Klima (positiv) prägt. Für einen Befragten ist dies der Hauptgrund dafür, warum Pflegebegleitung auf freiwilliger Basis geleistet werden sollte und nicht so leicht in hauptberufliche Hände übergeben werden kann.

„EIN ganz wichtiger Ansatz, dass es da Leute gibt, und da SIND die Pflegebegleiter eigentlich ziemlich nah dran am Nabel des alltäglichen Geschehens. [...] Also so seh ICH das (...) langfristig (...) insofern (...) wäre das (...) teuflisch nahezu, wenn dieses Projekt zusammenbricht. Es kann ja sein, dass mal irgendwann was Hauptamtliches bei rauskommt (...) aber die Person wär dann total (...) überfordert und könnte das gar nicht machen“ (Herr B., 466-480).

Dabei geht die wissenschaftliche Begleitung davon aus, dass sich zu den Befragungen eher reflektierte Persönlichkeiten gemeldet haben und dass die Haltung der Pflegebegleiter das Klima im Umgang miteinander positiv durch Achtsamkeit prägt.

Aus der quantitativen Befragung sind in Einzelfällen auch unausgewogene Beziehungsformen bekannt. Beispielsweise finden sich in den Quartalsberichten Aussagen, dass pflegende Angehörige hin und wieder zu hohe oder falsche Ansprüche an die Pflegebegleitung – im Sinne von Freundschaft – stellen.

### **5.4.3 Belastungen durch die Pflege**

Zur Beantwortung der Frage, wie die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen die Wirkung von Pflegebegleitung erlebt, ist es gleichermaßen wichtig zu schildern, mit welchen vielfältigen Belastungen sich pflegende Angehörige tagtäglich konfrontiert sehen.

In den Interviews wurden von den Befragten verschiedene Formen der Belastungen genannt, die pflegende Angehörige bei der Pflege empfinden. Folgende Grafik soll zusammenfassend einer kurzen Übersicht dienen:



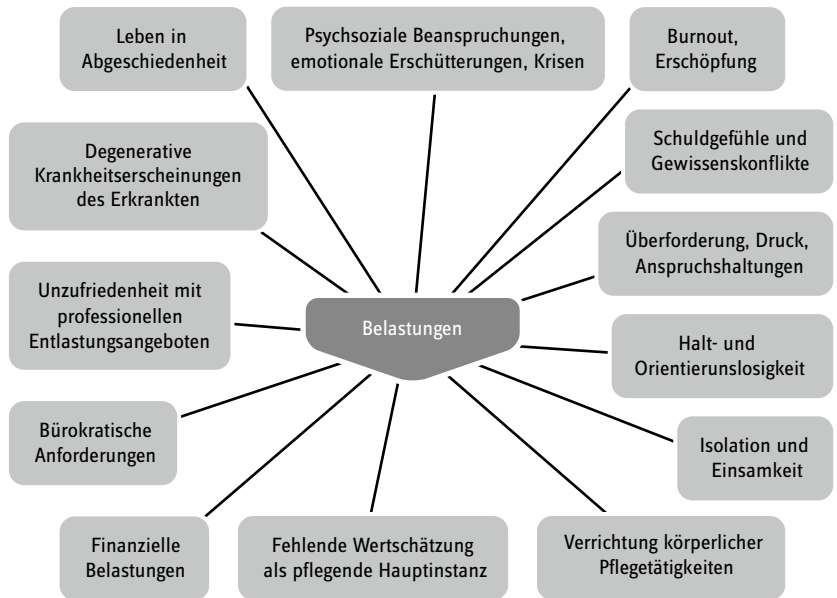


Abb. 63: Berichtete Belastungen pflegender Angehöriger bei der Pflege

Alle Befragten berichten, unter den krankheitsbedingten, degenerativen Erscheinungen ihrer Angehörigen zu leiden. Hierzu gehören v.a. die geistige Desorientierung und der Persönlichkeitsverlust der Menschen mit Demenz, was pflegende Kinder besonders belastet.

„DAS kann ich immer nicht nachvollziehen (...) was sie da wirklich mitbekommt (...) vom Kopf her, was DA oben noch ankommt“ (Herr Be., 140).

„(...) sonst hat man immer das Gefühl: Mensch, warum ist das jetzt da oben nicht angekommen, sag mal, warum fragt sie mich jetzt schon wieder diesen Scheiß?“ (Herr Be., 195-96).

Vor allem pflegende Ehepartner leiden unter dem Verlust der Stärke und Vitalität ihres Partners.

„(...) aber er ist morgens schon, wenn wir gefrühstückt haben, dann liegt er da schon wieder [...] er hat keine Kraft mehr, keine Kraft mehr (weinend), und er hat früher alles gemacht, wir haben hier den Bau hochgezogen“ (Frau Br., 176-81).

„(...) was dazu führt dass die Motorik bei ihm schon nachlässt, die Sprache kaum noch da ist (...) das Sehen, er kann kaum noch gucken, ist z. T. manches Mal verwirrt, nicht immer, aber manchmal, also er kann gar nicht mehr alleine sein, unmöglich, na ja“ (Frau Gl., 19-22).

Mangelnde Anpassungsfähigkeit der erkrankten Person erschwert das Zusammenleben im gleichen Haushalt, v. a., wenn man den Elternteil zur Pflege in diesen aufgenommen hat.

„(...) das war natürlich am Anfang eine ganz, ganz harte Sache für uns, weil meine Mutter hat sich hier nicht zu Hause gefühlt, also sie, die hing so zwischendrin, sie konnte nicht mehr laufen, eh, ihr ganzes Leben ist praktisch über den Haufen geworfen worden, und das war natürlich für sie psychisch eine riesengroße Belastung“ (Frau J., 36-41).

Das Leben mit der Erkrankung weist täglich auf einen fortschreitenden „Abwärtstrend“ hin und konfrontiert immer wieder mit dem bevorstehenden Lebensende der gepflegten Person wie auch des eigenen Lebens. Dies wirft Fragen des persönlichen Alterns auf, im Sinne eines Lebens in Abschiedlichkeit. Pflegende sind gezwungen, sich mit den psychischen Krisen ihrer erkrankten Angehörigen auseinanderzusetzen und diese mit auszuhalten. Nicht selten greifen diese krisenhaften Stimmungen auf das gesamte soziale (Familien-)System über.

„Also dacht ich manchmal, sie sie schafft das gar nicht, sie war auch schon im Krankenhaus, ist sie da gelegen, sie will sterben, das ist doch kein Leben und so. Es gab einige Kämpfe und einiges an Schwierigkeiten, die man da überwinden musste. [...] Und dann war meine Schwester noch da, und dann ist das dann nur noch schlimmer geworden“ (Frau J., 41-47).

Die Hauptpflegepersonen sind dabei starken, expressiven, negativen Emotionen (Angst, Trauer, Wut, Aggression) ausgesetzt, die eine psychologische Beratung und Therapie not-

wendig machen können. Hinzu kommen die vielfältig beschriebene Rollenumkehr pflegender Kinder und der Partnerverlust pflegender Ehepartner.

„Das ist eigentlich nicht mehr der Mensch, den ich mal geheiratet habe, das ist 'ne ganz, ganz fremde Gestalt (...) und wird auch so aggressiv, so verletzend“ (Frau E., 201-203).

„(...) also ich hab auch dann mal eine psychologische Beratung gebraucht, weil ich wusste also echt nimmer, wie, wie und was“ (Frau J., 44-46).

Die Befragten geben an, dass die nachlassenden kommunikativen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person eine konstruktive Problembearbeitung erschweren. Sie sprechen dabei von täglichen emotionalen Erschütterungen, inneren Kämpfen, Ängsten und Sorgen bezüglich der Pflegesituation.

„So viel in der Zeit hatte [sich] an Sorgen bei mir aufgestaut, ich glaube, ich wäre alleine da auch nicht mit fertig geworden“ (Frau Bo., 82-84).

„Aber bis das so weit ist, ist erst mal im eigenen Kopf so eine Erschütterung, wie kommt die jetzt da drauf, ja“ (Frau Ka., 87, 88).

So überrascht es nicht, dass pflegende Familien sich von vielfältigen Zukunftsängsten bedrängt fühlen.

„(...) immer die Angst: Was wird morgen, was wird übermorgen?“ (Frau Bo., 95-96).

Die Hauptpflegepersonen fühlen sich zwar stark beansprucht, sind aber um größtmögliche Lebensqualität und Geborgenheit für den erkrankten Angehörigen bemüht: Sie möchten die Person(en), solange es geht, zu Hause pflegen.

„Ins Altenheim oder so was, das wäre ihr Tod. Wir bringen so was [Kurzzeitpflege] auch nicht übers Herz, weil sie würde irgendwo reingesteckt, und würde total verwirrt werden, so viele fremde Menschen“ (Frau Ka., 91, 92).

Werden eigene Grenzen der Belastbarkeit spürbar, und eine mögliche stationäre Unterbringung rückt in Sicht, kommen meist bedrückende Schuldgefühle und Gewissenskonflikte hinzu.

Die befragten Pflegenden fühlen sich von den beschriebenen Bedingungen überfordert und unter Druck: Die Notwendigkeit, sich der Situation anzunehmen, birgt viel Verantwortung in sich.

„Und dann wurde [ich] gefragt, wo denn die (größten) Schwierigkeiten seien, und dann sagte ich eben ja, dieses Gefühl von riesengroßer Verantwortung“ (Frau Kr., 36, 37).

Oft wurden die Herausforderungen der Pflege anfänglich unterschätzt, oder die Pflegebedürftigkeit „kam mit Macht“, und es mangelt an erkennbaren Pflegealternativen.

„Ja, zu Anfang hab ich gedacht, das ginge alles leichter“ (Frau Ka., 120).

„Aber mir gesagt habe: Ich hab das jetzt angefangen, und nun sieh zu, dass du irgendwie klarkommst weiter noch“ (Herr Be., 20).

Manche der befragten Personen entwickeln in dieser Situation eine Art „Beschützerfunktion“, was sehr an die eigenen Kräfte geht. Andere leiden unter den Folgen eines fehlenden Krankheitswissens.

„(...) da weiß ich dann nicht ist das jetzt äh (...) will er mich damit ärgern (...) oder ist das Krankheit oder was geht in diesem kranken Hirn vor sich? (...) das weiß ich nicht“ (Frau E., 308-310).

Nicht selten stellen die erkrankte Person sowie das soziale Umfeld der Familie hohe Ansprüche an die Hauptpflegeperson (z. B. permanente Verfügbarkeit).

Frau Se.: „Ja, aber wissen Sie, ich kann ja jetzt durch meinen Mann auch nicht reisen, sonst bin ich öfter gereist, oh, war das schön.“

Herr Se.: „Ich bin vielleicht ja auch ein bisschen verwöhnt (...) wenn sie mich nicht zu-  
deckt abends, kann ich gar nicht einschlafen“ (Ehepaar Se., 85-87 und 149-150).

Die Anforderungen der Situation können bei langjähriger Pflege zur sozialen und intellektuellen Vereinsamung und Deprivation führen.

„Ich habe eigentlich nur noch das Telefon (...) und und äh (...) meine paar Leutchen (...) wo ich mal niveauvoll noch ein Gespräch führen kann“ (Frau E., 276-284).

„Ich merk das ja, wenn ich da zu Hause immer rödel, dann ist man ja, irgendwann hat man so das Gefühl: Ich verblöde“ (Herr Be., 268-69).

Pflegende Angehörige können dazu neigen, sich selbst und ihre eigenen Bedürfnisse dauerhaft in den Hintergrund zu stellen. In den Interviews wurde berichtet von:

- Verlust der Selbstbestimmung und Lebensfreude,
- Depression,
- Resignation und
- Aufgabe der persönlichen und beruflichen Freiheit und Weiterentwicklung.

„War jetzt dieser Zeit mal eine Frage da (...) tauchte auf, ob ich eventuell mich für das Presbyter-Amt interessiere (...) würde mich REIZEN, inhaltlich reizen, aber ich werde ablehnen (...) weil (...) ich gar keine Zeit habe und auch so, sagen wir mal, vom Gefühlsmäßigen her gar keine Kraft für habe“ (Herr Be., 271-274).

Als belastend wird in dieser Situation der Mangel an Halt und Orientierung beschrieben. In diesem Zusammenhang wurden meist Dankbarkeit für die Möglichkeiten der Pflegebegleitung sowie Suche oder Verankerung im Glauben geäußert.

„Dieses sichere Gefühl, du hast ja jemand, du kannst da mit reden, die versteht dich, die hilft dir auch in der Weise, ne [...] dieses Verstehen von mir und auch dieses Helfen, also das hatte ich ja vorher nicht“ (Frau Bo., 97-101).

Demgegenüber stellten einige der Befragten die Erfahrung von Wachstum und Stärke durch positiv bewältigte Herausforderungen als Gewinn dar (Selbstwirksamkeitserfah-

rungen). Eine kämpferische Gesinnung sowie veränderte Werte und Einstellungen wurden beschrieben.

„(...) das kann auch nur einer verstehen, der in der gleichen Situation ist, die Kraft, man merkt selbst nicht, wo man selbst bleibt, aber irgendwo sagt man immer jeden Morgen, du musst, du gehst da jetzt, und das schaffst du auch, und dann schaffst man das irgendwo auch, aber da hab ich auch in der Zeit so Kraft gelassen, das hab ich, wie gesagt, hinterher jetzt zu Hause gemerkt, ne, aber, ich lass mich eigentlich auch nicht so ganz schnell unterkriegen“ (Frau Bo., 110-115).

Andere genießen trotz aller Bindung und Gebundenheit die Nähe und Dankbarkeit ihrer gepflegten Angehörigen.

„Aber es ist ja nichts zum Schämen. Ich bin ja FROH, dass ich ihn hab, und ich bedank mich auch jeden Tag bei Gott, dass er mir den geschenkt hat, weil das ist ganz anders, das ist nicht wie [ein] normales Kind, ich hab auch zwei normale Kinder, aber das ist ganz anders“ (Frau C., 21-24).

„(...) weil man den Menschen so in der Obhut hat, sehen Sie mal so, wie mein Mann sagt, abends, wenn er dann zu Bett geht, wir gehen dann meistens zusammen schlafen, dann deck ich ihn so richtig schön zu, und dann gefällt ihm das so, so schön kuschelig und weich und so, und dann fühlt er sich wohl, so geborgen“ (Frau Se., 605-611).

Sofern die befragten pflegenden Angehörigen die Körperpflege der Erkrankten ohne die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes selbst übernehmen, wird dies auch mehr oder weniger als Belastung empfunden. Frauen, die ihre Männer pflegen, fühlen sich hauptsächlich körperlich sehr strapaziert.

„WEIL ich ja nun den kranken Mann hatte, ich muss Blutdruck messen, ich muss dies, ich muss das, ich muss jenes, ich muss ihn wickeln, er ist ja inkontinent und so [...] und dann hab ich, weil ich selber auch herzkrank bin und es doch langsam an die Substanz ging (...)“ (Frau Gl., 51-54).



Kinder, die ihre Eltern pflegen, können dies darüber hinaus auch als starke psychische Belastung empfinden.

„(...) meine Mama [...] also ich hab da persönlich ein Problem mit der Pflege. [...] Ich hatte dann auch so meine Probleme, abends meine Mutter zu waschen und ins Bett zu bringen (...) zu windeln (...) ja? Es hat mir wesentlich MEHR ausgemacht, als ich im Vorfeld dachte“ (Frau T., 105, 131-33).

Jene, die sich die Unterstützung professioneller Dienste suchen, sind mit deren Leistungen nicht selten unzufrieden. Fehlende Qualifikation, Zeitmangel und unangemessener Umgang mit dem (teilweise „widerspenstigen“) Erkrankten werden kritisiert.

„(...) die leisten so ihre Arbeit ab, sag ich jetzt mal, so wie sie das können. Aber man merkt ganz deutlich, wenn die selber in schlechter Verfassung sind oder dass die mit der Mutter nicht so klarkommen, wie sie nun mal ist, sind die einfach überfordert, und dann muss das manchmal ganz schnell und hopp hopp gehen, und dann sind die auch schnell weg“ (Herr Be., 435-42).

Als Hauptpflegepersonen fühlen sich die Befragten oftmals zu wenig von den Diensten ernst genommen und in die Planung integriert. Auch hieraus nährt sich regelmäßig das Gefühl, „ganz auf sich alleine gestellt“ zu sein. Von den befragten Angehörigen gaben alle an, sich von der Organisation der Pflegesituation im Hinblick auf bürokratische Anforderungen überfordert oder belästigt zu fühlen. Sich mit „dem Papierkram“ zusätzlich noch auseinandersetzen zu müssen, belastet.

„Und auch nachher mit dem Pflegetagebuch, musste ich ja auch eins machen, wegen der Einstufung, und da hat die [Pflegebegleiterin] mir auch geholfen, um das aus[zufüllen] und so, das ist so ein bisschen schwierig da mit dem Pflegetagebuch, was die da alles verlangen“ (Herr G., 69-72).

Hierbei entstehen unterschiedlichste Unklarheiten und Fragen, die in der Pflegebegleitung thematisiert werden können. Ist dies nicht möglich, kann das Gefühl entstehen, „unfähig“ zu sein, sich um wichtige Belange zu kümmern. In jedem Falle fühlen sich die Befragten „allein für alles zuständig“, was in der häuslichen Pflege vielseitige negative

Auswirkungen haben kann. Im Kontakt mit Behörden werden meist negative Erfahrungen gesammelt, die als Zurückweisung, Ablehnung und Kommerzialisierung der Pflege auf den Punkt gebracht werden.

„Das war völlig daneben, was der abgerechnet hat, [...] die hatten da fürs morgendliche Spritzen und Strümpfe-Anziehen für den Monat Januar fast 700 Euro berechnet. [...] Und das find ich also schon irgendwie schlimm, wenn Leute, von denen man eigentlich annimmt, dass die ihren Job machen, um den Leuten zu helfen, dass die das jetzt eigentlich nur aus Geldgier machen“ (Frau J., 425-27).

„Weil das alles nur noch in dieser Gesellschaft Kommerz ist, es geht NUR ums GELD, der MENSCH zählt im Prinzip NICHTS, und es muss sich alles rechnen. Und äh SOLCHE Einrichtungen wie 'ne Pflegeeinrichtung oder Kindergarten, Kinderkrippe oder diese sozialen Einrichtungen, das sind Einrichtungen, die sich nicht rechnen KÖNNEN, wenn man menschlich miteinander umgeht, und dazu brauch ich nicht Ökonomie oder sonst was studieren, das ist 'ne ganz normale Sache, dass aus solchen Häusern kein Gewinn gezogen werden DARF!“ (Frau E., 749-755).

Pflegende Familien empfinden sich somit leicht in der „unteren Schublade“ einer „Zweiklassenmedizin“, die eine menschengerechte und würdige Pflegesituation erschwert.

„Wie's sich entwickelt, wie's sich entwickelt, das ist ja schon die Zwei-Klassen-Medizin“ (Frau E., 781-82).

Mit Blick auf die Kosten der Pflege stellt sich für viele die Frage nach dem eigenen Altern. Die Pflegebedürftigkeit stellt sich für einen Großteil der Befragten als finanzielles Risiko dar.

„(...) und ich kann ja nicht zu meinen Enkeln gehen, ich will jetzt Geld für die Pflege und so, aber es geht einfach nicht anders, weil man muss ja auch dran denken, was ist, wenn ich aus irgendeinem Grunde nimmer kann, oder ist, wenn jetzt der Fall eintritt, dass jetzt einer irgendwie, was weiß ich, im Pflegeheim oder sonstwo untergebracht werden muss, dann tritt ja in dem Moment die Situation auf, dass dann irgendwann das Vermögen auch mal aufgebraucht ist“ (Frau J., 260-265).

Für manche bedeutet sie ein gegenwärtiges oder sichtbares Leben am Existenzminimum, und für das Erstreiten finanzieller Hilfen fehlen wiederum die Kraft sowie der Mut, es zu versuchen.

„Er hat Pflegestufe drei (...) wir haben einen Härtefallantrag gestellt (...) aber der ist abgelehnt worden, dreimal (...) weil er zu klein ist, haben sie gesagt, und weil ich ihn selber pflege [...] das war frustrierend, weil wir haben es dreimal probiert, und es ist dreimal nicht gegangen, und dann haben wir aufgegeben“ (Frau C., 233-243).

Bei allen Befragten wurde eine durch die Pflegesituation erhöhte Vulnerabilität und Empfänglichkeit gegenüber Kränkungen durch Dritte festgestellt. Die Dichte der schmerzlichen Erfahrungen kann das gesunde „dicke Fell“ an einigen Stellen ausdünnen. So ist es eine verständliche Folge, dass die befragten Pflegenden über fortwährende Grenzübertritte und Kränkungen ihres Umfelds berichten.

„(...) die sagen auch, wenn er [der Sohn] im Krankenhaus ist, hoffentlich ist es jetzt aus, sagen sie, und dann hast du deine Ruhe, aber so was zu einer Mama!“ (Frau C., 299-300).

„Weil diese oberflächlich gut gemeinten Sprüche, die hängen einem sehr rasch zu den Ohren raus“ (Frau Kr., 213-214).

„Wenn sie z. B. hören würden, in meiner Situation, was man ihnen sagt, ja bei uns macht sie das aber nicht, ja was bringt mir das denn?“ (Frau Ja., 351-52).

#### **5.4.4 Inhalte und Gegenstand der Pflegebegleitung aus Sicht der Angehörigen**

In der durchgeführten Befragung pflegender Angehöriger wurden einerseits Elemente von beratender Informationsweitergabe gefunden, andererseits Elemente der psychosozialen Begleitung und empathischen Anteilnahme am Alltag und an den Nöten der pflegenden Angehörigen.

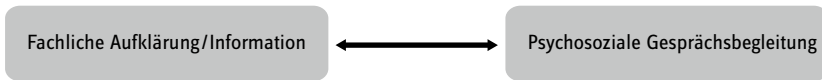


Abb. 64: Gegenstand der Pflegebegleitung

Pflegebegleitung bewegt sich nach Lage der Daten zwischen diesen beiden Polen. Sie kann gleichermaßen beides enthalten, aber auch je nach Phase der Pflegebegleitung zu einem der Pole tendieren.

Klärung von Unklarheiten und Unsicherheiten <sup>22</sup>	Reflexion der aktuellen häuslichen Pflegesituation
<p>Pflegebegleiter geben hilfreiche Tipps und informieren u. a. über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mögliche Hilfsmittel (Pflegebett, Pflegebad)</li> <li>- Behörden und Formalitäten (Pflegetagebuch, Patientenverfügung, Betreuungsvollmacht)</li> <li>- Rechtliches (SGB XI, Pflegestufen: Ein- bzw. Höherstufung)</li> <li>- Medizinisches (Krankheitsinformation, Medikation, Nebenwirkungen)</li> </ul>	<p>Auf psychosozialer Ebene geht es um den Austausch im (Pflege-Insider-)Gespräch und empathische Anteilnahme, weiterhin um eine Reflexion der möglichen Chancen von Pflege sowie um eine Klärung der alltäglichen Pflegesituation. Gemeinsam werden neue Perspektiven und Möglichkeiten entwickelt und individuelle Wege (sog. Lösungen<sup>23</sup>) zur Verbesserung der Lage gesucht. Dabei geben Pflegebegleiter Anstöße und Anregungen und stärken den pflegenden Angehörigen im Gespräch.</p> <p>In akuten Notsituationen ist es für die pflegenden Angehörigen wichtig, die Pflegebegleiter jederzeit mit ihren Fragen und Sorgen erreichen zu können und verlässliche Hilfe zu erhalten – ebenso kann es aber auch ein Gegenstand der Begleitung sein, gemeinsam entspannende Aktivitäten zu unternehmen (Theaterbesuch) und so Abstand zu gewinnen und neue Kraft zu schöpfen.</p>

Tab. 5: Pflegebegleitung zwischen Information und Reflexion

<sup>22</sup> Vgl. hierzu in allen Punkten die Ergebnisse des Dokumentationsbogens, Kapitel 5.3.

<sup>23</sup> Herr B., 55-57, Herr H., 52-53.

Beispiel:

Pflegebegleiter beraten auch bezüglich Entlastungs- und Unterstützungsangeboten:

- Demenzcafés
- Tagespflege
- Ambulante Pflegedienste
- Stationäre Kurzzeitpflege

Sie vermitteln Netzwerke und Kontakte zu:

- Gesprächskreisen für pflegende Angehörige
- Alzheimergesellschaft
- Fachvorträgen

Sie übernehmen somit die wichtige Funktion des „Türöffners“ im Pflegesystem.

„Also es ist halt einfach, wenn man selber keine Erfahrung hat und weiß selber nicht, erst mal: Wer kann einem da helfen?“ (Frau J., 242-4).

#### **5.4.5 Subjektiv erlebter Nutzen von Pflegebegleitung**

Wie schätzen die Pflegebegleiter selbst ihre unmittelbare Wirkung innerhalb ihrer Kontakte ein? Wie lässt sich die Wirkweise der Pflegebegleiter beschreiben? Kann Pflegebegleitung die hauptsächlichen Evaluationsziele – wie Brückenfunktion, Stabilisierung, Zuhören – einlösen?

Um die Wirkung in unterschiedlichen Facetten und aus unterschiedlichen Perspektiven beschreiben zu können, erfolgt die Ergebnisdarstellung auf der Grundlage der berichteten Gewinne der befragten Angehörigen aus der Pflegebegleitung (qualitative Untersuchung: Interviews, Kapitel 3.2.1). Auf die Ergebnisse der quantitativen Untersuchungen wird an den entsprechenden Stellen Bezug genommen.

Pflegende Angehörige ziehen aus der Begleitung v. a. Regeneration, psychisch-seelische Stabilisierung, Sicherheit und Wohlbefinden. Folgende Übersicht soll einige zentrale Gewinne zusammenfassend darstellen:

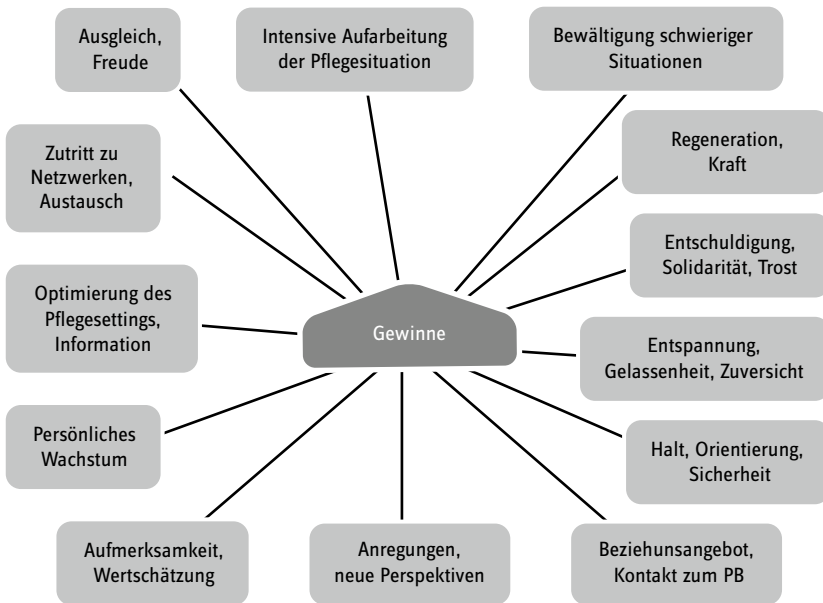


Abb. 65: Was pflegende Angehörige durch Begleitung gewinnen

Im Einzelnen wurde berichtet, dass die Information und Aufklärung bei medizinischen, rechtlichen, formalen Unsicherheiten zu einem besseren Verständnis der Situation und somit zu größerer Orientierung und (Selbst-)Sicherheit führt.

„Ja und mit diesem Wissen, damit hatte ich ja auch gegenüber den Ärzten, hatte ja dann ein ein ganz anderes (...). Ich hatte ja durch sie Feedback bekommen, ja ich wusste ja, dass ich auftreten muss, und sag: ‚Nee, also so und so, das können Sie nicht machen‘“ (Frau T., 18).

Speziell die vermehrte Krankheitseinsicht (z. B. bei Demenz) erleichtert den Umgang mit der gepflegten Person. Die Vermittlung und Ermöglichung eines Zutritts zu Netzwerken erlaubt zum einen den Austausch mit anderen Betroffenen, zum anderen das Gewinnen hilfreicher Kontakte und Unterstützungsmöglichkeiten (Türöffnerfunktion).

„(...) als dann so die ersten Vorschläge kamen, so mit Tagespflege und so weiter, und die hab ich dann umgesetzt“ (Herr B., 89).

Die Pflegebegleitertätigkeiten, die auf die Organisation von Entlastung sowie auf die Schaffung von Transparenz hinsichtlich konkreter Entlastungsmöglichkeiten zielen, wurden bereits hinreichend dargestellt.

Bei der subjektiven Einschätzung der eigenen Wirkung auf die Frage „Die heutige Pflegebegleitertätigkeit hat meiner Meinung nach Folgendes bei dem pflegenden Angehörigen bewirkt“ kann auf die Daten der Dokumentationsbögen Bezug genommen werden. Diese liefern in diesem Kontext noch weitere Einsichten. Zusammenfassend können folgende Aktivitäten benannt werden:

#### Organisation von Erleichterungen

- ... konkrete Erleichterungen:

Familie vermehrt einbinden - Organisation von Hilfsmitteln und Hilfsmaßnahmen - alternative Betreuungs- und Pflegemöglichkeiten erwogen und eingeführt - gezielter Einsatz professioneller Dienste - Pflegeplan gemeinsam erarbeitet - Alltagserleichterungen - Betreuung eingerichtet - stundenweise Pfleger gefunden - Wohnungsenträmpelung - Organisation der Versorgung des zu Pflegenden bei Abwesenheit des pflegenden Angehörigen

#### Öffnung nach außen

- ... zu Gruppen:

zu Angehörigengruppen u. ä. - Hinweise und Kontaktadressen - Aufklärung über Netzwerke - Vorhaben, beim Aufbau von Angehörigentreffpunkt mitzuwirken

Tab. 6: Konkrete Erleichterungen durch Pflegebegleitung

Zusätzlich brachte die Befragung der Zielgruppe anhand der Postkarte das Ergebnis, dass insgesamt 87,8% der befragten pflegenden Angehörigen absolut bzw. ziemlich zustimmen, dass sie durch Pflegebegleitung mehr unterstützende Angebote in Anspruch nehmen bzw. es (zumindest) vorhaben.

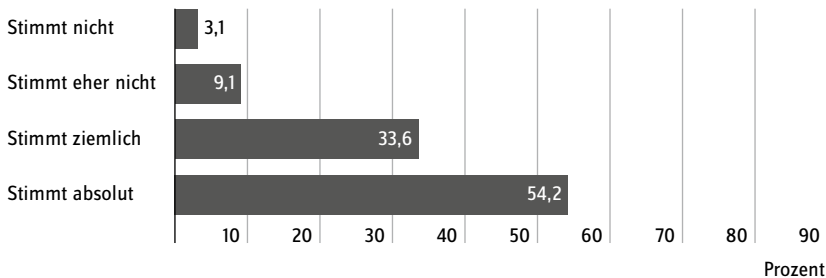


Abb. 66: „Durch die Pflegebegleitung nehme ich mehr unterstützende Angebote in Anspruch bzw. habe es vor (z.B. Pflegedienst, Selbsthilfegruppe ...)“

Das Projektziel der Schaffung einer „Brückenfunktion von Pflegebegleitung“ kann somit als eingelöst betrachtet werden.

Neben diesem sehr praktischen Nutzen nimmt die psychisch-seelische Stabilisierung der begleiteten pflegenden Angehörigen eine zentrale Rolle ein. Die Befragten geben an, einen wertvollen, empathischen Ansprechpartner („par excellence“, Herr B., 65-68) gewonnen zu haben, der im Alltag, aber auch insbesondere in überfordernden Krisensituationen „einfach da ist“, „menschlich zur Seite steht“ (Frau T., 19) und zuhört (siehe auch Ergebnisse zu Abb. 68).

„Wenn ich in Not bin, ich kann mit keinem anderen dann weitersprechen, dass ich einfach dann auch jemanden habe, der hört zu und ich weiß, der fühlt auch mit mir und der gibt mir auch irgendwie wieder so die Kraft dann wieder, dieses einfach, dieses Aussprechen. Da ist jemand. Das bringt mir unheimlich viel“ (Frau B., 23-24).

So kann die tägliche Pflegesituation geklärt und reflektiert werden. Pflegebegleiter ermöglichen es, die eigenen „Scheuklappen abzulegen“ und neue Perspektiven einzunehmen („anders mal wieder an die Sache rangehen“, Frau K., 62). Bisher nicht wahrgenommene Möglichkeiten zur Verbesserung und Weiterentwicklung des Pflegesettings („Anstöße, die man im täglichen Leben nicht mehr so richtig wahrnimmt [...] Wenn man denkt, das wird nicht und ist nicht“, Frau G., 32) geraten in den Blick.



„Eine sehr gut zuhörende Person, mit der man da gut reden kann und die auch durch ein paar kurze Fragen einem, sag ich mal, aus einer gewissen Not herausboxen KANN und sagen kann: „Denk mal in DIE Richtung oder in DIE Richtung“ (Herr B., 76-77).

Bisher unbewusste Wachstumschancen der Pflege werden so deutlich. Pflegebegleiter geben hier hilfreiche Anregungen und Denkanstöße und vermitteln den Mut, neue Wege zu gehen.

„Aber wenn man den Anstoß kriegt, dann ist es eben doch, hat man mehr Mut, wieder die Sache anzugehen“ (Frau G., 32).

Pflegebegleitung wird als „Stütze und Halt“ erlebt:

„Es hat mir unwahrscheinlich viel gebracht, ich hätte es in der Zeit nicht alleine geschafft (...) da ist sie mir eine ganz große Stütze gewesen. [...] Dann setzten wir uns ganz in Ruhe hin, und dann kann ich alles fragen und, ich habe dann auch, wenn ich Probleme habe, sie gibt mir auch ganz gute Ratschläge, weil wenn man so in der Situation ist, man weiß manchmal gar nicht, ob man das Richtige dann macht, und wenn ich dann sage: ‚Mensch, ich hab gedacht, so‘, dann sagt sie aber von sich aus: ‚Ja, so könnte man das auch vielleicht‘. Auch schon, also dass ich da richtig eine Stütze habe und denke, ja sicher, so kann man es ja machen, ne, und es hilft mir immens, baut mich jedes Mal neu auf“ (Frau B., 11-15).

Diese „Stütze“ sowie die Anwesenheit eines Gesprächspartners „bauen auf“ und stabilisieren die Gesamtsituation.

Diese Erkenntnis wird wiederum durch die anonyme Befragung anhand der Postkarte bestätigt. Denn insgesamt 87,5% der befragten pflegenden Angehörigen stimmen der Aussage absolut bzw. ziemlich zu.

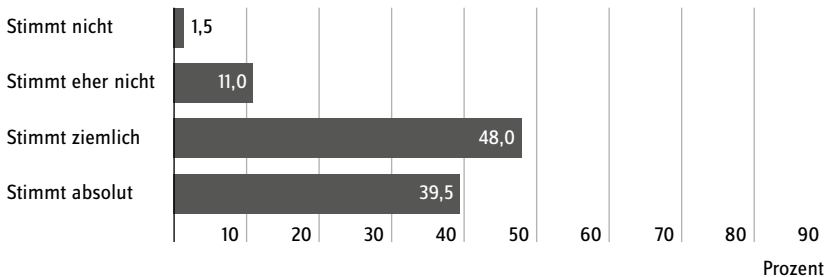


Abb. 67: „Durch die Pflegebegleitung habe ich das Gefühl, dass sich für mich die häusliche Pflegesituation stabilisiert hat“

Dabei scheint die stabilisierende Wirkung der Pflegebegleitung - wie oben bereits teilweise genannt und durch die kategoriale Auswertung der Dokumentationsbögen belegt - begründet zu sein durch:

- das Ingangbringen von Klärungsprozessen:
  - ... durch Information
  - ... durch Reflexion
  - ... Anstöße und Anregungen (z. B. dringend ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen)
  - ... neue Sichtweisen
- die Begleitung bei Behördenkontakten, das Voranbringen und Abschließen von Formalitäten und dadurch das Nehmen finanzieller Ängste
- eine gewisse Erleichterung:
  - ... des emotionalen Zustands der pflegenden Angehörigen
  - ... auch mit Blick auf die Zukunft (Zuversicht, die nächste Zeit „meistern zu können“)
- und die Stärkung deren Selbstwertgefühls:
  - ... in der Pflege
  - ... in der Persönlichkeit (z. B. Mut, zu sich zu stehen, Recht auf Eigenständigkeit, sich mehr zuzutrauen, auch mal Nein sagen zu können)

Diese Formen der Unterstützung und Begleitung bewirken neue Kraft und Energie für die Pflegeaufgabe. Die pflegenden Angehörigen gewinnen durch den Pflegebegleiter mehr Durchhaltevermögen, Entschlossenheit und Motivation.

Das Projektziel einer stabilisierenden Funktion von Pflegebegleitung kann demnach ebenfalls als erfüllt betrachtet werden.

Damit sind die Tätigkeit des Zuhörens und die Anwesenheit als Gesprächspartner unweigerlich verbunden, wie bereits mehrfach erwähnt. Pflegende Angehörige berichten, dass es so möglich ist, sich (auch einmal) fallen zu lassen mit der Sicherheit, (psychisch) aufgefangen zu werden.

„Also für mich hat es ganz viel gebracht, ich glaube, ich wäre heute nicht so, wo ich jetzt wäre, weil irgendwann lässt auch eine Kraft nach, und dann kann man nicht mehr, und wenn man sieht, dass das nicht so alles gepackt wird, man kann zwischendurch, ich sag mal, ich kann mich ja einfach so bei ihr fallen lassen und alles sagen, und das ist so wichtig, ne“ (Frau B., 6).

„Sagen wir mal so, dieses Auffangen. Wenn man, naja, genauso wie den Tag, wo die sagten, ja also nächste Woche entlassen wir ihre Mutter da. Und ich sagte dann erst mal: ‚Nee, des geht nicht.‘ Ich bin wie in ein tiefes Loch gefallen. Vollkommene Panik. Panik. Hilflosigkeit. WUT. Und so in dem Moment wurde ich von ihr sozusagen aufgefangen. So nach der Devise: Du bist nicht allein. Hier ist jemand. Wenn was ist, dann kannst du schreien, ich helfe dir“ (Frau T., 48).

Die pflegenden Angehörigen schätzen das beruhigende Gefühl, nicht allein (gelassen) zu sein. Schon allein das Wissen darum, dass es die Pflegebegleiter in einer potenziellen Unterstützungsfunktion gibt, entlastet auf seine Weise. Die Pflegebegleitung wird wahrgenommen als verlässliche Anlaufstelle, als „offenes“ Gesprächsangebot, das „immer“ – also auch in schwierigen Zeiten, in Krisen, an Feiertagen usw. – in Anspruch genommen werden kann.

Somit ist auch das Projektziel der Schaffung eines niedrigschwiligen Gesprächsangebots erfüllt, was das Ergebnis der Postkartenauswertung eindeutig bestätigt.

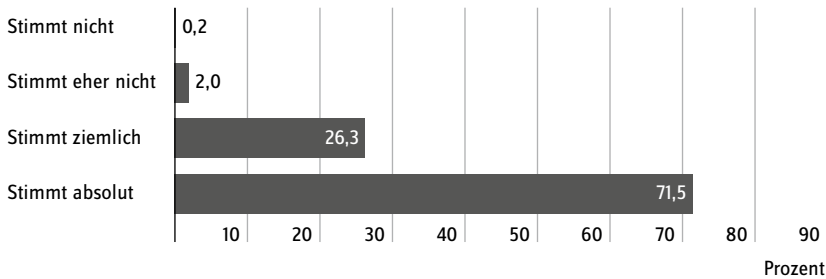


Abb. 68: „Durch die Pflegebegleitung habe ich einen begleitenden Gesprächspartner gewonnen“

Insgesamt 97,8% der befragten pflegenden Angehörigen stimmen absolut bzw. ziemlich zu, dass sie durch die Pflegebegleitung einen begleitenden Gesprächspartner gewonnen haben. Dadurch erfahren sie Verständnis und Aufmerksamkeit.

„Dieses Gespräch bei mir zu Hause, das hat mir so gut getan (...) alleine darüber zu sprechen, dieses Verständnis von jemandem“ (Frau K., 28).

Die tägliche Arbeit mit der Pflege wird anerkannt und wertgeschätzt.

Bei in der Begleitung geäußerten Sorgen und Ängsten erfahren pflegende Angehörige subjektiv empfundenen Trost und Stärke (ohne Bagatellisierung und „oberflächlich gut gemeinte Sprüche“ (Frau K., 13-15, 37-39) (vgl. hierzu auch Kapitel 5.3.2)).

„Es hilft, es es hat mir, also dieses Gespräch hat mir so gut getan, dass ich abends direkt zu meinem Mann gegangen und ich hab gesagt, so, wir können hier stundenlang darüber reden, du kannst auch sagen: ‚Ja, du tust mir leid‘, das hilft mir nicht soviel, wie als wenn ich mit jemandem darüber spreche, der mich dann auch so aufbaut, ne, (...) weil die Situation wird ja nicht anders“ (Frau K., 60).

Diese Erfahrung der gelebten Nachbarschaftlichkeit und das Gefühl der Solidarität sind für die pflegenden Angehörigen von großer Bedeutung.

„(...) sich die Zeit nimmt, obwohl sie dafür im Prinzip nichts bekommt. Ja, sich die Zeit nimmt, MIR zuzuhören, sich für mich die Zeit nimmt, obwohl ich ein Mensch bin, den

sie noch nie in ihrem Leben gesehen hat. Sich um 'ne Familie kümmert, die sie nie kennengelernt hat" (Frau T., 54-55).

In der Pflegebegleitung finden sie einen Ansprechpartner „nur für sich alleine“ (Herr H., 16). Der vertrauensvolle Austausch zwischen Pflegebegleiter und pflegendem Angehörigen ermöglicht auch ein intensives Aufarbeiten der persönlichen und biografischen Situation. Vermeintlich „schlechte“ Gedanken und (Schuld-)Gefühle können vom pflegenden Angehörigen offenbart und infolgedessen von dem Pflegebegleiter als ganz natürlich dargestellt und legitimiert werden: Es erfolgt eine Ent-Lastung durch Ent-Schuldigung.

„Dass ich da jemand haben konnte oder hatte, der mir einfach zugehört hat. Und der mir auch gesagt hat: ‚Du bist keine schlechte Tochter, wenn du das machst. Das ist in Ordnung‘“ (Frau T., 59).

Pflegende Angehörige berichten von einer persönlichen Weiterentwicklung, von einem größeren Maß an Gelassenheit (Frau G., 40). Der Pflegebegleiter kann das Ventil sein, durch das Hochspannung und Druck umgewandelt werden können (Frau T., 176-180). Als Folge stellen sich Beruhigung und Entspannung ein.

„JEDER, der das noch nicht durchgemacht hat in der Familie, der kann überhaupt gar nicht einschätzen, wie wertvoll so was ist. Und zwischenzeitlich, sie hat mich dann sozusagen, wenn ich dann so nervlich, so [verstellt ihre Stimme; sehr hoch] kurz vor dem Abspringen war, dann hat sie mich immer wieder runtergeholt“ (Frau T., 92).  
„Dass ich ruhiger geworden bin. Es war ja so, ich hab ja z.T. meinen Sohn wegen nichts angebrüllt“ (94).

In der Begleitung ist es ebenso möglich, einmal „abzuschalten“ und neue Kraft zu tanken.

„Und wenn sie kommt und es war schönes Wetter, dann machen wir unser Gespräch draußen im Garten, und dann ist das eigentlich immer so ein bisschen abschalten, ein bisschen mal was loswerden (...) [leise] das ist sehr schön“ (Frau E., 45).

Diese Regeneration zeigt sich auch darin, wieder durchatmen, wieder einmal lachen und „aus der Traurigkeit rauskommen“ oder auch durchschlafen zu können.

„Und wenn sie auch weggeht (...) dann ist bei mir irgendwo, ich fühl mich dann so irgendwie ganz gut, weil ich hab über alles reden können, ich hab auch Luft machen können. Das ist bei mir dann, wenn ich darüber geredet habe, ist bei mir Luft, dann dann ich sagen, ich kann Neues wieder anfangen, ja, vielleicht hört sich das komisch an, aber so ist das“ (Frau Bo., 63-64).

„Und so schwer, wie das auch war und auch ist, aber wir konnten mal lachen. Meine Tochter hinterher: ‚Mama, ich hab dich mal lachen gesehen‘, ne.“

„Ich fühle mich schon besser. Ich kann jetzt auch nachts wieder durchschlafen“ (Frau T., 111-113).

Auch in der anonymen Befragung der Zielgruppe bilden sich schon in der relativ kurzen Dauer der Begleitungstätigkeiten subjektiv empfundene Effekte deutlich ab.

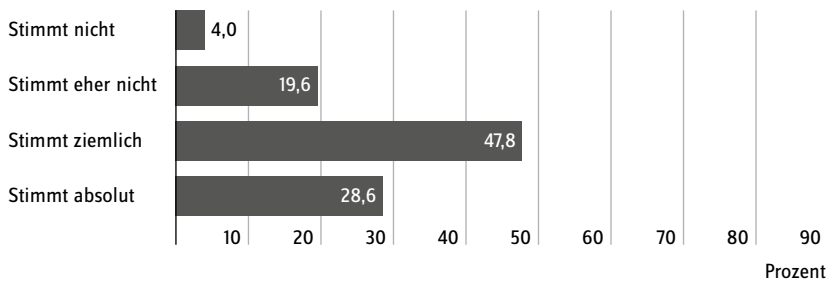


Abb. 69: „Durch die Pflegebegleitung hat sich meine Gesundheit zum Positiven verändert“

Insgesamt 76,4% der befragten pflegenden Angehörigen stimmen absolut bzw. ziemlich der Aussage zu, dass sich durch Pflegebegleitung ihre eigene Gesundheit zum Positiven verändert hat. Auch zu diesem Thema finden sich weitergehende Hinweise in den Dokumentationsbögen, z. B. auf welchen Faktoren die empfundene Veränderung aus Sicht der Pflegebegleiter beruht.

### Öffnung nach außen

- ... zu Freunden und Bekannten:

mal wieder alte Freunde treffen - Kontakte auffrischen - sich um alte Bekanntschaften bemühen - neue Kontakte verstärkt suchen

- ... Freizeitaktivitäten:

Sportangebot wahrnehmen - mal wieder zur Kegelgruppe - bummeln - schwimmen, Gymnastik - Zeit für sich

### Erleichterung

- ... positives Denken und Lebensfreude:

fröhlicher sein - Platz für Freude geschaffen - mal wieder lachen

### Selbtpflege

- ... Haltung und Einstellung:

versuchen, mehr Zeit für sich selbst zu finden - „Recht auf Auszeiten“ erkannt - „Mut zum eigenen Ich“ - sich selbst nicht vergessen - Wertschätzung annehmen können - Bedürfnisse und Wünsche äußern können - Erkenntnis: kein schlechtes Gewissen nötig, wenn man einmal an sich denkt - Bedeutung von eigener Gesundheit wahrnehmen, um „in der Pflege leistungsfähig zu bleiben“

- ... Auszeiten, Erholung, Freizeit, Abwechslung:

Zeit für sich selbst einplanen - Urlaub verwirklicht - Freizeit und Hobbys ausgebaut - kulturelle Veranstaltung als längst überfällige Abwechslung - „helle Freude“ über ungestörte Freizeit - „Regelrechtes Glücksgefühl“

- ... gemeinsam mit und durch Pflegebegleitung:

gemeinsame Spaziergänge und körperliche Betätigung - Spiele - einmal „allein“ Besuch bekommen - gemeinsame Ausflüge - Entspannung - im Mittelpunkt stehen - gesehen werden - Abbau von Langeweile - Unterhaltung

- ... dadurch:

weniger Depression - Planung einer Reha-Kur - sich um die eigene Gesundheit kümmern (Bluthochdruck, Motorik ...) - festgestellte positive Gewichtszunahme - psychisch stabiler sein - „mir geht es besser“

Tab. 7: Empfundene Veränderungen bei den pflegenden Angehörigen - aus Sicht der Pflegebegleiter

Durch die erfahrene Stärkung erleben sich pflegende Angehörige demnach wiederum in einem höheren Maße als selbstbewusst, selbstsicher und selbstwirksam. Dies wirkt sich positiv auf ihr Wohlbefinden aus und erleichtert es, auch schwierige Pflegesituationen zu bewältigen, durchzustehen und zu verbessern.

Pflegebegleitung vermittelt auch in krisenhaften Situationen eine gangbare Perspektive, die Hoffnung stiftet (Frau T., 160). Dabei begleiten Pflegebegleiter pflegende Angehörige auf ihrem selbst gewählten Weg in die Zukunft.

„Und wenn sie mal auch im Moment meint, die Welt bricht zusammen oder sonst irgendwas. Es ist nicht so, es GEHT weiter. Und wenn weitergeht, dass man erst mal sagt: ‚HILFE, ich steck im Chaos.‘ Ich hab auch gedacht in dem Moment: ‚Oh Gott, wie soll es weitergehen.‘ Aber es wird einem geholfen, und wenn es durch einen amtlichen Anruf ist bei der AWO und man dann mit einem Mal eine Pflegebegleiterin ein paar Stunden später mit der telefoniert und sagt: ‚Okay, es geht weiter.‘ [...] Das ist nicht mit GELD zu bezahlen. Das ist neuer Lebensmut. Vorwärtsdenken. Sich nicht verbuddeln müssen oder ausm Fenster springen, also jetzt mal krass gesagt, vor lauter Panik aus dem Fenster springen wollen oder sonst irgendwas. Sondern VORWÄRTS gehen. Und ein Schritt nach dem anderen. Und bei jedem Schritt im Prinzip begleitet werden“ (Frau T., 160).

#### **5.4.6 Wunsch nach weiterer Begleitung**

Sowohl in den Interviews mit pflegenden Angehörigen als auch auf der Postkarte bezog sich eine Fragerubrik auf die Auseinandersetzung mit der Möglichkeit, dass die Pflegebegleitung nicht auf langfristige Dauer angelegt sein könnte, dass sie aufgrund unterschiedlicher Einflussfaktoren auch zu Ende gehen kann. Die in den Interviews dazu geäußerten Gedanken sind in der folgenden Abbildung zusammenfassend dargestellt.



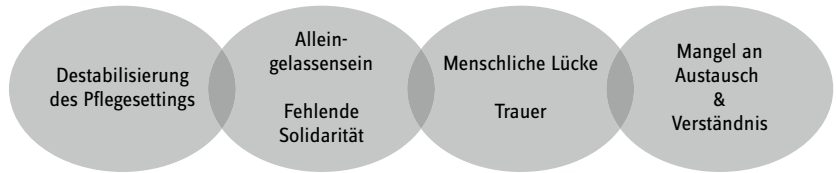


Abb. 70: Wenn Begleitung wegfallen würde: Aspekte

Es wird v. a. deutlich, dass das Gefühl, wieder allein gelassen zu werden, zu einer Destabilisierung des Pflegesettings führen würde. Das Element der Sicherheit in der Situation würde wegbrechen oder abnehmen. Sie würden den Austausch mit dem Pflegebegleiter und das entgegengebrachte Verständnis vermissen. Emotional bezeichnen sie es als mit Trauer besetztes Empfinden. In ihrem Pflegesetting ist die Begleitung zum festen Bestandteil (u. a. der Regeneration) geworden, der nicht durch etwas anderes beliebig ersetzbar scheint. Ebenso wäre das nachbarschaftliche Miteinander dadurch nicht mehr in diesem Maße oder gar nicht mehr gegeben.

Auch in den Dokumentationsbögen wurde gefragt, ob bei den begleiteten Personen der Wunsch nach weiteren Besuchen bestünde.

Das Ergebnis ist eindeutig: In 93,8% der Fälle bestand der Wunsch nach weiteren Besuchen des Pflegebegleiters.

Waren keine weiteren Begleitungen gewünscht, meldeten sich die pflegenden Angehörigen nach Bedarf bei der Pflegebegleitung wieder bzw. war der zu Pflegenden in der Zwischenzeit bereits verstorben.

Zudem untermauern die Rückmeldungen der Postkarte die Akzeptanz des Angebots in klarer und überzeugender Weise: Insgesamt 99,1% der befragten pflegenden Angehörigen stimmten absolut bzw. ziemlich zu, dass Pflegebegleitung auch weiterhin angeboten werden sollte. Die eindeutigen Voten für „absolut“ betragen dabei 88,9%. Keine befragte Person stimmte gegen das Angebot.

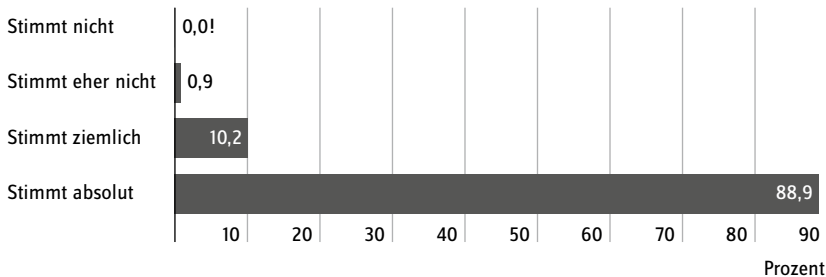


Abb. 71: „Pflegebegleitung sollte auch weiterhin angeboten werden“

So wünschen sich begleitete Angehörige also eine Fortsetzung der Pflegebegleitung, ohne die ihnen Austausch, Verständnis, Solidarität und das menschliche Gegenüber des Pflegebegleiters fehlen würde. Insgesamt würde ihnen Sicherheit und Orientierung verloren gehen.

„(...) also ich könnte mir das nicht mehr vorstellen, dass die Frau L. nicht kommt, ja? Sie gehört einfach mit dazu für mich. [...] Da wär ich traurig, weil wir uns auch aneinander, so also aus meiner Sicht, ich weiß nicht, wie's ihr geht, aber ich äh, das spürt man ja eigentlich, dass man miteinander kann, ja?“ (Frau E., 459-466).

„Wenn die [Möglichkeit der Pflegebegleitung] auf einmal weg wäre, wär das natürlich ganz SCHLECHT [...] ich sag einfach mal, GRUNDSÄTZLICH wäre es ganz schlecht, wenn SIE NICHT da wäre“ (Herr Be., 39-94).

„Ja also, ich bin dafür wenn ich irgendwo eine Stimme im Bundestag hätte, ich bin dafür!“ (Frau E., 487).

#### 5.4.7 Biografisch-narrative Anteile der Interviews

In den Interviews berichten die pflegenden Angehörigen auch über ihre eigenen Erfahrungen in der Pflegesituation, die im Folgenden übersichtsartig zusammengefasst werden. Darin spiegeln sich wichtige Hinweise auf die Bedürfnislagen von pflegenden Angehörigen wider und wie die Pflegebegleitung darauf antworten kann.

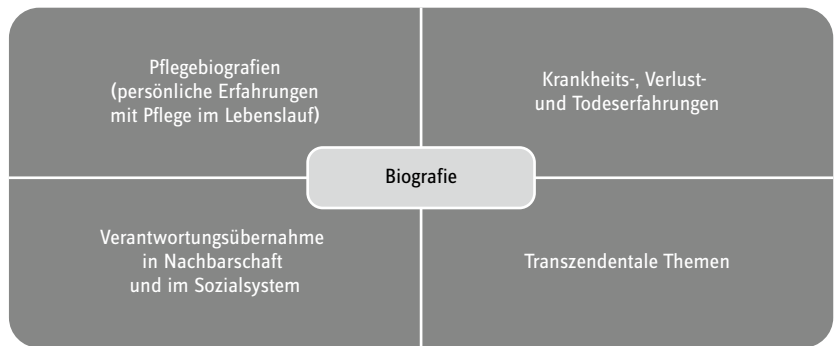


Abb. 72: Biografisch-narrative Anteile der Interviews

Die biografischen Erzählungen der pflegenden Angehörigen hatten meist auch persönliche Pflegeerfahrungen zum Thema, die über die aktuelle Pflegesituation hinausgingen, diese aber eindeutig beeinflussten. Frühe berufliche und/oder private Erfahrungen in diesem Bereich führten oftmals dazu, dass auch die gegenwärtige Pflege übernommen wurde. Einige der Befragten schienen sich innerhalb ihres sozialen Bezugssystems beinahe dazu „berufen“ zu fühlen. In diesem Zusammenhang wurden über negative bis hin zu traumatischen Krankheits- und Todeserfahrungen von Familienmitgliedern berichtet.

„Mein Mann ist vor neun Jahren gestorben, den hatte ich zwar auch ein bisschen zu pflegen, weil das Bein amputiert war, nachher [ist er] ganz elends gestorben“ (Frau Ka., 18-20).

„Mein Vater ist ja nun im Krankenhaus gestorben, und mein Vater hat wochen- und monatelang vorher schwer gelitten, also richtig böse gelitten, der war durchgelegen, der hatte nichts weiter als Schmerzen im Prinzip schon über ein Jahr, bevor er gestorben ist also [...] Ich bin noch in therapeutischer Behandlung [deshalb]“ (Frau T., 707-718).

Jahrestage erinnern regelmäßig unangenehm daran. Frühere Erfahrungen mit stationären Einrichtungen der Pflege führen in der Gegenwart dazu, den eigenen erkrankten Angehörigen so lange wie möglich in der Häuslichkeit zu pflegen.

---

„Die stationäre Unterbringung äh, ich hab das mit dem Vater mitgemacht und möchte dankend für sie drauf verzichten, um das mal deutlich zu sagen, da stehen mir heute noch die Haare zu Berge. [...] Und wenn ich mir dann so vorstelle, dass MÖGLICHERWEISE das mit Mutter GENAUSO losgeht, möchte ich lieber erst darauf verzichten!“ (Herr B., 51-61).

Die Wahrung der persönlichen Würde der betreffenden Person wird eher in der Häuslichkeit als möglich angesehen. So haben frühere Pflegeerfahrungen starke Auswirkungen auf die Pflege der Angehörigen, aber auch auf die Gestaltung des eigenen Alterns, der letzten Lebensphase. In diesem Zusammenhang wurden transzendente Themen aufgeworfen, die Jenseitsvorstellungen und eigene religiöse Ansichten zum Gegenstand hatten.

#### **5.4.8 Wünsche für die Zukunft**

In den Interviewsequenzen, die sich auf die Zukunft beziehen, dominiert der Wunsch nach einem Leben in guter Balance. Es steht keineswegs der Wunsch im Vordergrund, die Pflegesituation zu beenden, sondern es wird nach Möglichkeiten gesucht, Pflege und eigene Bedürfnisse im Sinne einer Life-Care-Balance<sup>24</sup> besser miteinander in Einklang bringen zu können, wie es in der folgenden Abbildung dargestellt wird.

---

<sup>24</sup> Begriff in Analogie zu „Work-Life-Balance“.



Abb. 73: „Life-Care-Balance“

Beschrieben wird damit der Wunsch pflegender Angehöriger, den „Status quo“ der Pflegesituation sichern oder auch verbessern zu können – so viel wie möglich für den gepflegten Angehörigen zu tun und dabei selbst noch ein „gutes Leben“ führen zu können. Ein gutes Leben bedeutet für sie Gesundheit, Harmonie, seelisch-geistiges Wohlbefinden und Balance. Hierzu benötigen sie weiterhin die Pflegebegleitung, um selbst stabil zu sein. Eigene Gesundheit sehen sie als Voraussetzung dazu an, den Angehörigen weiterhin angemessen und liebevoll pflegen zu können, mit der Person weiterhin zusammenzuleben und gemeinsame Erfahrungen zu sammeln.

„Dass ich ihm helfen kann, wo es eben noch geht, dass der liebe Gott mich noch ein bisschen dalässt, um ihm zu helfen, ja, das sind eigentlich meine Wünsche, ne, und, also einfach nur das, ne, Gesundheit, wenn wir uns das wünschen könnten, ja“ (Frau Bo., 217-218).

Für den Erkrankten wünschen sie sich größtmögliche Selbstständigkeit, dass sich dessen persönliche Wünsche erfüllen lassen, und einen sanften Tod. Mit Blick auf die eigene Familie wünschen sich die Befragten Offenheit im Umgang miteinander, Frieden und moralische Unterstützung.

„Also, ich wünschte mir mehr moralische Unterstützung, nicht von meiner Familie hier, sondern [...] von den Geschwistern meines Mannes, in dem Bereich wünschte ich mir mehr Offenheit im Gespräch“ (Frau Ka., 344-47).

Manche der Befragten wünschen sich sehr konkret neue, finanzierbare Perspektiven für ihre Pflegesituation und persönlichen Freiraum.

„(...) also wenn ich drei Wünsche frei hätte, dann würde ICH mir wünschen für den Fall, dass ICH meinen Mann nicht mehr pflegen kann, das wird ja eines Tages eintreten, dass ich eine PFLEGEstelle finde, wo er gut aufgehoben ist, wo er nicht nur verwahrt wird, und was bezahlbar ist, dass mir noch Luft zum Atmen und zum Leben bleibt“ (Frau E., 732-36).

„(...) weil ich bin jetzt an dem Punkt, wo ich sage, ich hab ein RECHT auf mein EIGENES LEBEN noch, ich MÖCHTE noch ein bisschen eigenes Leben bestimmen, ja? Ich bin noch keine achtzig“ (Frau E., 798-800).

Der Pflegebegleiter soll ihnen dabei weiterhin zur Seite stehen können. Sofern die Befragten berufstätig waren, wurde die Arbeit als Bereicherung und Privileg (v. a. in Ostdeutschland) empfunden. So ist der Wunsch nach guten, mit der Pflege zu vereinbarenden Arbeitsbedingungen verständlich - ebenso, dass die Arbeit nicht zugunsten der Pflege aufgegeben werden möchte. Berufliche Erfahrungen können die häusliche Pflege bereichern und erleichtern.

„Ich hab ja vorher Altenpflegerin gelernt, ich hab ein bissle Ahnung“ (Frau C., 116-17).

## 5.5 Ergebnisse weiterer Instrumente im Überblick

### 5.5.1 Quartalsberichte - Darstellung beispielhafter Ergebnisse

#### **Beispiel 1: Versicherung der Freiwilligen**

Mit der erfolgreichen Werbung bürgerschaftlich engagierter Personen, die an den Kursen zur Qualifizierung zum Pflegebegleiter teilnahmen, stellte sich mit deren beginnender Praxis die Frage nach der Versicherung ihrer Tätigkeit gegen Unfälle u. ä. Diese Frage wurde

als Thema über mehrere Quartale im monatlichen Protokollbogen sichtbar und von der wissenschaftlichen Begleitung im Quartalsbericht formuliert. Die Projektleitung klärte daraufhin in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der Regionalbüros die Versicherungsfrage für den gesamten Projektzeitraum.

### **Beispiel 2: Auslagerung/GrüF**

Von ähnlich zentraler Bedeutung stellte sich die Frage der Auslagerung für Pflegebegleiter dar. In der ursprünglichen Projektkonzeption nicht vorgesehen, wurde dieser Bedarf der Projektbasis zur kritischen Herausforderung, v. a. in den neuen Bundesländern. Auch hier erfüllte der monatliche Protokollbogen respektive Quartalsbericht eine wichtige Funktion zur Lösung des Problems.

### **Beispiel 3: Projektbegrifflichkeiten**

Innerhalb des Entwicklungsprojekts modifizierten sich auch die Begrifflichkeiten mit zunehmender Praxis. Unzufriedenheiten über bestehende Benennungen wurden im monatlichen Protokoll formuliert, über den Quartalsbericht an die Projektleitung herangetragen und in Treffen der Arbeitsgemeinschaft geklärt und bearbeitet: So wurden aus den „Projekttreffpunkten“ beispielsweise die vier Regionalbüros Nord, Ost, West und Süd. Aus dem Team der Projektmitarbeiter wurde die Arbeitsgemeinschaft der Regionalbüros mit Regionalbüroleiter sowie Regionalbürokoordinatoren.

### **Beispiel 4: Kommunikation und Kooperation im Projekt**

Aufgrund der bundesweiten Ausdehnung des Projekts war der monatliche Protokollbogen zur Evaluation des Projektverlaufs auch explizit daraufhin konzipiert, Stimmungen und Meinungen einzufangen und zu perpetuieren. In der Findungsphase der Arbeitsgemeinschaft bot die wissenschaftliche Begleitung einen „Teamtag“ zur Bearbeitung kritischer Fragen der Zusammenarbeit und Rollenklärung im Projekt an.

Auch meldete die wissenschaftliche Begleitung kontinuierlich Absprache- und Kommunikationsbedarf der Regionalbüromitarbeiter zurück, sodass im Verlauf der Zusammenarbeit regelmäßige, eintägige Jour-fixe-Treffen zusätzlich zu den Arbeitstreffen anberaumt wurden.

### 5.5.2 Implementierungserhebung 2.0<sup>25</sup>

Zur Entwicklung der Pflegebegleiter-Initiativen: 57% der Initiativgruppen werden als sehr lebendig in ihrer derzeitigen Entwicklung beschrieben. 27% sind aktiv und mittelmäßig gut entwickelt, 7% haben ihren Höhepunkt überschritten oder nie erreicht, und weitere 7% bestehen derzeit nicht mehr.

Verhältnis städtische und ländliche Standorte: 53% der Standorte sind (groß-)städtisch geprägt, 47% eher ländlich. Der Zugang zu pflegenden Angehörigen wird in der Stadt als allgemein leichter empfunden. Weiterhin bestehen in der Stadt mehr Netzwerke und Ressourcen, an die angeknüpft werden kann.

Zur Entwicklung der Standorte: 60% der rund 90 Standorte entwickeln sich laut Angabe der Regionalbüros sehr gut, 24% entwickeln sich mittelmäßig, und 16% entwickeln sich schlecht.

Verbindlichkeit: Dabei werden 63% der Kooperationspartner als sehr verbindlich, 20% als mäßig verbindlich und 17% als eher wenig verbindlich in der Zusammenarbeit bezeichnet.

Teilnahmemotivation im Projekt: Über 70% besitzen dabei eine zur innovativen Vision des Projekts passende Teilnahmemotivation, die sich mit eigenen Motivlagen der kooperierenden Organisationen mischt.

Bezüglich des Konkurrenzverhaltens der Organisationen im Sozialraum werden 57% als kooperativ eingeordnet, 38% als sowohl kooperativ als auch konkurrenzorientiert und 5% als konkurrenzorientiert.

Zugangsstrukturen zu pflegenden Familien: 37,5% der Standorte besitzen bereits (sehr) gute Zugänge zu pflegenden Familien, 50% bemühen sich, derartige Zugänge zu schaffen, und 12,5% haben es bisher noch wenig erreicht, pflegende Familien zu erschließen.

Freiwilligenbild: Wird von einer für die Datenerhebung stark vereinfachten Polarisierung zwischen „ehrenamtlicher Aufgabe“ und „freiwilligem bürgerschaftlichen Engagement“

---

<sup>25</sup> Es handelt sich hier um eine Zusammenfassung der Version von 2007.



unterschieden, besitzen bereits 50% der kooperierenden Organisationen ein sogenanntes „neues“ Freiwilligenbild, wie es im Projekt Pflegebegleiter propagiert wird. 40% der Standorte befinden sich im Einstellungswandel von einer traditionellen Sicht hin zur innovativen Sichtweise des bürgerschaftlichen Engagements, und 10% der Standorte werden der traditionellen Sichtweise zugeordnet.

Integration der Pflegebegleiter-Initiativen in die kooperierenden Organisationen: 55% der Standorte integrieren die Pflegebegleiter gut und zeitnah in ihre Strukturen und Abläufe, 29,5% integrieren sie langsam und nach einigen Aushandlungsprozessen (vgl. hierzu auch „Freiwilligenbild“), und 15,5% der Standorte integrieren sie nur schwer oder gar nicht in ihre Strukturen.

Eine Unterstützung durch die „Heimathafenorganisation“ erhalten die Projekt-Initiatoren in folgender Qualität: 57,5% fühlen sich sehr gut von den Vertretern der Organisationen unterstützt, 35% erfahren eine mäßig gute Unterstützung, und 7,5% werden nur wenig in ihrer Arbeit unterstützt.

Die meisten Projekt-Initiatoren-Tandems setzen sich gemäß der Logik des Projekts aus einer beruflich tätigen und einer freiwillig engagierten Person zusammen. Die Mehrheit der Tandems (50 bis 75%) wird von den Leitern des Regionalbüros als stabil eingeschätzt (vgl. hierzu auch Kapitel 4.5.3).

Als Faktoren, die die Beständigkeit der Initiativen begünstigen, wurden zudem benannt (Rangfolge):

1. Regelmäßige Gruppentreffen
2. Ansprechende Öffentlichkeitsarbeit (z. B. durch einen Flyer)
3. Anbindung an einen etablierten Träger
4. Kompetente, fördernde, motivierende und raumgebende Projekt-Initiatoren
5. Ein hohes Maß an Autonomie und Handlungsspielraum
6. Feste Sprechzeiten, wie z. B. Telefonsprechstunden
7. Ergründung und Einbindung in die Netzwerke vor Ort
8. Resonanz in Form gelingender Praxis
9. Anerkennungskultur<sup>26</sup>

---

26 Zum Begriff und zur Bedeutung der „Anerkennungskultur“ in der Arbeit mit Freiwilligen vgl. Kapitel 4.5.5.

Pflegebegleiter und Migration: Das Thema gewinnt zunehmend an Bedeutung. Das Projekt weist einen hohen Integrationswert auf und eignet sich aufgrund seiner offenen Konzeption besonders. Migranten wird im Pflegebegleiter-Projekt eine selbstverständliche Schlüsselrolle zugeschrieben (vgl. hierzu Modellstandorte Bad Wurzach und Limburg - hier werden spezielle Angebote für türkische und polnische pflegende Angehörige vorgehalten).

## 5.6 Kosten-Nutzen-Aspekte

Um zu erfassen, welche finanziellen Ressourcen Pflegebegleiter-Initiativen brauchen, um sich in der Praxis gut zu implementieren und arbeiten zu können, wurde außerplanmäßig eine Ressourcenerhebung durchgeführt. Sie lieferte auch Informationen über zusätzliche Bedarfe, die in der Projektlaufzeit überwiegend von den kooperierenden Institutionen und Organisationen gedeckt wurden. Die Ergebnisse dienen ausschließlich der internen Planung. Die Finanzierung ermöglichender Strukturen, in denen sich das freiwillige Engagement von Pflegebegleitern entwickeln kann, ist eine zwingende Voraussetzung zur Verwirklichung der Projektidee. Erhoben wurde deshalb, in welchem Umfang und in welchen Größenordnungen sich das Projekt aus solchen zusätzlichen Mitteln speist. Aus den ermittelten Werten (durchschnittliche Kosten von ca. 23.000 € pro Initiative/Jahr) kann jedoch nicht auf den regulären Finanzierungsbedarf nach Abschluss des Projekts geschlossen werden. Mit Inkrafttreten des PFWG ergeben sich insgesamt neue Finanzierungsoptionen und Berechnungsgrundlagen.

Wie aus den bisher dargestellten Ergebnissen der Begleitforschung hervorgeht, konnten die Pflegebegleitungen in ihren stabilisierenden Wirkungen konturiert und aus verschiedenen Perspektiven beschrieben werden. Pflegenden Angehörigen berichten ausführlich in Interviews über die als positiv erlebten Effekte, die „Postkarten“ liefern Rückmeldungen v. a. zum Ausmaß der Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation sowie zur subjektiv erlebten Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands.

Um die Wirkung von Pflegebegleitung aus der Perspektive der gesellschaftlichen Wertschöpfung einschätzen und damit einen Eindruck über die möglichen kurz- und längerfristigen Kosteneinsparungen durch Pflegebegleitung gewinnen zu können, wurden auf der Grundlage der vorhandenen Daten Beispielrechnungen vorgelegt. In diesen wird z. B. skizziert, wie sich - im angenommenen Fall - eine Wertschöpfung der geleisteten Arbeits-

stunden der Pflegebegleiter im Projekt mit 2.812.625,- € darstellen lässt. Auch eine erste Beispielrechnung zu möglichen Einspareffekten durch Hinausschieben einer Heimunterbringung der Pflegebedürftigen liegt vor: Die geschätzte Summe liegt hier bei 12.428.478,- €. Eine Beispielrechnung zur Wertschöpfung insgesamt beläuft sich auf 15.241.103,- € für die gesamte Projektlaufzeit. Weitere Berechnungen mit unterschiedlichen Szenarien hätten hier zu folgen.

Eine eher immaterielle Wertschöpfung im Sinne einer Stärkung der häuslichen Pflege durch eine veränderte öffentliche Wahrnehmung und durch Schaffung von solidarischen Formen gegenseitiger Unterstützung in der Familie und im sozialen Umfeld, im Wohnquartier und in der Kommune ist in die Beispielrechnungen nicht eingeflossen. Solche Wirkungen sind aber eindeutig zu konstatieren und mit Praxisbeispielen eindrucksvoll zu belegen. Der Mehrwert von Pflegebegleitung muss also zusätzlich auch aus dieser Perspektive betrachtet werden.

Die hier vorgelegten Beispielrechnungen korrespondieren mit den Aussagen anderer Studien zum großen gesellschaftlichen Wert von bürgerschaftlichem Engagement (vgl. Kral/Endres 2008). Es ist allerdings anzumerken, dass im Rahmen der Begleitforschung für die Einschätzung des Mehrwerts von Pflegebegleitung nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung standen. Es handelt sich hier also um eine erste beispielhafte Einschätzung. Angemessen und zweifellos sinnvoll wären Hochrechnungen durch ein wirtschaftswissenschaftlich ausgewiesenes Institut - orientiert am vorliegenden Datenmaterial.

# 6. Schlussfolgerung und Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse von Kapitel 4 zu den Erfahrungen im Projektverlauf mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung aus Kapitel 5 zusammengeführt. Während die genannten Kapitel entweder am Prozessverlauf (Kapitel 4) oder an methodischen Aspekten (Kapitel 5) orientiert waren, geht es nun v. a. um eine verdichtete Zusammenstellung der zentralen Merkmale und Ergebnisse des Pflegebegleiter-Projekts und deren inhaltliche Integration in die aktuellen Fachdiskurse. Diskutiert werden in diesem Kontext zudem die möglichen Schlussfolgerungen, die daraus für die Pflegeversicherung gezogen werden können. Im Anschluss daran erfolgt eine abschließende Gesamtbewertung.

Die Notwendigkeit des freiwilligen Engagements für pflegende Angehörige ist durch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung des Pflegebegleiter-Projekts bestätigt worden: Pflegende Angehörige fühlen sich durch die psychosoziale Begleitung innerlich entlastet, sie schätzen ihre eigene gesundheitliche Situation als verbessert ein. Sie erleben, dass sich die häusliche Pflegesituation stabilisiert hat. Wer diese Form der Begleitung erfahren hat, möchte dieses Angebot nicht mehr missen. Das kommt in der Begleitforschung ganz deutlich zum Ausdruck (vgl. Kapitel 5.4.6).

Dass die erfahrene Unterstützung die häusliche Pflege sichert bzw. erst ermöglicht, ist eine Tatsache, die nicht nur durch die vorliegenden Ergebnisse der Begleitforschung, sondern auch durch neuere Untersuchungen bestätigt wird, die im Laufe der vergangenen fünf Jahre publiziert worden sind (vgl. dazu die sog. Kasseler-Studie von Blinkert und Klie 2004, die MUG-III-Studie 2005 und die europäische Studie EUROFAMCARE 2008). Wie schon im Projektantrag konstatiert, besteht demzufolge ein offensichtlicher Bedarf hinsichtlich der Unterstützung pflegender Angehöriger durch Freiwillige:

- In der Untersuchung zu Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung im Alter (MUG III, 2005, S. 91) heißt es dazu: „Die Ergebnisse der Repräsentativerhebung deuten darauf hin, dass das Angebot an professionellen Pflegesachleistungen inzwischen sachgerecht ausgebaut ist. Lücken werden hingegen dort sichtbar, wo es um zielgenaue und niedrigschwellige Hilfsangebote im Bereich der Beratung, Qualifizierung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen geht. Die vorhandenen Pflegeleistungen sollten daher noch besser als bisher durch entsprechende Entlastungsangebote ergänzt und noch umfassender miteinander vernetzt werden. Darüber hinaus erscheint es für die Zukunft perspektivreich, auch ehrenamtlich getragene Hilfeleistungen, wie z. B. regelmäßige Besuchsdienste, weiter auszubauen.“

- In der sogenannten Kasseler Studie verweisen Blinkert und Klie (2004) auf die Bedeutung, die das Vorhandensein eines Unterstützungsnetzwerks für die Pflegebereitschaft der jüngeren Generation hat. Daraus wird die Folgerung abgeleitet, ein Unterstützungsnetzwerk mit Pflege-Mix-Charakter aufzubauen.
- Ebenso kommt das EU-Projekt „EUROFAMCARE - Situation pflegender Angehöriger in Europa“ (2008) zu einer Einschätzung der Situation pflegender Angehöriger in Deutschland, die die im Projektantrag skizzierte Ausgangslage in allen wesentlichen Punkten bestätigt: Viele Menschen möchten ihre Familienangehörigen beim Eintritt von Pflegebedarf gern selbst versorgen. Sie fühlen sich bei der Pflege dann aber oft allein gelassen, schlecht informiert, nicht wertgeschätzt und mit der Gestaltung der Pflege überfordert. Die Autorinnen der Studie EUROFAMCARE haben aus dieser Einsicht heraus im Jahr 2008 die Gründung einer Interessenvertretung von pflegenden Angehörigen angestoßen.

Die drei o. g. zentralen bundesdeutschen Untersuchungsergebnisse zur Notwendigkeit des Ausbaus von freiwilligem Engagement in der Pflege haben im Nachhinein die Bedeutung des bereits Ende 2003 begonnenen Projektvorhabens „Pflegebegleiter“ bestätigt. Insgesamt unterstützen alle genannten Untersuchungen sowohl die Relevanz des Ansatzes „Freiwillige begleiten pflegende Angehörige“ als auch die zentralen Ansatzpunkte des Projekts:

- Empowerment: Stärkung von pflegenden Angehörigen mithilfe der Entwicklung von niedrigschwelligen Angeboten;
- Kompetenzentwicklung nicht nur für die pflegenden Angehörigen, sondern auch Qualifizierung für Freiwillige und die sie fachlich begleitenden Multiplikatoren und Organisationen;
- Vernetzung der bestehenden Angebote, um damit Angehörigen die Inanspruchnahme von Unterstützung vor Ort zu erleichtern.

Der Projektansatz hat konkretisiert, wie freiwilliges Engagement aussehen und wirksam werden kann, ist aber in folgenden Aspekten über das ursprüngliche Vorhaben „hinausgewachsen“:

- Er führt neben der Multiplikatorenqualifizierung die Arbeit mit Organisationen/Kommunen ein.
- Er erprobt konsequent einen trägerübergreifenden Ansatz mit dem Ziel einer koordinierten Netzwerkarbeit.

- Er schafft ein projektinternes Netzwerk, das der Profil- und Qualitätsentwicklung dient und auf gegenseitige Stärkung zielt (internes Empowerment/mit entsprechenden Kommunikationsstrukturen).
- Er impliziert eine Breitenwirkung nach außen, die darauf abzielt, das Verständnis für die „Entwicklungsaufgabe Pflege“ in der Bevölkerung zu vertiefen und Angehörige wieder stärker „mitten ins Leben“ zu holen (vgl. das Motto des Pflegebegleiter-Flyers).

Diese Ausweitungen sind das Ergebnis von Notwendigkeiten gewesen, die sich im Projektverlauf gezeigt haben. So wurde schnell deutlich, dass Initiativen nur dann nachhaltig vor Ort implementiert werden können, wenn die kooperierenden Organisationen in den Entwicklungsprozess einbezogen werden. Der Zugang in die Familien kann nur gelingen, wenn zuvor über Pflege öffentlich kommuniziert wird. Der Facettenreichtum, der im Laufe der Projektlaufzeit entwickelt wurde (etwa bei der Erschließung von Zugängen in die Familien), hat die Wirksamkeit des Modellversuchs erheblich befördert und innerhalb der Initiativen mehr Engagement entfacht als zunächst erwartet.

Das Pflegebegleiter-Projekt ist im Rahmen der Vorüberlegungen zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung immer wieder zur Sprache gekommen. So sind beispielsweise Übereinstimmungen hinsichtlich der Einschätzung der Bedeutung des freiwilligen Engagements zur Unterstützung der Pflege im Gesetzestext deutlich erkennbar. In dessen Formulierungen findet sich der Bedeutungszuwachs des freiwilligen Engagements an verschiedenen Stellen wieder: etwa in Bezug auf den Auf- und Ausbau von ehrenamtlichen Initiativen in § 45d und in Bezug auf die Errichtung von „Pflegestützpunkten“ nach § 92c SGB XI. Im letztgenannten Paragraphen wird die Notwendigkeit von „Care-Management-Aufgaben“ beschrieben. Ebenso wird auf die Vernetzungsintention verwiesen sowie auf die Notwendigkeit einer „wohnortbezogenen“ und „zugehenden“ Intervention – allerdings durch professionelle „Pflegerberater“ (§ 7a). Insofern können die im Rahmen des Pflegebegleiter-Projekts gewonnenen Erfahrungen im niedrigschwiligen Freiwilligenbereich – speziell in seinen Ansätzen des zugehenden Vorgehens und der Vernetzung im Nahraum – für die nun anstehenden Umstrukturierungen der Pflegelandschaft genutzt werden.

Im Hinblick auf die Umsetzung eines „zugehenden“ Ansatzes sind im Projekt Erfahrungen gemacht worden, die auch für die professionellen Pflegeberater Anregungen bieten können. Gezeigt hat sich, dass unter einem zugehenden Ansatz nicht nur „Hausbesuche“

zu verstehen sind. Wie die Begleitforschung ermittelt hat, werden von Angehörigen auch Treffen an „neutralen“ Orten gewünscht – außerhalb der eigenen vier Wände lässt sich in besonderer Weise eine räumliche und innere Distanz aufbauen, die es möglich macht, über bestehende Schwierigkeiten offen sprechen zu können, und in der man sich gern „trösten lässt“. Zudem ist für manchen pflegenden Angehörigen der Telefonkontakt besonders wichtig, v. a., wenn es um das Einholen von Informationen geht und im Sinne einer Vergewisserung, wenn in Krisensituationen zeitlich sehr eng getaktete Pflegebegleitungen notwendig werden.

Das Profil der freiwilligen Pflegebegleiter ist als niedrigschwelliges Angebot stets klar von professionellen Angeboten im Bereich der Pflege abgegrenzt worden. Mit dem neuen Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hat sich das Aufgabenprofil der professionellen Pflege jedoch entscheidend erweitert. Damit hat der Diskurs um die Zuordnung von „Nähe“ zum Freiwilligensystem und „Distanz“ zum professionellen System eine interessante Wendung genommen: Bis vor wenigen Jahren wurde zunächst davon ausgegangen, der professionelle Habitus der „Distanz“ sei durch den der „Nähe“ im freiwilligen Engagement zu ergänzen. Nun sind in der öffentlichen Diskussion mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und der Einführung von professionellen Pflegeberatern, die zugehend tätig sein sollen, die früher geltenden Grenzen eher verwischt worden. Hier stellt sich für das bürgerschaftliche Engagement und speziell für die freiwilligen Pflegebegleiter nun nochmals die Aufgabe, erneut zu klären, was das „Besondere“ des freiwilligen Engagements ist, wenn professionelle Pflege mehr „Nähe“ sucht und zugehende Beratung anbietet (vgl. dazu auch Michell-Auli 2008, S. 52). Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die pflegenden Angehörigen bei der freiwilligen Pflegebegleitung schätzen, dass dieses Angebot speziell für sie persönlich gedacht ist und sich explizit an ihren Bedarfslagen ausrichtet. Sie erleben v. a. das nachbarschaftliche Interesse und die auch in der Zeiteinteilung flexible Zuwendung als hilfreich und stärkend.

## 6.1 Merkmal 1: Das Pflegebegleiter-Profil trifft die spezifischen Bedarfslagen pflegender Angehöriger

Die mehr als 2.000 freiwilligen Pflegebegleiter haben in den vergangenen fünf Jahren bewiesen, dass es gelingt und Wirkung zeigt, pflegende Angehörige niedrigschwellig in ihren Alltagssituationen zu begleiten: zu Hause, am Telefon, bei Begegnungen im öffentlichen

Raum. So ist eine neue Facette, ein neuer Prototyp von Freiwilligenengagement entstanden: Mit seiner kompetenzorientierten, zugehenden, bedarfsgerechten Form kann Pflegebegleitung auf die herausfordernden Situationen pflegender Angehöriger passgenau reagieren.

### **1. Pflegebegleitung hat sich in ihren stark ausdifferenzierten Formen etablieren können**

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung (vgl. Kapitel 5.2) zeigen, dass dieses Engagement ganz offensichtlich passgenau den Bedürfnissen pflegender Angehöriger in ihren jeweils unterschiedlichen Lebenssituationen entspricht. Die zugehende Form der Pflegebegleitung wird angenommen; über die kooperierenden Organisationen und andere wichtige „Türöffner“ wird sie bekannt gemacht. Sie erreicht pflegende Familien in sehr unterschiedlichen Ausgangssituationen: Die fünf typischen Situationen, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung vorgefunden und in Kapitel 5 ausführlich beschrieben wurden, machen eine jeweils eigene, angepasste Form der Begleitung notwendig. Deutlich wurde auch, dass Pflegebegleitung zu Hause, am Telefon oder bei Begegnungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgt und dabei jeweils andere Themen und Fragen im Vordergrund stehen.

### **2. Die ermittelten Ausgangssituationen pflegender Angehöriger ermöglichen die Beschreibung situationspezifischer Funktionen von Pflegebegleitung**

Die im Rahmen der Begleitforschung durchgeführten Tiefeninterviews mit pflegenden Familien bildeten in der Auswertung fünf typische Situationen ab (vgl. Kapitel 5.2). Diesen können unterschiedliche Funktionen von Pflegebegleitung zugeordnet werden. Damit liegt ein erstes empirisch ermitteltes differenzierendes Konzept von Pflegebegleitung vor.

Die hier ermittelten Situationsbeschreibungen finden sich z.T. in ähnlicher Form in der wissenschaftlichen Literatur – wenn auch nicht immer in gleicher Zusammenstellung – beschrieben:

- So findet die Bedeutung der Situation „Krise“ in der einschlägigen Literatur zum Belastungserleben pflegender Angehöriger ebenso besondere Erwähnung. Demnach geschieht der Eintritt von Pflegebedarf meist relativ plötzlich; die meisten Angehörigen



sind darauf nicht vorbereitet (vgl. Urlaub 1988). Durch die fehlende antizipierende Auseinandersetzung wird die plötzliche Anforderung, zu einer Pflegeentscheidung zu kommen, vielfach krisenhaft erlebt. Insgesamt wird das intraindividuelle wie auch das innerfamiliäre Konfliktpotenzial im Zusammenhang mit auftretender Pflegebedürftigkeit durchweg als beträchtlich angesehen: Sowohl Pflegende als auch Gepflegte berichten über das Erleben psychischer Probleme und speziell familiärer Spannungen (vgl. Halsig 1995; Gröning et al. 2004). Pflegende beschreiben sich als vielfach stark belastet und psychisch überfordert (vgl. Urlaub 1988; Zellhuber/Steiner-Hummel 1991; Zimmer 1999). Konstatiert wird - verglichen mit nicht pflegenden Personen der jeweiligen Altersgruppe - ein hohes Ausmaß erlebter Belastung in unterschiedlichen Bereichen: Neben der körperlichen Belastung bei schwerer Pfl egetätigkeit werden v. a. psychische Belastungssymptome genannt (vgl. z. B. Grässel/Leutbecher 1994). Physische und psychische Gewal tanwendung sind nicht selten: Wetzels/Greve (1996, S. 191) gehen aufgrund ihrer Befragung (repräsentative Stichprobe) davon aus, dass mindestens 3,1% der 60- bis 75-Jährigen im Jahr 1991 Opfer innerfamiliärer Gewalt wurden (vgl. Niederfranke/Greve 1996). Unter Gewal tanwendung im Zusammenhang mit häuslicher Pflege leiden v. a. die Bevölkerungsgruppen, auf die die Merkmale des Strukturwandels im Alter - Feminisierung, Singularisierung und Verarmung - zutreffen. Diese Ergebnisse bestätigen eindrücklich, wie wichtig die psychosoziale, niederschwellige Begleitung pflegender Angehöriger ist.

- Auch zur Situation „Lebensbestimmende Langzeitbelastung“ gibt es in der Fachliteratur Hinweise. So wird konstatiert, dass Pflege zu Hause im Durchschnitt 8,2 Jahre dauert und dass diese lange Dauer bei der Pflegeübernahme häufig nicht im Blick war. Immerhin 36% bzw. nach neuesten Erhebungen sogar 46% der Hauptpflegepersonen pflegen allein, ohne Unterstützung von professionellen oder privaten Helfern (vgl. Pöhlmann/Hofer 1997, S. 385; Mnich et al. 2005, vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt 2008 und Kapitel 2.1).
- Die typische Situation „Unfreiwillige Überforderung“ wird z. B. von Halsig (1995) beschrieben. Der Zusammenhang von unfreiwilliger Pflegeübernahme und Überforderungserleben findet sich ebenso in anderen Veröffentlichungen (z. B. Döhner 2007), auch unter Bezugnahme auf milieuspezifische Ausprägungen familialer Pflegekonstellationen (Heusinger 2005).

- Die Situationsbeschreibung der häuslichen Pflege als „stillschweigende Verantwortungsübernahme“ bzw. „pflichtgemäße Übernahme der Pflegeverantwortung“ erscheint ebenfalls bei Halsig (1995), aber auch bei Heusinger (2005).
- Dass Pflege von den Angehörigen jedoch auch als Situation „Aktuelle Stabilität“ erlebt und beschrieben werden kann, hat bereits 1981 die Forschergruppe um Jens Bruder festgestellt. Berichtet wird, dass in familiären Pflegekonstellationen sowohl belastende als auch gewinnbringende Momente - quasi parallel - wahrgenommen werden. So fühlen sich zwar 33% der befragten pflegenden Angehörigen emotional belastet, 25% leiden unter familiären Spannungen, und 10% fühlen sich durch die Pflege sogar stark belastet. Dennoch konstatieren die Angehörigen zu 59%, es sei ihnen wichtig, von ihren Eltern gebraucht zu werden. 63% fühlten sich der gepflegten Person gegenüber am meisten verbunden (vgl. Bruder et al. 1981). Wenn familiäre Pflege in der Balance von Belastungs- und Gewinnerleben gehalten werden kann, entsteht eine „Situation relativer Stabilität“. Pflegenden Angehörigen ist jedoch bewusst, dass dieses bestehende Gleichgewicht jederzeit „kippen“ kann. Um sich dafür zu wappnen, wissen sie gern einen Pflegebegleiter an ihrer Seite, den sie „in der Not“ anrufen können. Auch die Untersuchung von Blinkert und Klie (2004) verweist darauf, dass die Pflegebereitschaft vom Vorhandensein eines „Netzwerks“ abhängt, das im Krisenfall zu Verfügung steht. Insofern ist allein das Vorhandensein einer Pflegebegleiter-Initiative im Nahraum als ein Faktor aufzufassen, der häusliche Pflege prinzipiell stärkt, selbst wenn die Begleitungskontakte nur sporadisch stattfinden oder sich auf die Teilnahme an Veranstaltungen beschränken, die die Pflegebegleiter-Initiative anbieten.

Die Auswertung der Interviews mit begleiteten pflegenden Angehörigen ermöglichte eine Zuordnung von unterschiedlichen Funktionen von Pflegebegleitung - je nach Ausgangssituation.

Situationen pflegender Angehöriger	Funktion von Pflegebegleitung
Krise	Trost und Ermutigung; Unterstützung bei der Strukturierung und Organisation der Pflege
Lebensbestimmende Langzeitbelastung	Stabilisierung durch wertschätzende Aufmerksamkeit; menschliche Nähe und Ermutigung
Unfreiwillige Überforderung	Klärung
Stillschweigende Verantwortungsübernahme	In „offenen Angebotsformen“ Auseinandersetzung mit der eigenen Situation (eher „en passant“)
Aktuelle Stabilität	Gibt Sicherheit/Möglichkeit „für alle Fälle“

Tab. 8: Funktionen von Pflegebegleitung - je nach Situation

In der Zusammenführung aller Ergebnisse der Wirkungsforschung wird deutlich, dass die Begleitung in den meisten Fällen dann zustande kommt, wenn eine krisenhafte Situation entstanden ist, die Neuorientierung verlangt und bewältigt werden muss.

### **3. Pflegebegleitung hilft gegen Isolation - es wird als Beziehungsangebot auf „Augenhöhe“ geschätzt**

Wie die pflegenden Angehörigen selbst konstatieren, liegt eine besondere Stärke der im Projekt erprobten Form der Begleitung pflegender Angehöriger in der zwischenmenschlichen Begegnung, die zeitnah erfolgt - wenn der Bedarf wirklich aktuell vorhanden ist (vgl. Kapitel 5.4.2). Sie wird von den pflegenden Angehörigen nicht als „einseitig“, sondern im Sinne einer „gegenseitigen Sorgebeziehung“ wahrgenommen, auf die sich beide Beziehungspartner gleichermaßen einlassen (vgl. Abb. 62). Dies scheint ein zentraler Aspekt zu sein, warum Pflegebegleitung in der Praxis so gut funktioniert und angenommen wird.

#### **4. Diskussion: Kundenorientierung - Einbindung in Informationsnetzwerke - Entwicklung von Beratungsmotivation und Beratungsfähigkeit durch Vertrauensbeziehungen**

Für die Maßnahmen, die das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorsieht (z. B. Pflegestützpunkte), die u. a. den Auf- und Ausbau von ehrenamtlichem Engagement in der Pflege mit einschließen, halten die Ergebnisse der Begleitforschung im Projekt Pflegebegleiter wichtige Impulse bereit, die im Folgenden diskutiert werden sollen.

Das oben dargestellte differenzierte Angebot der Pflegebegleitung - angepasst an die jeweiligen Ausgangssituationen und speziellen Bedarfslagen der pflegenden Angehörigen - gibt zahlreiche Anregungen, wie „Kundenorientierung“ im Pflege-Mix verwirklicht werden kann. In diesem Kontext kann es nicht allein darum gehen, neue Dienste anzubieten. Nur wenn in besonderer Weise auf die „Zugangsqualität“ geachtet wird, können Menschen erfolgreich angesprochen werden, die bislang kaum Zugang zum Hilfesystem haben oder die nach ihrem milieuspezifischen Wertesystem lieber keine Hilfe von außen in Anspruch nehmen. Zugehendes Vorgehen heißt in diesem Zusammenhang zum einen, Wahlmöglichkeiten zu lassen - etwa in Bezug auf den Ort der Gespräche. Die Ergebnisse der Wirkungsforschung (vgl. die typischen Situationen der Pflegebegleitung) zeigen zum anderen, dass es notwendig ist, den jeweiligen Pflegezeitpunkt zu kennen und im Falle eines kontinuierlichen Begleitungswunsches die persönliche, familiale und häusliche Situation im Gespräch mit den pflegenden Angehörigen herauszuarbeiten sowie deren Bedeutungsgelalt freizulegen. Erst nach Gesprächen über die verschiedenen Möglichkeiten der Situationsdeutung (nach dem Prinzip des Perspektivenwechsels) kann der pflegende Angehörige selbst die nächsten Schritte ins Auge fassen. Pflegebegleitung unterstützt Angehörige, wo eben möglich nach „eigener Logik“ und im „eigenen Tempo“ vorzugehen, und steht zum Gespräch bereit, ohne Zielrichtungen vorzugeben. Sie bietet Zeit und Aufmerksamkeit für Zuhören, Wertschätzung, Information, Ermutigung und Trost. Für professionelle Pflegeberater ist das Wissen um diese - die eigenen Strategien ergänzende - Zugehensweise der freiwilligen Pflegebegleiter von Bedeutung: So können sie im Bedarfsfall das Angebot der freiwilligen Pflegebegleitung empfehlen oder daran anknüpfen (z. B. sich bei Veranstaltungen der Pflegebegleiter mit ins Gespräch bringen).

Die Pflegeversicherung intendiert nicht nur die Versorgung der Pflegedürftigen, sondern auch eine Vermeidung von Folgeschäden - u. a. auch bei den pflegenden Angehörigen.

Unter diesem Aspekt erweist sich der Zeitpunkt als interessant, zu dem in diesem Projekt eine Pflegebegleitung in Anspruch genommen wurde: Pflegende Angehörige nahmen bisher am häufigsten dann Kontakt zu Pflegebegleitern auf, wenn die Pflege bereits einige Jahre andauerte. Der dafür ermittelte Wert beträgt 3,7 Jahre (vgl. Kapitel 5). Dem steht der bekannte Durchschnittswert einschlägiger Untersuchungen entgegen, der von einer durchschnittlichen Dauer der häuslichen Pflege von 8,2 Jahren ausgeht (vgl. Pflegestatistik 2005). Das bedeutet, dass die pflegenden Angehörigen, die im Projekt Pflegebegleiter erreicht wurden, sich etwa in der „Mitte“ ihrer Pflegezeit befinden: Sie sind weder unerfahrene „Newcomer“ noch vollkommen in ihren Strukturen (Pflegekarrieren) verfestigt. Die meisten von ihnen pflegen seit zwei Jahren, befinden sich also im „ersten Drittel der Pflege“, haben durchschnittlich noch einige Jahre häuslicher Pflege zu erwarten. Warum Pflegebegleiter nicht verstärkt in der Phase der Entscheidung oder der Installierung des häuslichen Pflegesettings in Anspruch genommen worden sind, kann nur vermutet werden. Gründe hierfür könnten sein:

- Das Angebot war zum Zeitpunkt der Interviews noch nicht bekannt genug.
- Zu Beginn der Pflege besteht noch kein Bewusstsein, „pflegender Angehöriger“ zu sein.

Beide Aspekte verdienen in Zukunft verstärkte Aufmerksamkeit: So weisen die Erfahrungen des Projekts darauf hin, dass die Nachfrage dort steigt, wo über Pflege im öffentlichen Raum gesprochen wird. Zudem ist zu berücksichtigen, dass diejenigen eine besondere Form der Ansprache benötigen, die sich um Personen kümmern, mit denen sie bereits vor Eintritt des Pflegebedarfs zusammengelebt haben. Sie definieren sich nicht als „pflegende Angehörige“. Dies gilt im Besonderen für pflegende Ehepartner, die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen. Diese sind selbst erstaunt, dass ihnen die Sorgearbeit „so viel ausmacht“, und erwarten von sich oftmals ein „reibungsloses Funktionieren“ - wie vor Eintritt des Pflegebedarfs. Für diese Personengruppe ist der Austausch mit freiwilligen Pflegebegleitern besonders wichtig: Die Freiwilligen spiegeln ihnen wider, wie hochkomplex sich die „Herausforderung Pflege“ darstellt und welch hohes Maß an Gestaltungskompetenz in der häuslichen Pflege sie bereits entwickelt haben. In Bezug auf die Vermeidung von Krisensituationen und Folgeschäden erscheint es sinnvoll, die pflegenden Angehörigen schon möglichst frühzeitig in ein Informations- und Kommunikationsnetzwerk einzubinden. Die Erfahrungen im Pflegebegleiter-Projekt zeigen, dass dies dann gelingt, wenn jede Art der „Klientelisierung“ vermieden wird und Wertschätzung, Information und Vernetzung der pflegenden Angehörigen im Vordergrund stehen.

Auch in Bezug auf die Entwicklung von Beratungsmotivation und Beratungsfähigkeit erfüllen Pflegebegleiter-Initiativen eine wichtige Funktion: Wie die Begleitforschung gezeigt hat, sind die freiwilligen Pflegebegleiter im „Vorfeld“ oder ergänzend zu den Hauptamtlichen tätig: Durch die Entwicklung einer Begleitungsbeziehung wirken sie Isolationstendenzen der pflegenden Angehörigen entgegen. Die klärenden Gespräche in einer Begleitungsbeziehung tragen nicht nur dazu bei, das Pflegesetting zu stabilisieren, Solidarität erfahrbar werden zu lassen und eine verständnisvolle Beziehung mit Austauschmöglichkeiten aufzubauen, sondern sie erhöhen die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen (vgl. Kapitel 5.4.5). Mit der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements erhöht die Pflegeversicherung also die Anschlussfähigkeit an das professionelle Dienstleistungssystem im ambulanten Bereich. Berücksichtigt wird damit, dass Beratungsmotivation und Beratungsfähigkeit vielfach erst zu entwickeln sind, bevor professionelle Angebote in Anspruch genommen werden können.

## 6.2 Merkmal 2: Pflegebegleitung zeigt Wirkungen - für die familiäre Pflegesituation, bei pflegenden Angehörigen, bei den Gepflegten

Pflege in der eigenen Häuslichkeit, ohne Unterstützung durch soziale und professionelle Systeme, kann „bei den vielen Sorgen, die sich aufstauen“ und der Unberechenbarkeit der Situation „Was kommt morgen, was kommt übermorgen?“ an den Rand der eigenen Belastbarkeit führen. So überrascht es kaum, dass pflegende Angehörige, die an dieser Befragung zur Wirkung von Pflegebegleitung teilgenommen haben, angeben, „allein nicht damit fertig geworden“ zu sein. So kamen in den 16 berichteten Fällen die freiwilligen Pflegebegleiter, die „ziemlich nah dran am Nabel des alltäglichen Geschehens“ sind, zur richtigen Zeit in die Familien - oft in einer akuten Krisensituation, die Neuorientierung und Klärung notwendig machte.

### 1. Pflegebegleitung bewirkt eine Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings

Wie ausführlich dargestellt (vgl. Kapitel 5 der „Postkartenerhebung“), zeigt sich die Wirksamkeit der Pflegebegleitung v. a. im Hinblick auf die Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings:

- Es werden neue Wege aufgezeigt, wie die Pflege auf mehrere Schultern verteilt werden kann.
- Es erfolgt eine Anbahnung der Inanspruchnahme entlastender Dienste.
- Es wird eine persönliche Beziehung aufgebaut, die durch Gespräche unterstützend und entlastend wirkt.

Pflegebegleiter bieten ihre psychosoziale Gesprächsbegleitung, fachliche Aufklärung und Information zu beinahe jeder Tageszeit und ermöglichen damit ein „Pflege-Insider-Gespräch“, das hilft, die Pflegesituation zu klären und zu optimieren, wo es möglich erscheint. Sie eröffnen damit auch den Zugang zu geeigneten Beratungsstellen und Netzwerken. Ihre wichtigste Aufgabe sehen sie selbst jedoch in Zuhören, Wertschätzung, Information, Ermutigung und Trost.

Aus den qualitativen Interviews mit ausgewählten pflegenden Angehörigen geht hervor, dass die pflegenden Angehörigen aus der Begleitung Kraft, Regeneration, Ausgleich, Gelassenheit, Halt, Orientierung, Aufmerksamkeit, Wertschätzung, Freude und persönliches Wachstum ziehen. Anzunehmen ist, dass diese Faktoren positiv auf die erfolgreiche Bewältigung schwieriger Pflegesituationen und Belastungsphasen (Coping) wirken und Anreize eröffnen, die Pflegesituation aufrechtzuerhalten und an ihr zu wachsen. Das subjektive Empfinden, „aufgefangen zu werden“ und die Situation nicht völlig allein bewältigen zu müssen, erscheint den befragten Pflegenden sehr wertvoll. Auch wenn hierzu noch weitere Forschungen näheren Aufschluss über die Zusammenhänge geben müssten, so bleibt aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse festzuhalten: Pflegebegleitung trägt zur Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings in verschiedener Weise bei. So wünschen sich begleitete Angehörige eine Fortsetzung der Pflegebegleitung (vgl. Kapitel 5.4.6, Abb. 71), ohne die ihnen Austausch, Verständnis, Solidarität und das menschliche Gegenüber des Pflegebegleiters im Sinne von Sicherheit und Orientierung fehlen würden.

## **2. Pflegebegleitung führt zu einer subjektiv erlebten Verbesserung der gesundheitlichen Situation pflegender Angehöriger**

Die Wirksamkeit von Pflegebegleitung zeigt sich auch in einem zweiten Ergebnis ganz deutlich: Pflegende Angehörige berichten im qualitativen Teil der Begleitforschung (vgl.

Kapitel 5, qualitative Interviews) über ihre Wahrnehmung, dass sich die eigene gesundheitliche Situation verbessert hat. Die quantitativen Ergebnisse bestätigen dies nochmals sehr eindeutig (vgl. Kapitel 5.4.5, Abb. 69). Es kann angenommen werden, dass diese subjektiv bessere Befindlichkeit der pflegenden Person für die mögliche Aufrechterhaltung der häuslichen Pflegesituation eine wichtige Rolle spielt: Nur wer sich dazu gesundheitlich in der Lage fühlt, wird auch weiterhin pflegen können. Dieses Ergebnis der Wirksamkeitsforschung, das anschlussfähig ist an zahlreiche Arbeiten und Veröffentlichungen zum Thema (vgl. Pinquart/Sörensen 2005, S. 628 ff.; Wilz et al. 2001), gibt Anlass, der Fragestellung gezielt nachzugehen, in welchem Ausmaß die Krankheitsfolgekosten der pflegenden Angehörigen durch Pflegebegleitung reduziert werden könnten.

### **3. Pflegebegleitung verbessert auch die Situation für gepflegte Angehörige**

Die Stabilisierung der psychischen und gesundheitlichen Situation pflegender Angehöriger hat Auswirkungen auf das familiale Klima und auf die Art der Beziehung zwischen der Pflegeperson und dem gepflegten Menschen. So formulieren einige der pflegenden Angehörigen in den Interviews, dass sich das neu erlangte seelische Wohlbefinden auf das Zusammenleben und die Pflege des erkrankten Angehörigen positiv auswirke, z. B. durch die „Ventilfunktion“ der Pflegebegleitung:

„(...) wichtig ist eher für mich, denn es wird gesagt, wenn es mir so als Frau gut geht, dann geht es meinem Mann auch gut“ (Frau Br., 89, 90).

Hierzu müssten weitere Untersuchungen folgen.

### **4. Diskussion - Ausweitung der Pflegebegleitung - Übertragbarkeit auf andere Zielgruppen**

Im Projektverlauf wurden nicht nur die Grundlagen geschaffen, wie pflegende Familien erreicht werden können (Kapitel 6.1). Es ist auch der Nachweis gelungen, dass erhebliche Wirkungen erzielt werden. Dass sich das Erleben der eigenen Pflegesituation zum Positiven hin verändert und sich entsprechend die Gesamtsituation stabilisiert, ist als zentraler Effekt hervorzuheben.



Aus den nachgewiesenen Effekten sowie dem eindeutigen Votum der begleiteten pflegenden Angehörigen, dass „Pflegebegleitung auch weiterhin angeboten werden sollte“ (vgl. Abb. 71), wird gefolgert, Pflegebegleitung nun flächendeckend zu verbreiten und dafür „Regelstrukturen“ zu schaffen.

Zudem ist anzunehmen, dass sich das Freiwilligenprofil „Pflegebegleitung“ auch im Hinblick auf andere Personengruppen als effektiv erweisen kann, die sich in Lebensgemeinschaften oder im nachbarschaftlichen Umfeld um andere kümmern und psychosoziale Begleitung benötigen. Erste Anfragen zeigen, dass z. B. seitens der Eltern von behinderten oder chronisch kranken Kindern ebenfalls nachbarschaftliche Begleitung angefragt wird. Ebenso zeigt sich ein Begleitungsbedarf von Personen, die ihre pflegebedürftigen Verwandten und Bekannten in einer stationären Einrichtung untergebracht haben. Auch weitere Themenfelder tun sich auf, wie z. B. Pflegebegleitung für Migranten oder für Personen, die zu Hause einen Aidskranken oder psychisch Kranke pflegen. Hier liegen weitere sinnvolle Entwicklungen, zu denen bereits erste Erfahrungen vorliegen und die weiterer Erprobung und systematischer Aufarbeitung bedürfen.

### 6.3 Merkmal 3: Psychosoziales Profil der Begleitung hebt Bedeutung des „Zwischenmenschlichen“ hervor

Die zunehmende Akzeptanz des Engagements der freiwilligen Pflegebegleiter ist nicht zuletzt auf ihre „Empowerment-Orientierung“ und ihr klar abgegrenztes und bewusst eingeschränktes Profil zurückzuführen.

#### 1. Empowerment als Grundhaltung für Begleitungen

Die Ergebnisse der Begleitforschung bestätigen die hohe Akzeptanz des dem Pflegebegleiter-Projekt zugrunde liegenden „Empowerment-Paradigmas“ (vgl. dazu ausführlich Kapitel 1.1). Wie bereits in Bezugnahme auf die Projektentwicklung dargestellt (vgl. Kapitel 4.3.4) wird die Grundidee des Empowerment-Ansatzes „Stärken statt helfen“ in der Begleitungspraxis der Freiwilligen durch Beachtung folgender Regeln greifbar: den „Eigen-Sinn“ der pflegenden Angehörigen akzeptieren, als Gesprächspartner „normativ enthalten“ sein, darauf verzichten, dem anderen Hilfsbedürftigkeit zuzuschreiben, dem Ge-

genüber das Recht auf eine selbstbestimmte Lebens- und Lerngestaltung zugestehen (vgl. dazu ausführlich Herriger 2002). Dass der Ansatz in den Begleitungen auch verwirklicht wird, zeigen die Ergebnisse der Interviews mit pflegenden Angehörigen. Hier wird konstatiert, wie wichtig es war, dass die Pflegebegleiter nicht nur zügig verfügbar waren, sondern auch so diskret und einfühlsam auftraten, dass die pflegenden Angehörigen ihr Angebot der Begleitung aktiv annehmen konnten. Den pflegenden Angehörigen ging es v. a. darum, die überfordernde Situation mit jemandem zu teilen. War der Prozess der Vertrauensbildung vollzogen, kam es in den meisten Fällen zum Aufbau einer Pflegebegleitungsbeziehung, die als beidseitig regulierbare Sorgebeziehung beschrieben wird (vgl. Abb. 62). Gekennzeichnet durch angemessene emotionale Distanz, Empathie und Rücksichtnahme entwickelte sich das Verhältnis hin zu einer als positiv empfundenen Form der gelebten Nachbarschaftlichkeit mit eigener Qualität; die Pflegebegleiter wurden so zu einem zentralen Gegenüber im Pflegesetting.

## 2. Pflegebegleiter sind versierte Gesprächspartner

Die - im Projektverlauf anfangs umstrittene - Fokussierung auf psychosoziale Begleitung hat dazu beigetragen, das freiwillige Engagement der Pflegebegleiter in seinem besonderen Charakter als Gesprächs- und Beziehungsangebot wahrnehmbar und von anderen unterscheidbar zu machen. In den Kooperationen mit anderen Freiwilligeninitiativen vor Ort tritt diese Besonderheit deutlich hervor: Wird konkrete Aushilfe gewünscht (etwa die Betreuung einer pflegebedürftigen Person, um dem pflegenden Angehörigen zeitliche Freiräume zu schaffen), werden von den Pflegebegleitern Kontakte zu den Seniorenbegleitern hergestellt. Gleichfalls zeigen die Pflegebegleiter ein Bewusstsein für die eigenen „Grenzen“, wenn sie in einer Sterbesituation auf die Möglichkeit hinweisen, von sogenannten Hospizlern Hilfe anzufragen. So hat freiwillige Pflegebegleitung nicht nur durch seine klare Abgrenzung gegenüber professionellen, sondern auch gegenüber anderen freiwilligen Dienstleistungen ihr Profil geschärft.<sup>27</sup>

<sup>27</sup> So besteht z. B. zu den freiwilligen Seniorenbegleitern insofern eine Nähe, als Pflegebegleiter und Seniorenbegleiter im gleichen Feld tätig sind (auch in der Praxis sind sie zuweilen in derselben Familie engagiert). Dennoch versteht sich das Profil der Seniorenbegleiter eher im Sinne einer Dienstleistungslogik: Dies zeigt sich etwa darin, dass Seniorenbegleiter „Dienste“ im Stundentakt planen und oftmals pauschale Aufwandsentschädigungen erhalten. Demgegenüber verstehen sich die Pflegebegleiter explizit als entgeltfreies Angebot für pflegende Angehörige.

Was die Qualität der Begleitung betrifft, liegen hierzu hinreichende, in Kapitel 5 detailliert dargestellte Informationen vor – und zwar vonseiten der Pflegebegleiter wie auch der pflegenden Angehörigen selbst (Zuhören, Informieren sowie auf eine Wertschätzung erbrachter Leistungen in der familialen Pflege, zum eigenen Weg ermutigen, Trost spenden). Dass für eine gelingende Begleitung eine spezielle Form von Passung notwendig ist, wurde in Kapitel 5.4.2 ausführlich dargestellt. Wichtig ist dabei, dass es sich – aus der Perspektive der pflegenden Angehörigen – um eine gleichberechtigte Beziehung „auf Augenhöhe“ handelt, die getragen ist von Möglichkeiten auf beiden Seiten, die Beziehung zu regulieren und zu gestalten (beidseitige Beziehungsregulation).

### **3. Diskussion: Ansatz von Selbstbestimmung aktiviert pflegende Angehörige**

Das neue Paradigma im Projekt Pflegebegleiter besteht in der Wahrnehmung von individuellen Autonomie- und Partizipationsbedürfnissen durch ein Gesprächsangebot „auf Augenhöhe“. Auch in der professionellen Pflege wird in aktuellen Debatten die Herstellung eines „symmetrischen Arbeitsbündnisses“ zwischen Professionellen und Klienten gefordert (vgl. beispielsweise Bunzendahl et al. 2004, S. 47ff.) – wie dies auch dem Grundgedanken der Partizipation im SGB IX mit der Maßgabe der Erarbeitung individueller Pflegeziele entspricht. „Autonomiegefährdend könnten gerade jene Errungenschaften der neueren Pflegepraxis wirken wie Standards, Orientierung an externer Evidenz von Einzelleistungen der Grund- und Prozesspflege, Qualitätsmanagement, wenn sie nicht hinreichend auf die interne Evidenz der individuellen Autonomie- und Partizipationsbedürfnisse des je einzigartigen pflegebedürftigen Klienten bezogen“ seien (Behrens/Zimmermann 2006, S. 165). Neuere gerontologische Literatur betont, dass die externe Evidenz professioneller Erfahrung immer nur aus der Perspektive der internen Evidenz zu nutzen ist. Diese Akzentuierung des Vorrangs interner Evidenz und damit der Selbsteinschätzung des Klienten legitimiert auch die für die niedrigschwellige Begleitungsarbeit im Projekt gewählte Betonung einer Stärkung der Selbstäußerung der pflegenden Angehörigen und der (Rück-) Gewinnung von gewünschter Selbstbestimmung bzw. Autonomie.

Somit wird aus gerontologischer Perspektive sowohl die Bedeutung des Empowerment-Ansatzes als auch der psychosozialen Begleitungsarbeit im Form von Gesprächs- und Beziehungsangeboten unterstrichen. Behrens und Zimmermann regen an, zunächst die Selbstäußerung und Selbstklärung zu unterstützen und eine Kommunikation über die

Pflegesituation zu Hause in Gang zu bringen – so wie dies für gewöhnlich in Pflegebegleitungen geschieht. Hierzu die genannten Autoren: „Selbst der medizinische Spezialist für eine Krankheit bedarf, wenn er selbst an ihr erkrankt, eines Gegenübers, mit dem er seine Angst bewältigen kann. In dieser Begegnung geht es nicht hauptsächlich um die Bewältigung von Wissensdefiziten, sondern um die Bewältigung von Angst.“ (Behrens/Zimmermann 2006, S. 165). Was geteilt werde, seien nicht die Pflegeentscheidungen (diese lägen bei der pflegedürftigen Person und ihren Angehörigen), sondern die innere Not und Unsicherheit. Damit bestätigen die Autoren die im Projekt gewählte Art der Gesprächsführung.

Bewährt hat sich auch die spezielle Vorgehensweise der Pflegebegleiter, die pflegenden Angehörigen als „Experten“ ihrer eigenen Situation anzusprechen. Die meisten von ihnen wissen selbst, was sie benötigen, um Lebensqualität für alle am Pflegeprozess Beteiligten zu erreichen, ihnen fehlt aber ein Gesprächspartner, um sich darüber klarzuwerden. Mit dem Motto im Projekt „Hilfe macht abhängig, Begleitung macht stark“ war intendiert, durch die Orientierung am Leitbild von nachbarschaftlicher gegenseitiger Unterstützung die in professionellen Pflegeverhältnissen angelegte strukturelle Asymmetrie von Klient und Professionellem zu umgehen. Gleichzeitig sollten pflegende Angehörige gestärkt werden, auch in asymmetrisch angelegten Kontakten zu Professionellen und Behörden ihre autonome Lebenspraxis zu verteidigen. So versuchen die freiwilligen Pflegebegleiter, die zur Sprache kommenden Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Laien und Professionellen in Bezug auf die Pflege dadurch anzugehen, dass sie das Prinzip des „Perspektivenwechsels“ einführen (vgl. dazu Bubolz-Lutz 2006). Dies fördert das gegenseitige Verständnis und schlägt damit auch eine Brücke vom Laiensystem zum professionellen System.

Die Bedeutsamkeit des psychosozialen Ansatzes für die pflegenden Angehörigen in Bezug auf den Aspekt der Förderung von Gesundheit und der Vermeidung von Erkrankungen kann auch durch das Konzept der „Salutogenese“ von Antonovsky erhärtet werden. Wenn Antonovsky (1997) darauf verweist, dass sich das gesundheitsförderliche Kohärenzgefühl durch „Verstehbarkeit“, „Bedeutsamkeit“, und „Handhabbarkeit“ entwickelt, so lässt sich folgern, dass Pflegebegleitung als ein Beitrag zur Gesundheitsförderung angesehen werden kann. Pflegebegleitung zielt nämlich vornehmlich auf die drei genannten Aspekte:

- Verstehbarkeit soll erreicht werden über eine Gesprächsführung, die für Fragen Raum lässt und sich am Vorwissen der Gesprächspartner orientiert.

- Bedeutsamkeit soll erreicht werden über Gespräche, die die Erörterung von Sinn- und Wertfragen ermöglichen.
- Handhabbarkeit soll erreicht werden über die praktische Ausrichtung der Begleitung, in der es darum geht, Bedingungen dafür zu schaffen, dass Angehörige wieder ins eigenständige Handeln kommen.

Inwieweit diese Aspekte de facto innerhalb der Pflegebegleitungen zum Tragen kommen, könnte ein Anliegen weitergehender Forschungsarbeiten sein. Ebenso wäre es interessant zu klären, welcher gesundheitsförderliche Stellenwert der Vertrauensbildung zukommt, die v. a. innerhalb von länger andauernden Pflegebegleitungen stattfindet (vgl. Kapitel 5.4.2).

Generell bestätigen neuere empirische Untersuchungen die besondere Wirksamkeit von speziellen Gesprächstechniken, wie sie auch in Pflegebegleitungen Anwendung finden sollen (vgl. dazu Haberstroh et al. 2006). Berichtet wird etwa von der Erprobung eines Standardverfahrens für den Umgang mit Angehörigen im stationären Bereich (Krankenhaus/ Intensivstation). Die französischen Ärzte boten „Familienkonferenzen“ an: Die erste Konferenz fand zwölf Stunden nach Aufnahme des Patienten statt, die zweite und dritte nach zwei bzw. fünf Tagen. Mithilfe einer speziellen Gesprächstechnik (Value-Methode) wurden noch bessere Ergebnisse erreicht als in der Kontrollgruppe: Die pflegenden Angehörigen zeigten seltener Zeichen von Stresserkrankungen, und weniger Personen litten an einer Depression oder Angstreaktion (vgl. Sahn 2007).

Die Kennzeichen der Value-Methode stimmen mit den Gesprächstechniken für Pflegebegleitung weitgehend überein:

- Die Angehörigen bekommen viel Zeit zum Sprechen.
- Sie bekommen reichlich Gelegenheit, Gefühle zu äußern.
- Die vermuteten Wünsche der Angehörigen werden angesprochen.

Aus den Untersuchungsergebnissen werden zwei Folgerungen abgeleitet:

1. Es kommt auf das Zuhören an.
2. Die Zeit, die von Ärzten mit Angehörigen verbracht wird, wird auch unter ökonomischen Aspekten als sinnvoll eingeschätzt (Vermeidung von Depressionen und Angstzuständen).

Diese beiden Aspekte lassen sich auch zur Charakterisierung und Begründung von Pflegebegleitung heranziehen. Wie die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigen, wird das Zuhören von den Freiwilligen selbst als das charakteristische Merkmal der Begleitungen angegeben (höchste Priorität, vgl. dazu Kapitel 5.3.2 Tab. 4). Auch der zweite Aspekt – eine mögliche Vermeidung von Folgekrankheiten aufgrund einer psychischen Überbelastung – ist zu berücksichtigen. Hierzu sind allerdings noch weitere, längerfristig laufende Untersuchungen notwendig, um mögliche Langzeiteffekte nachzuweisen.

Der Ansatz der Pflegebegleitung kann auch als psychosoziales, im Sprachgebrauch von Pinquart und Sörensen (2005) als „psychoedukatives“ Angebot bezeichnet werden. Bei der Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger unterscheiden Pinquart und Sörensen (2005, S. 628 ff.) zwei unterschiedliche Kategorien von Interventionen:

1. Maßnahmen, die das Ausmaß objektiver Stressoren reduzieren (pflegeentlastende Dienste, Maßnahmen zur Reduzierung der Symptome des Pflegebedürftigen), und
2. Interventionen, die die Fähigkeit des Pflegenden zum Umgang mit den Stressoren erhöhen sollen (psychoedukative Angebote, Psychotherapie, allgemeine soziale Unterstützung).

Die psychoedukativen Angebote sind jedoch – wie Pinquart und Sörensen kritisieren – oftmals sehr eng geführt, beispielsweise auf der Basis von Manuals, die wenige Modifikationen zulassen. Die genannten Autoren plädieren deshalb für einen psychoedukativen Ansatz, der (wie im Pflegebegleiter-Projekt intendiert) viel Spielräume lässt und trotzdem sehr zielgerichtet ist.

In einer Meta-Analyse von 137 Interventionsstudien konnten Pinquart und Sörensen nachweisen, dass sich durch gezielte Interventionen bei den pflegenden Angehörigen signifikante Verbesserungen einstellten, und zwar im Hinblick auf:

- psychisches Belastetsein,
- Depressivität,
- positives subjektives Befinden,
- Wissen und
- (selbst berichtete) Fähigkeiten der Pflegenden.

Zudem verbesserten sich die Symptome der Gepflegten. Die Autoren konstatieren signifikante Verbesserungen aller Ergebnisvariablen bei Psychotherapie und Bildungsangeboten. Pflegeentlastende Dienste hingegen zeigten zwar einen unmittelbaren Effekt auf die psychischen Aspekte (Stresssymptome, Depressivität und positives Befinden), nicht jedoch in Bezug auf Wissen und Fähigkeiten der Pflegenden sowie Symptome der Gepflegten. Diese Ergebnisse verweisen auf die große Bedeutung, die ganzheitlich ausgerichteten wissens- und kompetenzorientierten Angeboten wie der Pflegebegleitung im Pflege-Mix zukommt.

Auch die Bedeutung des auf Selbstbestimmung ausgerichteten Pflegebegleitungs-Ansatzes erfährt inzwischen durch gerontologische Forschungsarbeiten Bestätigung: Demnach wird die Möglichkeit der Selbstbestimmung und Teilhabe an den sie betreffenden Entscheidungen von den pflegenden Angehörigen als zentrale Voraussetzungen für eine den individuellen Bedürfnissen und Wünschen entsprechende Gestaltung des Lebensalltags mit Pflege angesehen (vgl. Heusinger 2006, S. 418f.). In kritischer Auseinandersetzung mit den Tendenzen der professionellen Pflege, einseitig die „selbstständige Lebensführung“ zu fördern, konstatieren gerontologische Ansätze neuerdings die Unterscheidung von „Autonomie“ und „Autarkie“ im Pflegeprozess. So heben Behrens und Zimmermann hervor, das primäre Ziel der Pflege sei die Stärkung von (innerer) „Autonomie“. Die Fähigkeit, etwas selbst zu tun, sei nur „eines unter mehreren Mitteln“ (2006, S.165). Analog favorisieren Pflegebegleiter ebenso die Förderung einer „inneren Autonomie“ des pflegenden Angehörigen, insofern sie nicht nur dabei behilflich sind, eine effektive Pflegeorganisation zu unterstützen, sondern (je nach Bedarf) für persönliche Klärungen und innerpsychische Stabilisierungsprozesse Gesprächspartner zu sein.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden: Neben den notwendigen Versorgungsleistungen sind auch Gespräche und zwischenmenschliche Begegnungen wichtig. Die dadurch entstehende soziale Einbettung stellt die Grundlage dafür dar, dass Pflege zu Hause für alle zufriedenstellend gelingen kann. Pflegenden Angehörigen erwähnen, dass sich dadurch auch die Beziehung zum Gepflegten verbessert und die Pflegesituation sich insgesamt entspannt. Dieser Aspekt wird im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Ansatz bereits aufgegriffen. Es hat sich allerdings zu erweisen, wie viel Raum ihm in der Umsetzung zugestanden wird. Da er sich aber als grundlegend für die Handlungsfähigkeit pflegenden Angehöriger erwiesen hat, sollte dem Angebot der freiwilligen Pflegebegleitung, das

sich strukturell durch viel Zeit für Gespräche und eine hohe Flexibilität für individuelle Bedarfslagen auszeichnet, künftig im Pflege-Mix eine Schlüsselstellung zukommen.

Darüber hinaus gibt der Zuspruch zum Engagement der Pflegebegleiter einen Hinweis darauf, welcher Stellenwert im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung der „Beziehungspflege“ (Arbeit mit „Nähe“ und „auf Augenhöhe“) zukommt.

## 6.4 Merkmal 4: Pflegebegleitung basiert auf einem speziellen Lern- und Kompetenzansatz - der auch der Entwicklungsförderung der Freiwilligen dient

Das Pflegebegleiter-Profil zielt nicht nur auf die Unterstützung pflegender Angehöriger - und damit mittelbar auf die Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Personen - sowie auf eine dazu notwendige Kompetenzentwicklung von Freiwilligen, die diese Begleitung durchführen - siehe dazu 1. und 2. Es versteht sich darüber hinaus auch als „Entwicklungsangebot“ für die Freiwilligen selbst: Die als Gesamtkonzept ausgelegte „Freiwilligenkultur“ mit Anstößen zur Selbstreflexion und zu Lernprozessen in der Gruppe wird als Grundlage für nachhaltig wirksames Engagement angesehen - siehe dazu 3. und 4.<sup>28</sup>

Im Projekt Pflegebegleiter haben Qualifizierungen auf zwei Ebenen stattgefunden. Zunächst sind (auf Ebene 1) Projekt-Initiatoren qualifiziert worden, die dann in der Folge die Pflegebegleiter-Kurse (Ebene 2) durchgeführt, die daraus entstandenen Pflegebegleiter-Initiativen koordiniert und die Pflegebegleiter durch Praxisbegleitung unterstützt haben. Auf beiden Ebenen wurde nach einem spezifischen Lernansatz gearbeitet, der sich am „Selbstbestimmten Lernen“ orientiert. Die didaktischen Prinzipien und die Lernmaterialien sollten aber - bei aller Unterschiedlichkeit der verschiedenen Kurse - bundesweit vergleichbar sein. Das führte zur Entwicklung eigener methodisch-didaktischer Kursmaterialien, die allen Standorten eine einheitliche Orientierung geben (vgl. Kapitel 4). Die bundesweite Evaluation der Pflegebegleiter-Kurse (vgl. Kapitel 5.1) macht deutlich, dass die Kurse zu den gewünschten Ergebnissen geführt haben. So kann das im Projekt entwickelte Lernkonzept für den gesamten Bereich des bürgerschaftlichen Lernens wichtige Impulse liefern.

<sup>28</sup> Entsprechend werden Fördergelder nicht an einzelne Freiwillige weitergegeben, sondern kommen der Ausgestaltung der Freiwilligen-, Lern- und Anerkennungskultur in der Freiwilligengruppe/Pflegebegleiter-Initiative zugute.



## **1. Das Lernen nach dem „Lernkompass“ führt zu einem klaren Rollenverständnis**

Das Lernen in der Gruppe, orientiert am „Lernkompass“ (vgl. Kapitel 4.3.5), war zwar für die Kursteilnehmer zunächst irritierend: Es war kein fest vorgegebenes Curriculum vorgesehen, sondern alle Beteiligten waren selbst gefordert, die verbindlichen Themen zu einem Lernplan zusammenzustellen und die Schritte in die Praxis ihren speziellen Voraussetzungen vor Ort gemäß zu bearbeiten. Im Resultat ist dieser Fortbildungsansatz sehr gut angekommen, weil er das hält, was er verspricht: Die Achtung der Selbstbestimmung wird nicht nur als Postulat für die Pflegebegleitungen „gelehrt“, sondern in der Praxis der Vorbereitungskurse selbst – nach dem Prinzip des „Selbstbestimmten Lernens“ – umgesetzt bzw. eingeübt. Diese „Schlüssigkeit“ macht den Zuspruch gegenüber den Vorbereitungskursen plausibel. Besonders greifbar wird die erfolgreiche Arbeit mit dem Lernkompass (vgl. Abb. 30) darin, dass es gelungen ist, in den Pflegebegleiter-Kursen das eigene Rollenverständnis zu schärfen und damit eine mit allen Akteuren bundesweit abgestimmte und doch je eigene „Corporate Identity“ zu entwickeln. Dies wäre mit einem festgefügteten Curriculum so nicht möglich gewesen.

## **2. Die Vorbereitungskurse im Projekt Pflegebegleiter ermöglichen die Entwicklung von Haltungen und Handlungskompetenzen**

Im wissenschaftlichen Diskurs zum Selbstbestimmten Lernen wird immer wieder explizit darauf hingewiesen, wie untrennbar Lernen und Handeln zusammengehören (Mörchen/Bubolz-Lutz 2006; Bubolz-Lutz 2008) und wie sich folglich Lernarrangements daran orientieren müssen, Kompetenzentwicklung im Sinne von Handlungsfähigkeit möglich zu machen. Die Lernprozesse in den Vorbereitungskursen waren methodisch so angelegt, dass diese individuelle Kompetenzentwicklung möglich wurde.

Durch das Anknüpfen an vorhandene Kompetenzen und bereits verfügbares Vorwissen wurde das Zutrauen zum eigenen Tun gestärkt. Gleichzeitig fühlten sich gerade solche Personen vom Kursangebot angesprochen, die bereits über einen Erfahrungsfundus verfügen: 65,9% von ihnen brachten eigene Pflegeerfahrungen mit, 55,2% im privaten Bereich (vgl. dazu Kapitel 5.1.1). Der Lernkompass bot diesen in Sachen „Pflege“ bereits erfahrenen Teilnehmern die Möglichkeit, sich einerseits kompetent in die Gruppe einzubringen, aber andererseits auch neue Kompetenzen zu erwerben.

Das Lernen in der Gruppe war für viele Teilnehmer eine neue Erfahrung, die als irritierend und Gewinn bringend zugleich erlebt wurde. In der Evaluation, am Ende des jeweiligen Kurses, überwogen die Aspekte, die den Faktor „Atmosphäre in der Gruppe“ als sehr wichtig erscheinen ließen. Die Form der Lernbegleitung wurde sehr positiv bewertet. D. h., im Erleben von Gemeinsamkeit in der Gruppe konnte ein Vertrauensklima wachsen, das es möglich machte, auch über sonst eher tabuisierte Themen zu sprechen, wie über eigene Ängste zu den Themen Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Tod und Sterben. Dies fördert die Entwicklung eigener reflektierter Haltungen, die in der Pflegebegleitung zwingend notwendig sind. Das Lernklima der Selbstbestimmung und Offenheit förderte die Gruppenmitglieder in besonderer Weise, sodass sie in ihrer anschließenden Arbeit in den Pflegebegleiter-Initiativen z. B. in der Lage waren, sehr kreativ eigene Zugänge zu den Familien zu finden (zur Selbstbestimmungstheorie des Lernen vgl. Deci/Ryan 1993; Krapp/Ryan 2002).

Das Lernkonzept motiviert auch ganz offensichtlich zum Engagement, denn immerhin 78,5% Teilnehmende entschieden sich nach Abschluss des Kurses eindeutig dafür, 19,3% waren noch unentschieden, und nur 2,2% entschieden sich klar dagegen. Dieses Ergebnis bestätigt auch noch einmal die Tragfähigkeit des Lernkonzepts in den Kursen, die in Bezug auf das spätere freiwillige Engagement ergebnisoffen angeboten wurden: Die Entscheidung für oder gegen ein Engagement als Pflegebegleiter fiel erst nach Abschluss der Vorbereitungsphase.

Allerdings wird in der Evaluation der Kurse auch deutlich, dass einige Themen nicht ausreichend genug behandelt werden konnten. So wird die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit Tabuthemen (Ekel, Scham, Schwäche) noch stärker gewünscht, und auch der Praxisbezug wird etwas weniger gut bewertet als andere Themen (vgl. Kapitel 5.1 Kursevaluation). Das macht deutlich, dass – wie vorgesehen – weiterführende Fortbildungen wirklich notwendig sind. Im Rahmen der Praxisphase der Initiativen (mit Reflexionen und Supervisionen) haben sie derzeit bereits ihren festen Platz.

### **3. Kompetenzentwicklung als persönlicher Gewinn für die Freiwilligen selbst**

Die Vorbereitung zur Pflegebegleitung und anschließenden Tätigkeit hat in Bezug auf die einzelnen Akteure durchaus entwicklungsförderlichen Charakter. Darauf verweisen viele Rückmeldungen von Pflegebegleitern bundesweit. Besonders förderlich und motivierend

erscheint die Ausrichtung des Lernens an den Bedarfs- und Motivationslagen der Freiwilligen wie auch an deren Ressourcen.

Vor dem Hintergrund des Ergebnisses, dass die drittstärkste Gruppe der Teilnehmer an den Pflegebegleiter-Kursen arbeitslose Menschen oder Beschäftigte in ungesicherten Arbeitsverhältnissen sind (vgl. Kapitel 5.1.1: 23,1% bezeichnen sich als arbeitslos bzw. arbeitssuchend, wovon wiederum 6,3% der Befragten geringfügig beschäftigt sind), hat Kompetenzentwicklung noch eine ganz besondere Relevanz. Über das Gefühl, „gebraucht“ zu werden, „für andere da sein“ zu können, wächst ganz offensichtlich auch das eigene Selbstwertgefühl, werden – im Sinne eines „Helping as Coping“ (Midlarsky/Kahana 1994; Stepleman et al. 2005) – eigene Ressourcen und Perspektiven wieder eher greifbar und auch nach außen hin sichtbar.

Im Projekt Pflegebegleiter ist die Entwicklung eigener Kompetenzen auf allen Ebenen angesiedelt. Für die angehenden Pflegebegleiter wird davon ausgegangen, dass sie nur in dem Maße, in dem sie sich selbst als kompetent Handelnde erleben, diese Haltung auch an pflegende Angehörige weitergeben können. Diese wiederum können auch nur dann selbst neue Lebensperspektiven entwickeln und ein Gefühl mangelnder Selbstwirksamkeit vermeiden, wenn sie Zugang zu ihren eigenen Ressourcen und Kompetenzen haben und dadurch Handlungsalternativen sehen. Mit Blick auf die Erfahrungen im Projekt kann gefolgert werden, dem Paradigma von Kompetenzentwicklung und dem Erleben von Selbstwirksamkeit nicht nur in Bezug auf das freiwillige Engagement, sondern insgesamt auch in Bezug auf das professionelle und familiäre System mehr Beachtung zu schenken.

#### **4. Gesundheitslernen für Freiwillige und ihre Familien**

Die Daten zu Alter und beruflichem Status der Teilnehmenden an den Kursen zeigen, dass zwar die Berufstätigen die größte Gruppe darstellen, sich jedoch v. a. die Altersgruppe in der späten beruflichen Phase für die Tätigkeit der Pflegebegleitung interessiert – möglicherweise auch im Hinblick auf die Vorbereitung zur Gestaltung des eigenen Alters oder weil als Gegenpol zu den Erfahrungen im Berufsleben ein sinnstiftendes Engagementfeld gesucht wird.

Bei einer großen Zahl der Engagierten im Pflegebegleiter-Projekt lässt sich vermuten, dass der Projektrahmen für sie eine Gelegenheit darstellt, eigene Fragen zu bearbeiten (vgl. Kapitel 5, Wunsch nach mehr Raum für tabuisierte Themen im Vorbereitungskurs), aber auch eigene Pflegeerfahrungen nochmals gemeinsam mit anderen reflektieren zu können (vgl. Kapitel 5.1.1).

Freiwilliges Engagement für den Einzelnen lohnt sich insofern, als Ressourcen aktiviert und Kompetenzen erworben werden. Aktuellen Untersuchungen zufolge wirkt Engagement:

- erholend, z. B. durch ein „Mastery-Erleben“ (vgl. Sonnentag/Fritz 2007) als die Erfahrung, besondere Herausforderungen erfolgreich gemeistert zu haben;
- stresspuffernd, z. B. durch den Aufbau einer flexiblen Form von emotionaler Distanz, die gleichzeitig Kontakt ermöglicht – etwa bei Hospizhelfern (vgl. dazu Golüke 2005);
- vernetzend, z. B. durch Ermöglichung von Kontakten in der Gruppe/im Verein – im Engagement werden auch „Arbeitskontakte“ geknüpft (vgl. Gensike et al. 2006: 22% der Freiwilligen beschreiben ihr Engagement als „arbeitsmarktnah“);
- motivierend und aktivierend – dadurch kommt es zu einem erhöhten Grad an Zufriedenheit mit der eigenen beruflichen Tätigkeit.

Auch eine aktuelle Untersuchung von Peters stellt – unter Verweis auf die menschliche Tendenz des Strebens nach Aufrechterhaltung des Wohlbefindens durch „produktive Aktivitäten“ – fest, dass unentgeltlich ausgeübte Tätigkeit zur Steigerung des Selbstwertgefühls beitrage oder die Produktion von „Sozialkapital“ begünstige.

Als motivierende Bedingungen für freiwilliges Engagement werden aktuell hervorgehoben (vgl. dazu Peters et al. 2008, S. 98):

- die Sinnhaftigkeit der freiwilligen Tätigkeit;
- die Autonomie der freiwilligen Tätigkeit (Zugehörigkeit zu einer Initiative und Aufgabe sind frei gewählt);
- das „Sichwiederfinden“ des Individuums in einer freiwilligen gemeinnützigen Tätigkeit – dies erhöht generell Commitment und Involviertheit auch in anderen Lebens- oder Arbeitsbereichen.

Diese drei aus arbeits- und organisationspsychologischen Untersuchungen hervorgehenden zentralen Aspekte finden sich in der Konzeption der Arbeit mit den Freiwilligen im

Pflegebegleiter-Projekt wieder: Sinn, Selbstbestimmung und Selbstreflexion sind wichtige Aspekte im sogenannten Lernkompass, der die zentralen didaktischen Projektorientierungen enthält.

Die hier skizzierten positiven Effekte freiwilligen Engagements lassen sich noch ergänzen um den von Antonovsky (1997) vertretenen Aspekt der Gesundheitsförderung: Die in den Kursen und in der Reflexion des Engagements gemachten Erfahrungen zur „Verstehbarkeit“, „Bedeutsamkeit“, und „Handhabbarkeit“ von Pflege können gesundheitsförderliche Wirkungen entfalten – etwa dann, wenn im eigenen Umfeld Pflegebedarf und damit Handlungsbedarf entsteht. Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen verweisen darauf, dass eine Vorbereitung auf die Pflege dazu beiträgt, dass in der späteren Pflege ein geringeres Belastungserleben eintritt (vgl. Hörl/Rosenmayr, o. J.).

### **5. Diskussion – Notwendigkeit, Effektivität und Übertragbarkeit des didaktischen Ansatzes**

Es zeigt sich im Ergebnis der Evaluation deutlich, dass das Lernen im Projekt mit den Komponenten Selbstbestimmung/zunehmende Selbstorganisation und Austausch in der Gruppe erfolgreich war. Damit liegen für eine weitere Verbreitung von Pflegebegleitung alle notwendigen Arbeitsmaterialien vor – sie haben den „Praxistest“ bereits bestanden.

Der Ansatz des Selbstbestimmten Lernens gibt aber auch Anregungen für ein bürgerschaftliches Lernen über den Pflegebereich hinaus. Die Ergebnisse der Begleitforschung weisen nach, dass die im Projekt angebotenen Fortbildungen nach ganzheitlichem Lernkonzept zum Engagement motivieren und effektiv auf das Engagement vorbereiten. Die systematische Qualifizierung der freiwilligen Pflegebegleiter ebenso wie der Projekt-Initiatoren hat sich als solides Kernstück der Qualitätsentwicklung für das Engagement erwiesen. Die eindeutigen positiven Beurteilungen und Einschätzungen der Wirkungen verweisen darauf, dass dieses am Selbstbestimmten Lernen orientierte Bildungskonzept geeignet ist, nicht nur Wissen, sondern auch Haltungen und Kompetenzen für die praktische Arbeit zu entwickeln. Erfahrungen mit anderen Modellprojekten verweisen darauf, dass ähnliche Verfahren (z. B. sog. Lernwerkstätten) auch in anderen Engagementbereichen erfolgversprechend Verwendung finden (vgl. das KBE-Projekt „Lernort Gemeinde“).

Die große Zahl derjenigen Projektakteure, die Pflegeerfahrung haben, macht es notwendig, darauf in spezieller Weise einzugehen: Neben den damit verknüpften Vorteilen eines vorhandenen Erfahrungswissens und einer größeren Einfühlungsfähigkeit in die Situation der pflegenden Angehörigen gibt es auch Risiken. So fehlt unter Umständen die Fähigkeit, zwischen den eigenen Erfahrungen und denen des Gegenübers trennscharf zu unterscheiden. Deshalb werden in den Pflegebegleiter-Kursen eine eingehende Reflexion der eigenen Pflegebiografie angestoßen sowie die neue Rolle des Begleiters eingeübt, die sich am Gegenüber orientiert und sich mit Interpretationen oder Ratschlägen zurückhält. Durch die Selbstreflexion und das „Sichwiederfinden“ erhöht sich sowohl die Zufriedenheit der Freiwilligen als auch die Kompetenz, die Perspektiven zu wechseln.

Kompetenzentwicklung im freiwilligen Engagement geht immer weit über ein bloßes Kursangebot hinaus. Sie ist auch im Pflegebegleiter-Projekt nicht auf das Kursgeschehen begrenzt. Wie in Bezug auf das Lernarrangement für die Projekt-Initiatoren ausführlich skizziert, bietet das Projektdesign insgesamt vielfältige Lernimpulse im Anschluss an die Grundqualifizierung, die sowohl in den persönlichen Alltag als auch in das gesellschaftliche Umfeld hinein wirksam werden.

Die Notwendigkeit einer fachlich angeleiteten Kompetenzentwicklung steht außer Frage und wird generell eingefordert. Nach Pankoke (2002, S. 82) zeigt die sozialwissenschaftliche Beobachtung von Akteuren des „neuen Ehrenamts“, dass sie motiviert sind, durch Übernahme von sozialer und öffentlicher Verantwortung Grenzerfahrungen zu machen, und dass sie diese als eine Herausforderung zur eigenen Kompetenzentwicklung begreifen. Damit wird dem Lernen durch die eigenen Erfahrungen im freiwilligen Engagement eine besondere Bedeutung zugesprochen. Es werden ebenso aber auch Angebote zur Kompetenzentwicklung im und für das Engagement eingefordert wie Weiterbildungsangebote, Supervision und fachlich angeleitete (Selbst-)Evaluation. Vor allem von denjenigen Personen, die sich für eher innovative und anspruchsvolle freiwillige Tätigkeiten interessieren, werden diese Angebote zu den motivierenden Faktoren gezählt.

Auch über die gewünschte Qualität von Qualifizierungsmaßnahmen für freiwillige Helfer liegt inzwischen eine Studie vor (vgl. Gräßel/Schirmer 2006, S. 217): Die qualitative Analyse mit 40 Freiwilligen (Helfern von Demenzerkrankten) der Angehörigenberatung Nürnberg e. V. mit je drei Interviews über 1,5 Jahre ergab: Gewünscht wird ein Lernen des Umgangs mit

Demenzkranken an Fallbeispielen und durch praktische Übungen. Die Ergebnisse der Evaluation der Pflegebegleiter-Vorbereitungskurse verweisen in eben diese Richtung. Desgleichen wird die Notwendigkeit des Weiterlernens nach dem Kurs bestätigt. So untermauern Gräßel und Schirmer den im Pflegebegleiter-Projekt gewählten Ansatz des organisierten Weiterlernens und der fachlichen Praxisbegleitung. Sie kommen zu dem Schluss, dass ohne eine professionelle Begleitung, die v. a. als Ansprechpartner bei Problemen kontinuierlich zur Verfügung steht, ein derartiges Angebot nicht aufrechtzuerhalten ist.<sup>29</sup>

Für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ergeben sich somit folgende Anregungen:

- Im Bildungsdiskurs gehört die Frage der Motivierung zum Lernen zu einem zentralen Forschungsschwerpunkt. Die im Projekt gemachten positiven Erfahrungen mit der Arbeit an gemeinsamen, persönlich wie gesellschaftlich relevanten Visionen (vgl. Bubolz-Lutz 2001) geben eine Anregung, weitere Forschungen in diese Richtung hin zu unternehmen. Zu prüfen wäre z. B. die anhand der im Pflegebegleiter-Projekt gewonnenen Erfahrungen zu formulierende Forschungsfrage, in welchem Ausmaß die Veränderungsmotivation der Teilnehmenden/Bürger und die gemeinsame tragende Vision für den Lernerfolg von Bedeutung sind. Die Lernarrangements der Pflegebegleiter mit dem biografisch orientierten Ansatz an den persönlichen Motivlagen der Einzelnen und der starken Visions- und Wertorientierung würden sich als Forschungsfeld gut eignen.
- Insgesamt gesehen ist zu konstatieren, dass den Bemühungen um eine innovative Konzeptentwicklung im Zusammenhang mit bürgerschaftlichem Engagement eine sehr lückenhafte Bildungspraxis gegenübersteht. Vielfach fehlen Weiterbildungsangebote für Freiwillige: Brendgens und Braun (2000, S. 40) konstatieren aufgrund von empirischen Erhebungen, dass unter den Senioren nur jeder Zweite die Möglichkeit hat, an einer Fortbildung teilzunehmen. Die Weiterbildung von Freiwilligen ist also als ein wichtiges Anliegen anzusehen und zu fördern, um die Qualität des freiwilligen Engagements im sehr anspruchsvollen Bereich der Pflege zu sichern.
- Das innovative Design des Projekts zur Kompetenzentwicklung kann für die Kompetenzentwicklung zu anderen Freiwilligenprofilen beispielhaft sein und grundlegende Anregungen bieten – etwa im Hinblick auf die Gewährung von Selbstbestimmung und Mitwirkung. Es lässt sich problemlos auf andere Themenfelder übertragen (z. B. andere

<sup>29</sup> Aus dieser Untersuchung geht auch hervor, dass nur etwa die Hälfte der Personen, die Kurse besucht haben, auf längere Zeit als Helfer zur Verfügung steht. Diese Aussage kann als Messlatte dafür dienen, den derzeit messbaren oben dargestellten „Erfolg“ der Pflegebegleiter entsprechend einzuschätzen.

Felder der Familienbildung, etwa „Begleitung junger Familien“, alleinerziehende Mütter oder Väter oder pflegebedürftige Menschen).

- Eine systematische Kompetenzentwicklung für Freiwilligenengagement im Kontext der Pflege schließt nicht nur „Kurse“ ein, sondern muss auch die Praxis erkunden und reflektieren und das Engagement kontinuierlich fachlich begleiten. Im Projekt Pflegebegleiter sind dafür Standards entwickelt worden:
  - Ganzheitliches Lernkonzept mit Lernkompass
  - Praxisbegleitung mit Begleitungsschritten
  - Sozialraumorientiertes Lernen, ausgerichtet an den Bedingungen vor Ort
  - Gemeinsames Lernen von Hauptberuflern und Freiwilligen bereits im Kurs
- Eine Strategieentwicklung zur weiteren Verbreitung des Pflegebegleitungs-Ansatzes hat zu berücksichtigen, dass der Aufbau von Initiativen (wie in § 45d SGB XI vorgesehen) über die im Projekt entwickelten Ansätze zur Kompetenzentwicklung erfolgen sollte. Sie können als Maßstab und Voraussetzung für die Qualität des freiwilligen Engagements im Bereich der Pflege geltend gemacht werden. Kernelement ist dabei die Qualifizierung von Multiplikatoren/Projekt-Initiatoren.

Grundsätzlich lässt sich im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung mit Pankoke (2002, S. 86) festhalten: „Es geht also darum, dass Bürger, die bereit sind, für die Gemeinschaft Engagement auf sich zu nehmen, dann auch in ihrer Bereitschaft für neue Kompetenz ernst genommen ... und in qualifizierende wie aktivierende Netzwerke und Lernprozesse als Partner einbezogen werden.“

## 6.5 Merkmal 5: Das Projekt Pflegebegleiter – Vorreiter für einen neuen „Prototyp“ von Engagement

Im Pflegebegleiter-Projekt wurde – unter aktiver Mitwirkung aller Projektakteure (vgl. Kapitel 4.5.4) – ein neuer „Prototyp“ von Freiwilligenengagement entwickelt und erprobt. Kennzeichnend sind u. a.:

- trägerübergreifende Arbeit zu einem gesellschaftlich wichtigen Anliegen (vgl. Kapitel 4.3.2 und Abb. 18);
- Kooperationsform der „Anbindung“: Initiativen sind nicht in Organisationen eingeordnet/eingebunden, sondern operieren mit einem möglichst hohen Grad an Selbstorganisation (vgl. Kapitel 4.5.1);



- fachliche Begleitung der Freiwilligen-Initiativen bei der Implementierung durch speziell dafür qualifizierte Projekt-Initiatoren (vgl. Kapitel 4.3.6);
- Tandemstrukturen in der Leitung/Begleitung der Vorbereitungskurse und Praxisreflexionen meist im Mix: Hauptberufliche und Freiwillige mit hoher Expertise (vgl. Kapitel 4.5.3);
- kontinuierliche Unterstützung/kontinuierlicher Support durch Ausbilder der Regionalbüros und des Bundesbüros und vernetzte Strukturen (vgl. dazu ausführlich Kapitel 4.3.6 und Kapitel 6.6).

Die Kombination dieser Merkmale macht unter strukturellen Gesichtspunkten den innovativen Charakter des Projekts aus. Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung werden im Folgenden zwei Aspekte besonders hervorgehoben: der trägerübergreifende Ansatz und der Aspekt der außergewöhnlichen Kooperationsstruktur mit dem professionellen System. Letztgenannter Aspekt hat deshalb besondere Bedeutung, da mit der Aufwertung der Bedeutung des freiwilligen Engagements im Bereich der Pflege im Rahmen des PFWGs es nun dringend notwendig erscheint, zur Entwicklung von leicht zugänglichen Versorgungsstrukturen passende Kooperationsformen zwischen Hauptberuflichen und Freiwilligen zu finden.

### **1. Trägerübergreifender Ansatz des Gesamtprojekts**

Im Projekt wurde nicht nur ein neues Profil von Freiwilligenengagement, sondern darüber hinaus auch ein innovativer verbandsübergreifender „Prototyp“ von freiwilligem Engagement entwickelt und erfolgreich erprobt. Dieser „Prototyp“ zeichnet sich durch das Merkmal der „Kooperation unterschiedlicher Organisationen“ aus: Unter einem nicht verbandlich gebundenen (sozusagen wissenschaftlich-neutralen) Dach – hier dem Forschungsinstitut Geragogik – haben sich auf den Ebenen der Regionen, Länder und Gemeinden enge Kooperationsbeziehungen zu ganz unterschiedlichen Kooperationspartnern festigen lassen. Es konnten Kooperationspartner mit unterschiedlichen Leitbildern und unterschiedlichen Organisationsgrößen gewonnen und zusammengeführt werden – im Norden waren u. a. miteinander engagiert: der Arbeiter-Samariter-Bund, die Diakonie, die Bürgerhilfe e. V. Eutin sowie die Alzheimer- und Demenzkrankengesellschaft Schnevedingen e. V. Bundesweit sind sowohl Kommunen und Vereine als auch Pflegedienste, Volkshochschulen und Familienbildungsstätten vertreten. So ist es gelungen, ganz unter-

schiedliche Verbandsinteressen mit Blick auf das gemeinsame große Anliegen einer Stärkung pflegender Angehöriger und pflegender Familien und damit einer Stabilisierung von Pflege zu Hause an „einen Tisch“ zu holen und kontinuierlich gemeinsame Entwicklungsarbeit zu leisten. Dieser neue Prototyp des Bürgerengagements erscheint zukunftsweisend: Zuspruch „neuer“ Freiwilliger erhält derzeit weniger das Engagement in etablierten Verbänden, sondern in jenen Organisationsformen, die in Bezug auf eine gesellschaftsrelevante, lohnende Aufgabenstellung neue Wege der Kooperation gehen und dabei Gestaltungsspielräume für die Engagierten lassen.

## 2. Innovative Kooperation vor Ort: Initiativen im Spannungsfeld zwischen „Anbindung“ und „Selbstorganisation“

Dem partizipatorischen Projektansatz entsprechend ist für die Initiativen eine dazu passende Organisationsform entwickelt worden: Die Pflegebegleiter-Initiativen sind nicht so in einer Organisation eingebunden, dass sie ihre Aufgaben von dieser delegiert bekommen, sondern sie sind so weit wie möglich selbstorganisiert, erfahren jedoch durch eine „Anbindung“ an eine Organisation Schutz und Unterstützung.

Die Wahl der Kooperationsform „Anbindung“ an Organisationen und Kommunen hat sich als tragfähige Struktur erwiesen. Diese Form grenzt sich ab von den Formen:

- „Einordnung“: Einbindung und Delegation und
- „Autonomie“: eigenständige Organisationsform.

Stellt man die gewählte Form der „Anbindung“ den beiden Alternativen gegenüber, so lassen sich die Gewinne als auch Gefährdungen dieser Struktur leicht verdeutlichen:

Organisationsform der Initiative	Gewinne	Gefährdungen
„Einordnung“ Einbindung in Organisation/Delegation von Aufgaben an Freiwillige	Klare Zugehörigkeit zur Organisation Klarer (oftmals auch finanzieller) Rahmen Weniger Lobbyarbeit notwendig	Abhängigkeitsverhältnis zur Organisation/Funktionalisierung Schwerpunkte der Organisation müssen bedient werden

	Befriedigung durch „Pflichterfüllung“	Oftmals „Trägheit“ statt Innovationskraft Nur „ausgewählte Milieus“ werden angesprochen/Exklusionsgefahr
„Anbindung“ Professionell begleitete Eigenständigkeit	Eigenes Profil und möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit im Kontext sicherer Strukturen Organisation begleitet Reflexion gemeinsamer Praxis (Professionelle/Freiwillige) Gestaltungsanreize: Kreativität	„Zerriebenwerden“ zwischen Eigeninteressen der Organisation und Projekt-Intention Überforderung der Initiative durch hohe Anforderungen in Bezug auf Interessensbalance
„Autonomie“ Eigenständige Organisationsform (z. B. eigener e. V.)	Völlige Gestaltungsfreiheit Flexibilität im Engagement	Fehlender sicherer Rahmen Überforderung durch Selbstorganisation Machtkämpfe

Tab. 9: Gewinne und Gefährdungen unterschiedlicher Organisationsformen freiwilligen Engagements

Das im Projekt bewährte Modell der „Anbindung“ an Organisationen setzt einerseits auf fachliche, z. T. durch die Organisation bereitgestellte Begleitung der Freiwilligen und andererseits auf einen möglichst großen Anteil an Selbstorganisation der Initiative selbst.

Die „Anbindung“ der Initiativen an eine Organisation oder Kommune hat sich grundsätzlich bewährt.<sup>30</sup> Dennoch sind Gefährdungen sichtbar geworden (vgl. Tab. 9). Zudem ist zu bedenken, dass sich auch die Situation der Organisationen selbst auf die Qualität der Kooperationsbeziehungen auswirkt: Unterliegt eine Organisation z. B. starkem Konkurrenzdruck, kann dies die Freiwilligenarbeit beeinträchtigen. Kleinere Organisationen sind zudem oftmals nicht in der Lage, Personal zur Freiwilligenbegleitung aus eigenen Mitteln

<sup>30</sup> Diese Position wird auch in der Fachliteratur vertreten, etwa durch Gräbel und Schirmer 2006.

bereitzustellen. Mittelbedarf besteht generell in Bezug auf Aufwandsentschädigungen für Projekt-Initiatoren außerhalb von Anstellungsverhältnissen, Übernahme von Referentenhonoraren und Supervisionskosten (diese fallen nicht überall an, da Referenten vor Ort vielfach unentgeltlich tätig sind) und Auslagererstattung für Betriebskosten sowie Fahrten der Pflegebegleiter und der Projekt-Initiatoren. Zu betonen sind jedoch v.a. die Gewinne durch diese Form der Kooperation v.a. für die pflegenden Angehörigen: Sie nehmen die freiwilligen Pflegebegleiter nicht als „verlängerten Arm“ der Organisation wahr, sondern erkennen die Intention der freiwilligen Pflegebegleiter, sich ausschließlich mit ihnen selbst zu befassen.

### **3. Effekte guter Kooperation: Pflegebegleiter als „Brückenbauer“ zum professionellen System**

Durch Pflegebegleitung gelingt es, die Inanspruchnahme entlastender Dienste zu verbessern (vgl. Kapitel 5.4.5) und somit eine „Brücke“ zum professionellen System zu schlagen. Dies hat v.a. für diejenigen pflegenden Angehörigen eine besondere Relevanz, die vorher völlig allein für die Pflegeaufgabe zuständig waren. Die Begleitforschung zeigt ganz deutlich auf (vgl. Kapitel 5 - Ergebnisse der Dokumentationsbögen), dass sich das Angebot Pflegebegleitung nicht in Konkurrenz zu professionellen Anbietern und Diensten befindet, sondern diese ergänzt und mit ihnen im Sinne des Pflege-Mix-Ansatzes kooperiert. Somit stellt das Pflegebegleiter-Projekt ein Beispiel dar, wie eine von Anfang an intendierte Vernetzung durch vernetzende Strukturen (wie z. B. die Leitung der Initiativen in einem Tandem aus einem Hauptberuflichen und einem Freiwilligen) und die Zusammenarbeit gefördert werden kann.

### **4. Pflegebegleitung in der Entwicklung: Von der Dienstleistungslogik zu einer zivilgesellschaftlich orientierten „Bewegung“**

Das Profil der freiwilligen Pflegebegleiter ist im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs.3 SGB XI entwickelt worden. Intendiert war, zu erproben, ob und wie sich die Freiwilligeninitiativen entwickeln und in die Versorgungsstrukturen integrieren lassen. Dieser Versuch kann als gelungen bezeichnet werden: Pflegebegleiter-Initiativen haben sich mit ihrem besonderen Profil von „Empowerment, Kompetenzentwicklung und Vernetzung“ implementieren lassen und sind vor

Ort entsprechend tätig. In der Projektlaufzeit zeichnen sich jedoch durch das PFWG neue Strukturen ab, deren Ausprägungen noch nicht endgültig zu überblicken sind. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wohin sich freiwillige Pflegebegleiter in Zukunft entwickeln könnten.

Ausgehend von einem Vorverständnis, das freiwilliges Engagement wesentlich in eine „Tätigkeits- oder Dienstleistungslogik“ stellt, haben sich im Laufe des Projekts die Tendenzen und Argumente hin zu einer „Begegnungslogik“ verstärkt. Inhaltlich war eine solche Entwicklung bereits grundgelegt – sollte Pflegebegleitung von Anfang an doch den Mangel an Begegnung und Ansprache ausgleichen, der v. a. pflegende Angehörige trifft und in vielfacher Hinsicht einen „hohen Preis“ fordert. Das Angebot einer „zugehenden“ Begleitung ist als Angebot zur Begegnung im Buberschen Sinne verstanden worden: damit pflegende Angehörige „im anderen ... (wieder auch) zu sich selbst kommen“ können (vgl. Buber 1965). Die Isolation, in der pflegende Angehörige vielfach leben, wird als gesellschaftlich verursachter Vorgang interpretiert, den bisher auch die Regelungen der Pflegeversicherung nicht haben aufheben können. Isolations- und Exklusionstendenzen sollen durch das nachbarschaftliche Angebot von Begegnung und Begleitung entgegengewirkt werden, damit Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auch für diejenigen möglich wird, die sich um ihre pflegebedürftigen Angehörigen kümmern. Damit ist deutlich, dass der Begleitung pflegender Angehöriger eine andere Qualität zukommt als die einer unentgeltlichen „Dienstleistung“. Insofern treffen auch die hier vorgelegten Berechnungen des „Mehrerts“ des Freiwilligenengagements nicht wirklich den „Kern der Sache“ (wie dies in dem Motto der Freiwilligen zum Ausdruck kommt: „Was wir tun, ist unbezahlbar“). Damit setzt sich das Engagementverständnis auch von neueren Ansätzen einer „frei-gemeinnützigen Arbeit“ (vgl. dazu Peters et al. 2008, S. 93) ab: als Bezeichnung für ein persönliches, gemeinnütziges Engagement, „... das mit einem Zeitaufwand verbunden ist, prinzipiell auch von einer anderen Person ausgeführt und potenziell bezahlt werden könnte“.

Das Engagement der Pflegebegleitung definiert sich hingegen zunehmend als eine ganz spezielle, den professionellen Zugang ergänzende Qualität des Tätigseins: als ein unentgeltliches Informations- und Beziehungsangebot von „Bürgern für Bürger“, das auf einer Haltung von Solidarität und Achtsamkeit beruht. Diejenigen, die sich in die Pflegebegleitung einbringen, verstehen sich selbst weniger der formellen Freiwilligenarbeit zugehörig

(vgl. die Unterscheidung von Erlinghagen 2000), die durch einen hohen Formalisierungsgrad, aber einen geringeren Grad an Verpflichtungsempfinden charakterisiert wird, sondern eher der informellen Freiwilligenarbeit zugehörig (Netzwerkhilfe/Nachbarschaftshilfe mit geringem Formalisierungsgrad, aber einem hohen Grad an Verpflichtungsgefühl). Für die besondere Nähe zur „Bürgerschaftslogik“ lassen sich folgende Begründungslinien nachzeichnen:

- Es besteht keine Verpflichtung der Pflegebegleiter von außen, sondern eine Selbstverpflichtung mit einem Anreizsystem zum Engagement.
- Das Tätigkeitsprofil der Pflegebegleiter-Initiativen hat sich im Projektverlauf erweitert: Es zeigte sich, dass als Türöffner zur Begleitungsarbeit in den Familien gemeinwesenorientierte Aktionen gehören und dass somit das Anliegen einer „Netzwerkentwicklung für die Pflege zu Hause“ eine wichtige Voraussetzung für die Begleitungsarbeit darstellt.
- Wie die Ergebnisse der Interviews gezeigt haben, ist freiwillige Begleitung vom Grundsatz her auf „Gegenseitigkeit“ hin angelegt: Ihr liegt das gedankliche Modell zugrunde, dass beide Parteien miteinander und voneinander lernen. Z. B. lernt in einem Begleitungskontakt ein pflegender Angehöriger durch Informationsübermittlung des Pflegebegleiters das Hilfesystem vor Ort kennen, der Pflegebegleiter lernt vom pflegenden Angehörigen, welche Strategien es für die Gestaltung eines „Alltags mit Pflege“ gibt. Die Erfahrungen zeigen, dass beide Seiten von wichtigen Lernerfahrungen berichten.
- Freiwillige Pflegebegleitung spielt sich vielfach in „Zwischenräumen“ ab, speziell an drei Schnittstellen (vgl. dazu Abb. 3): Verbindungen entstehen zwischen häuslichem, institutionellem und öffentlichem Bereich. Insofern kann diesem speziellen Engagementprofil eher eine Bindekraft als ein fest zu definierender Status zugeschrieben werden.
- Zudem sind die Pflegebegleiter von ihrer Motivation her stärker als Freiwillige mit anderen Profilen auf die gesellschaftliche Relevanz des eigenen Handelns gerichtet.

In welche Richtung sich das Selbstverständnis der Pflegebegleiter weiterentwickelt und ob es sich überhaupt in eine gemeinsame Richtung hin bewegt, wird u. a. von den Rahmenbedingungen abhängen, die zur Weiterentwicklung geschaffen werden können.

## **5. Diskussion: Bürgerinteressen und gesellschaftliche Herausforderungen als Motoren von Innovation**

Sowohl der trägerübergreifende Ansatz des Projekts als auch die entstandene Organisationsform der „Anbindung an einen Heimathafen“ haben unter Projektbedingungen Erfolg gezeigt – sowohl im Hinblick auf die Entwicklung von Vertrauen der pflegenden Angehörigen als auch in Bezug auf die Entwicklungschancen für die Initiativen, die durch Organisationen und Kommunen erheblichen Rückhalt erfahren. Gleichzeitig haben auch die kooperierenden Organisationen oder Kommunen profitiert: Gemeinden kommt die „Bürgernähe“ der Pflegebegleiter zugute, kommunale Pflegeberatungen arbeiten mit Pflegebegleiter-Initiativen zusammen und leiten Begleitungsanfragen weiter, örtliche Netzwerke für die Pflege entstehen und Schirmherrschaften/Patenschaften festigen kommunale Bündnisse für (ältere) Bürger und Familien.

Was künftige Entwicklungen angeht, können die Pflegestrukturen insgesamt nur davon profitieren, dass Freiwilligeninitiativen mit einem klaren Profil und einer starken Bindekraft in den Gemeinden tätig sind, pflegende Angehörige ermutigen, wenn nötig Hilfe anzunehmen, und das Anliegen einer „Pflege – mitten im Leben“ öffentlich immer wieder ins Gespräch zu bringen. Insofern wird aus Sicht der Autorinnen eine Stärkung des freiwilligen Engagements insgesamt einen konstruktiven Umgang mit „Pflege in der Familie“ fördern.

Für die Ausgestaltung von Pflegestützpunkten kann das Kooperationsmodell „Anbindung“ interessant sein – etwa im Hinblick auf den Aufbau von tragfähigen Arbeitsstrukturen mit kooperationsbewährten Pflegebegleitern (vgl. Michell-Auli, 2008, S. 54). Ebenso kann angenommen werden, dass die Effizienz der professionellen Pflegeberatung durch den Aufbau von Vernetzungs- und Koordinationsstrukturen mit den Pflegebegleiter-Initiativen erheblich gesteigert werden kann.

Grundsätzlich ist zu wünschen, dass Pflegestützpunkte stets mit Freiwilligen kooperieren. In Bezug auf eine Entwicklung von Kooperation und Koproduktion in Pflegestützpunkten können folgende Aufgaben genannt werden, zu deren Bewältigung die im Pflegebegleiter-Projekt gewonnenen Erfahrungen für die Kooperation auch mit anderen Freiwilligen-Initiativen genutzt werden können:

- Klare Aufgabenbeschreibungen der Stützpunkte

- Klärung der Profile: professionelle Pflegeberater/freiwillige Pflegebegleiter (beide zugehend tätig, dennoch auf unterschiedliche Aufgaben und Zielgruppen hin ausgerichtet, Arbeit „Hand in Hand“)
- Verdeutlichung der unterschiedlichen Ansätze in der Öffentlichkeit
- Strukturelle Verankerung von Mitsprachemöglichkeiten Freiwilliger in Pflegestützpunkten (je nach vereinbartem Kooperationsmodell), um möglichst Kooperation auf „Augenhöhe“ zu gewährleisten
- Qualifizierung der Verantwortlichen im Bereich „Freiwilligenmanagement“ (hier würde die Möglichkeit bestehen, die Expertise aus dem Pflegebegleiter-Projekt in die Qualifizierung der dafür verantwortlichen Hauptberuflichen einzubringen)
- Angebote zu gemeinsamer Weiterqualifizierung der Freiwilligen und Professionellen (auch hierzu liegen Erfahrungen aus dem Bundesmodellprojekt vor)
- Bereitstellung einer Austauschplattform für unterschiedliche Freiwilligeninitiativen, die im Umfeld der Stützpunkte miteinander kooperieren
- Einführung einer „Anerkennungskultur“ für Freiwilligen-Initiativen (vgl. dazu den Ansatz des Modellprogramms „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“ des BMFSFJ und Kapitel 4.5.5) - aber auch in umgekehrte Richtung hin müssten Freiwillige generell zu einer Wertschätzung der „Systems Pflege“ angeleitet werden

Zusammenfassend lassen sich - als Auszug aus einem internen Positionspapier der Bundesebene - folgende Eckpunkte für eine Kooperation der freiwilligen Pflegebegleiter mit den Pflegestützpunkten skizzieren:

Die freiwilligen Pflegebegleiter haben eines unter vielen Tätigkeitsprofilen, das für die Arbeit der Pflegestützpunkte dringend benötigt wird. Es basiert auf den Prinzipien einer zugehenden und vernetzenden Arbeitsweise und entspricht so dem kundenorientierten Ansatz der Stützpunkte: Diese sollen der Bevölkerung die Möglichkeit geben, sich über Hilffsysteme vor Ort zu informieren. Es liegt nahe, dass die Stützpunkte auf das gesammelte Wissen der Pflegebegleiter-Initiativen zurückgreifen (nicht nur auf die von den Initiativen erarbeiteten Info-Mappen, sondern z. B. auch bezüglich des Findens von Zugängen in die Familien) - Ziel ist ein konstruktives Miteinander von Professionellen und Freiwilligen.

Die Pflegebegleiter-Initiativen haben einen neuen „Prototyp“ für freiwilliges Engagement entwickelt - eine Organisationsform der „Anbindung“ an eine Organisation/einen „Heimathafen“, in dem die Selbstorganisation und die „neutrale“ Stellung der Freiwilligen im „Pflege-Mix“ festgeschrieben sind. Im Projekt haben sich die Organisationen vertraglich verpflichtet, die Initiativen einerseits durch förderliche Rahmenbedingungen zu unterstützen, ihnen aber andererseits Eigenständigkeit und Interessenneutralität zuzugestehen. Die Arbeitsform ist somit „Kooperation“ und nicht „Einordnung“. Es widerspricht somit dem Ansatz der Pflegebegleiter, sich in die Pflegestützpunkte „einzubinden“ bzw. als Regelform „eingebunden“ zu werden. Schlüsselbegriffe sind hingegen Kooperation und Koproduktion.



Zum Selbstverständnis der Pflegebegleiter-Initiativen gehört die Stärkung der pflegenden Angehörigen im Pflege-Mix als „selbstbewusste Akteure“ und „qualitätsbewusste Kunden“. Insofern nehmen Pflegebegleiter eine eigenständige Position im Zusammenspiel der Akteure im Pflege-Mix ein. Aus dieser Position heraus können die freiwilligen Pflegebegleiter sowohl als Bindeglied als auch als Korrektiv in Bezug auf das professionelle System verstanden werden.

Der gesellschaftliche Nutzen der freiwilligen Pflegebegleiter liegt nicht nur in der Stützung der häuslichen Pflege, sondern auch in der Sensibilisierung der Bürger für die „Entwicklungsaufgabe Pflege“. Durch die öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten der Pflegebegleiter-Initiativen werden die Bürger dazu angeregt, sich mit Pflege als „Entwicklungsaufgabe“ auseinanderzusetzen und Formen nachbarschaftlicher Unterstützung aufzubauen. Diese zivilgesellschaftliche Orientierung hat sich im Projekt zunehmend entfaltet und wird an den Standorten bundesweit praktiziert.

Pflegebegleiter benötigen fachliche Begleitung und Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, gute Begleitungsarbeit zu leisten und am „Netzwerk für die Pflege“ konstruktiv mitzuarbeiten. Die Chance der Pflegestützpunkte wird darin gesehen, nicht nur ein „Netzwerk für die Pflege“, sondern auch ein „Lern-Netzwerk zur Pflege“ zu installieren, das die unterschiedlichen Perspektiven auf die Pflege herausarbeitet und für die Entwicklung von passgenauen Ansätzen nutzbar macht.

Die Planung von Pflegestützpunkten hat nicht nur Versorgung, sondern auch „Empowerment“ anzustreben. Die Pflegebegleiter geben ein Beispiel, wie in einem an Selbstorganisation ausgerichteten bürgerschaftlichen Empowerment-Ansatz die Ressourcen der Bürger zu einer gemeinsamen Bewältigung von Pflege gehoben und entwickelt werden können. Eine „Gesellschaft des langen Lebens“ braucht nicht nur „Versorgung“ für diejenigen, die nicht mehr für sich selbst sorgen können. Sie benötigt Kompetenzen und Strukturen, die Selbstvorsorge und gemeinschaftliche Verantwortlichkeit fördern. Dies ist eine wichtige weiterführende Aufgabe, die über das im Weiterentwicklungsgesetz festgeschriebene Profil der Stützpunkte und Pflegeberater noch hinausreicht.

September 2008

## 6.6 Merkmal 6: Pflegebegleitung beruht auf einer funktionierenden vernetzten Support-Struktur auf Orts-, Regionalbüro-, Landes- und Bundesebene

Die Entwicklung und Implementierung des neuen Freiwilligenprofils „Pflegebegleitung“ bundesweit ist nur durch die ausdifferenzierte Support- und Kommunikationsstruktur des Projekts möglich geworden. Verschiedene Ebenen haben eng verzahnt miteinander gearbeitet.

a) Ebene vor Ort:

Gerade in der Umbruchsituation des letzten Projektjahres ist deutlich geworden, wie sehr die Freiwilligengruppen auf belastbare Verbindungen zu den kooperierenden Organisatio-

nen/Kommunen, den sogenannten Heimathäfen, angewiesen sind: Freiwilligeninitiativen benötigen klare und zugängliche Strukturen der Kooperation. Zudem brauchen sie eine verlässliche fachliche Begleitung durch das Tandem der speziell qualifizierten Projekt-Initiatoren. Diese Verlässlichkeit gegenüber den Initiativen kann jedoch seitens der Projekt-Initiatoren nur dann gewährleistet werden, wenn sie selbst Rückhalt und Unterstützung erfahren. Der Zusammenschluss von einigen Standorten macht deutlich, dass in der unsicheren Situation des Übergangs in die Phase nach Projektabschluss die Tendenz besteht, sich gegenseitig Sicherheit zu vermitteln: Strukturentwicklungen zur „gegenseitigen Stärkung“ setzen ein, z. B. haben sich im Landkreis Spree-Neiße im Süden des Bundeslandes Brandenburg die Standorte Guben, Spremberg, Forst/Grießen und Cottbus-Land zu einem örtlichen Netzwerk zusammengeschlossen. Für die Entwicklung von Pflegebegleiter-Initiativen ist es deshalb grundlegend wichtig, dass Kommunen oder Landkreise zum überwiegenden Teil ihren Willen bekundet haben, zumindest ideell oder durch Bereitstellung von Infrastruktur dazu beizutragen, dass die Pflegebegleiter-Initiativen arbeitsfähig bleiben oder weitere Verbreitung finden können.<sup>31</sup>

#### b) Ebene der Regionalbüros:

Wie oben dargestellt, ist die Ebene der vier Regionalbüros hochbedeutsam gewesen, um Pflegebegleiter-Initiativen in ihrer Entwicklung zu unterstützen (vgl. Kapitel 4.3.1). Die Regionalbüros übernehmen einerseits die Aufgabe des Kontakthaltens mit den Organisationen und Kommunen: Sie weisen darauf hin, wie wichtig Strukturen der Kommunikation, der Information und der Entscheidung „auf Augenhöhe“ sind.<sup>32</sup> Andererseits qualifizieren sie die Projekt-Initiatoren und beraten sie kontinuierlich bei der Implementierung der Initiativen.

Über die weiteren wichtigen Aufgaben gibt ein Auszug aus dem Sachbericht Ost 2008 Aufschluss: „Neben unseren Teilnahmen an den Zertifikatsübergaben standen dabei die PI-Tandem- und auch Organisationsberatungen im Mittelpunkt ... Die Anforderungen reichten vom Management persönlicher Konflikte im Tandem über den Komplettausfall von Projekt-Initiatoren bis hin zum plötzlichen Ableben der Organisationsleitung. Neben dem Krisenmanagement standen die Erwartungen an uns in den Kursteilnahmen, der Präsenz an den lokalen

31 Mündliche Zusagen in den Konferenzen für Organisationsvertreter auf Regionalbüroebene.

32 Die Erfahrungen im Projekt zeigen, dass die Kooperation mit Organisationen verstärkt Organisationsentwicklung notwendig macht. Dieser Aufgabe sind im letzten Projektjahr die Regionalbüroleitungen noch einmal verstärkt nachgekommen.

Netzwerktreffen und Fachtagen, aber auch die Notwendigkeit der Mediation zwischen Organisationen, den Projekt-Initiatoren-Tandems und/oder der Pflegebegleiter-Gruppen.“

Von den Projekt-Initiatoren ist im letzten Projektjahr immer wieder darauf hingewiesen worden, dass sie ohne die Unterstützung durch die Regionalbüros nicht in der Lage gewesen wären, das neue Profil vor Ort zu implementieren.

c) Landesebene:

Im Laufe des Jahres 2008 ist auch deutlich geworden, dass große Entfernungen und die Unterschiedlichkeit der Strukturen eine fachliche Begleitung der Initiativen von einem einzigen Regionalbüro aus, das für mehrere Bundesländer zuständig ist, erheblich erschweren. Insofern bietet es sich an, in einigen von den Regionalbüros weit entfernt liegenden Bundesländern spezielle Landes-Anlaufstellen einzurichten. Hierzu haben bereits erste Gespräche stattgefunden. Kontakte mit Ministerien in Baden-Württemberg, Hessen und Bayern führten zu ersten Überlegungen einer landesbezogenen Verankerung nach Projektabschluss. Die östlichen Bundesländer haben sich hingegen zu einem „Netzwerk Ost“ zusammengeslossen.

d) Bundesebene:

Während der gesamten Projektlaufzeit hat sich gezeigt, wie wichtig die bundesweite Zusammenführung der Entwicklungen und Erfahrungen in den unterschiedlichen Standorten der 16 am Projekt beteiligten Bundesländer ist. Zwar geben die im Projekt entwickelten zentralen Leitprinzipien von Pflegebegleitung und auch die erarbeiteten Materialien zur Gestaltung der Kurse Anregungen zu einer weiterreichenden Nutzung. Dennoch reichen sie allein nicht aus, um das gemeinsame Bewusstsein/die Corporate Identity der Pflegebegleiter zu stärken, die notwendig ist, um innerhalb der sich durch das PFWG neu entwickelnden Strukturen ihren Platz zu finden und diesen zu erhalten. Der Mehrwert eines bundesweiten „Netzwerks Pflegebegleitung“ liegt auf der Hand: Ein solches ermöglicht bundesweiten fachlichen Austausch und Weiterentwicklung des in fünf Jahren mit wissenschaftlicher Expertise aufgebauten Wissensbestands im Sinne einer abgestimmten Qualitätsentwicklung für das freiwillige Engagementprofil „Pflegebegleitung“. Beruhend auf langjährig aufgebauten vertrauensvollen Beziehungen gibt es den mehr als 2.000 engagierten Pflegebegleitern eine Orientierung für die Weiterführung ihres Engagements. Das innovative Freiwilligenprofil der Pflegebegleitung könnte so nicht nur weiter gefestigt bzw. den neuen Bedingungen angepasst, sondern

auch verbreitet werden – nach den im Projekt entwickelten Qualifizierungsmaßnahmen, in den bereits aufgebauten Strukturen und mit der professionellen Expertise der Leitungen auf Regionalbüro- und Bundesebene.

### **1. Ausdifferenzierte projektinterne Support- und Kommunikationsstrukturen als Erfolgsfaktoren im Projekt Pflegebegleiter**

Die sich sukzessive weiter ausdifferenzierenden Unterstützungsstrukturen des Projekts haben die Verbreitung von Pflegebegleitung bei sich immer weiter verbessernder Qualität möglich gemacht. Der Aufbau der Kooperationen vor Ort war nur mit einem erheblichen Entwicklungs- und Beratungsaufwand seitens der Regionalbüros möglich und forderte – um ein bundesweit einheitliches Profil zu erarbeiten – eine erhebliche Koordinationsleistung sowie eine Zusammenführung aller Erfahrungen und Ergebnisse zu Leitkonzepten – auch im Austausch mit der wissenschaftlichen Begleitung.

### **2. Bundeseinheitliche partizipative Qualitätsentwicklung für Engagement in der Pflege**

Alle Akteure des Pflegebegleiter-Projekts haben im Projekt wertvolle Erfahrungen v. a. im Hinblick auf die Entwicklung von Engagementqualität gesammelt. Diese bringen sie weiter in ihre Arbeit vor Ort ein. Für die Zukunft besteht die Herausforderung darin, die im Projekt gewonnenen Erfahrungen nun für eine weiterführende Qualitätsentwicklung von Pflegebegleitung nutzbar zu machen – mit Austauschmöglichkeiten bundes- und länderweit. Darüber hinaus wird es darum gehen, ein Qualitätsentwicklungssystem zu schaffen, das in enger fachlicher Diskussion mit Vertretern der professionellen Dienstleister im Pflege-Mix entwickelt wird und damit z. B. zu einer abgestimmten Qualitätsentwicklung (etwa für Pflegestützpunkte) beiträgt.

Die Entwicklung der angestrebten „Kooperationsqualität“ ist also nicht allein „Sache der Praxis vor Ort“. Dazu bedarf es der Entwicklung und Erprobung von Strategien, und zwar im Diskurs mit Experten aus Wissenschaft und Praxis. Die Erfahrungen im Projekt Pflegebegleiter haben gezeigt, dass es sinnvoll ist, ein Freiwilligenprofil bundeseinheitlich zu entwickeln und unter jeweils unterschiedlichen Bedingungen vor Ort/in den unterschiedlichen Bundesländern zu erproben und an die jeweiligen Bedingungen vor Ort strukturell anzupassen. Das Vorgehen, dies mit Partizipation aller Akteure zu tun und hierzu entspre-

chende Kommunikationsplattformen zur Verfügung zu stellen und Maßnahmen durchzuführen, hat sich bewährt. Die Erfahrungen der Projekt-Initiatoren sowie die Erkenntnisse der Pflegebegleiter-Initiativen wurden gesammelt und evaluiert. Die Ergebnisse wurden auf Bundesebene wie auch auf regionaler Ebene diskutiert, weiterentwickelt und dann wieder an die Basis zurückgegeben. Jede „Generation“ gab neue Impulse und „frische“ Ideen, die in den verschiedenen strukturierten Regionen ausprobiert und umgesetzt wurden. Es ist zu hoffen, dass Ressourcen mobilisierbar sind, die ein solches partizipatives Vorgehen auch über die Projektlaufzeit hinaus weiter ermöglichen.

### **3. Qualifizierung von Multiplikatoren als Kernelement der Innovation**

Ein neues Freiwilligenprofil braucht ein „eigenes Gesicht“, das sich nur über entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen von Multiplikatoren vermitteln lässt. Die Qualifizierung der Projekt-Initiatoren kann deshalb als Kernelement für die Weiterentwicklung und Verbreitung von Pflegebegleitung gelten. Innerhalb der Ausbildungsgruppe kann am Modell und durch Erprobung und Einübung gelernt werden – im gemeinsamen Lernprozess erfolgt Verständigung zwischen den Systemen. Deshalb sind entsprechende Fortbildungen im Interesse einer auf Qualität des Engagements ausgerichteten Pflegeversicherung.

### **4. Diskussion: Vernetzte Strukturentwicklung der Pflegebegleiter als Anregung zu Verbreitung von vernetzten Strukturen in der Pflege**

Die gut funktionierenden vernetzten Strukturen geben ein Beispiel dafür, wie sich mit relativ geringen Mitteln von insgesamt sieben Personalstellen ein auch unter Qualitätsgesichtspunkten belastbares neues Freiwilligenprofil in die vorhandene Infrastruktur so implementieren lässt, dass an den jeweiligen Standorten Entwicklungen im Hinblick auf Kooperation und Vernetzung zwischen Freiwilligen- und Professionellensystem in Gang kommen. Es erscheint deshalb geboten, die entstandene vernetzte Struktur – die nach Abschluss der Modellphase als „Netzwerk Pflegebegleitung“ weiterbestehen soll, auch um den mehr als 2.000 tätigen Freiwilligen weiterhin einen sichernden Rahmen zu bieten – von öffentlicher Hand finanziell zu fördern und die hier geleisteten Entwicklungen aufzugreifen und für die Weiterentwicklung der Pflege-Infrastruktur als Ressourcen zu nutzen. Im Rückgriff auf die im Projekt gesammelten Erfahrungen und Erkenntnisse werden folgende Aspekte der Ressourcennutzung für weiterführend gehalten:

- Stärkung der aufgebauten vernetzten Strukturen und weitere Nutzung zur Bestandserhaltung, Qualifizierung von Projekt-Initiatoren und fortlaufender partizipativ angelegter Qualitätsentwicklung für das freiwillige Engagement der Pflegebegleiter (speziell auf Regionalbüro- und Bundesebene).
- Zur Entwicklung der Konzeptionen für Pflegestützpunkte könnten die Erfahrungen aus dem Pflegebegleiter-Projekt zur Vermeidung von Konkurrenzdenken und zur Förderung von Kooperation genutzt werden – etwa auf Bundesebene im fachlichen Austausch mit dem damit befassten Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Sowohl die Verfahren zur Kompetenzentwicklung als auch die Inhalte für Qualifizierungsmaßnahmen sind ständig den sich verändernden Bedingungen der Pflege und der Pflegeversicherung anzupassen. Von daher sind sowohl entsprechende Maßnahmen einzuplanen als auch „Lernnetzwerke“ zu fördern (z. B. auf Länder- oder Bundesebene), in denen die speziellen Engagementprofile weiterentwickelt werden. Dies soll insofern abgestimmt und einheitlich geschehen, als die jeweiligen Profile auch nach außen hin für die Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen wie auch für die kooperierenden Organisationen erkennbar bleiben (klare Abgrenzungen: Was tun Pflegebegleiter, Pflegeberater, Seniorenbegleiter usw.?).
- Solche speziellen Lernnetzwerke erscheinen v. a. für innovative Profile wie das der „Pflegebegleitung“ sinnvoll, die keinen sichernden verbandlichen Hintergrund aufweisen. So fordert der neue trägerübergreifende und verbandsunabhängige hier entwickelte neue „Prototyp“ für freiwilliges Engagement (Anbindung, nicht Einbindung - vgl. dazu Kapitel 4) auch neue Formen der Strukturentwicklung generell für die Weiterqualifizierung von Multiplikatoren.

Dass es solcher vernetzenden Maßnahmen bedarf, damit sich der neue Freiwilligenansatz im etablierten System nachhaltig verankern kann, ist v. a. zum Ende der Projektlaufzeit von den Projekt-Initiatoren bundesweit deutlich und eindringlich formuliert worden.

Während die bisher skizzierten Schlussfolgerungen die Umsetzung des PFWG im Blick haben, soll abschließend die Perspektive noch einmal geweitet werden. Freiwilliges Engagement und speziell das der Pflegebegleitung verdient gesamtgesellschaftlichen Support. Dies lässt sich u. a. damit begründen, dass dieses Freiwilligenprofil erkennbar in die Gesellschaft hinein wirksam wird: Pflegebegleiter haben sich als Motoren für die Auseinandersetzung mit der „Entwicklungsaufgabe Pflege“ in der Öffentlichkeit erwiesen. Pflege-

begleiter-Initiativen tragen das Thema Pflegebedürftigkeit in den öffentlichen Raum. Auf diese Weise wird die Auseinandersetzung mit Pflege als „Entwicklungsaufgabe“ befördert. Die im Projektverlauf gemachten Beobachtungen und Rückmeldungen verweisen darauf, dass durch die Aktivitäten der Pflegebegleiter den pflegenden Familien in der Folge mit mehr Selbstverständlichkeit und Normalität begegnet wird. Pflege wird nicht länger als „Störfall“ behandelt, sondern als Lebensthema, das in einer alternden Gesellschaft durchaus einen festen Platz hat.

So geben die Erfahrungen und Erkenntnisse im Projekt dazu Anlass, die Zuständigkeit von Politik und Gesellschaft insgesamt hervorzuheben: Sich der „Herausforderung Pflege“ zu stellen ist angesichts der demografischen Entwicklungen eine Pflichtaufgabe für alle:

- Die Vernetzung auf den unterschiedlichen Ebenen wie auch das klare, wissenschaftlich evaluierte Engagementprofil, der solide Qualifizierungsansatz wie auch das hohe persönliche Engagement von Einzelnen und auch von Organisationen und Kommunen, ja sogar von ortsansässigen Unternehmen bilden den Rückhalt, aus dem heraus Pflegebegleiter-Initiativen in die Öffentlichkeit treten: In einer Palette von Aktionen auf den verschiedenen Ebenen bringen sie das Motto des Projekts „Pflege – mitten im Leben“ gezielt in die öffentliche Diskussion ein. Damit erfahren sowohl die Tätigkeit der Begleitung selbst als auch die der Pflege zu Hause eine öffentliche Aufwertung. Im Projektverlauf wurde so ein Forum eröffnet, über die Schaffung von Gestaltungsmöglichkeiten für den Fall der Pflege zu Hause zu sprechen. Pflege zu Hause – vielfach als „Privatsache“ deklariert – wird damit zu einer nachbarschaftlichen, öffentlichen „Entwicklungs- und Lernaufgabe“ erklärt (vgl. Bubolz-Lutz 2007).
- Der Projektansatz bietet die Möglichkeit, sich mit dem „Aufeinander-Angewiesen-Sein“ und speziell dem Prozess des Alterns auseinanderzusetzen. Darüber hinaus bietet er Gelegenheit, Alter und Engagement miteinander zu verknüpfen und hier Erfahrungen von Sinnerfüllung und Selbstwirksamkeit zu machen (vgl. dazu den Ansatz von Midlarsky und Kahana (1994), die gerade im späten Erwachsenenalter eine Hinwendung auf gemeinnützige Aufgaben hin beschreiben und uneigennütziges Helfen als eine Chance des Alters definieren). Für die BRD weisen die zwei Freiwilligensurveys auf den hohen Anteil freiwillig engagierter Personen – und hier besonders Älterer – hin (vgl. Rosenblatt 2000 und 2004; vgl. auch Köster/Schramek 2005). Gerade bei den Älteren besteht auch im Hinblick auf die Verbreitung von Pflegebegleitung ein erhebliches Entwicklungspotenzial.

- Das öffentliche Auftreten der Pflegebegleiter wie auch das große Interesse, das die Öffentlichkeit dem Projekt Pflegebegleiter entgegengebracht hat (es wurde in Artikeln auflagenstarker Zeitschriften wie „Der Spiegel“, „Brigitte“ oder „Apothekenumschau“ erwähnt), macht deutlich, dass hier eine gesellschaftliche Entwicklungsaufgabe thematisiert und konsequent angegangen wird. Entsprechend stellen Hoch, Klie und Pfundstein (2005) die beeindruckende Vielfalt bürgerschaftlichen Engagements in Pflegeeinrichtungen dar und betonen, dass das Engagement für andere – für hilfebedürftige alte Menschen (z. B. als freiwillige Demenzbegleiter) ebenso wie für die durch die Anforderungen der Pflege stark beanspruchten pflegenden Angehörigen (z. B. als freiwillige Pflegebegleiter) – nicht nur als persönliche Lebensaufgabe, sondern auch als gesellschaftliche Entwicklungsaufgabe angesehen werden kann. Auch die lebenslaufpsychologischen Konzepte lassen ein solches Verständnis des Helfens und Pflegens als „Entwicklungsaufgabe“ zu: Wenn eigene Lebensziele verwirklicht, materielle Absicherungen vorhanden sind und die alternativen Rollen (Beruf, Mutter, Ehefrau) nicht hindern, kann sich die Übernahme von Sorge- und Pflegearbeit ebenso wie von bürgerschaftlichem Engagement gut in Lebenspläne einpassen.

So geben die im Pflegebegleiter-Projekt gewonnenen Erkenntnisse einen Anstoß dazu, die Relevanz von „gegenseitiger Unterstützung, Fürsorge und Solidarität im Fall von Pflegebedarf“ zu erkennen und als gesellschaftliche Lernaufgabe zu verstehen. Hierzu ist es sinnvoll – etwa im Rahmen von Volkshochschulen und Familienbildungsstätten oder in Programmen wie „Aktiv im Alter“ des BMFSFJ oder „Lernen vor Ort“ des BMBF –, nicht nur Pflegebegleiter-Vorbereitungskurse, sondern auch Bildungsmaßnahmen anzubieten, die nach dem Vorbild der Pflegebegleiter-Vorbereitungskurse Wissen vermitteln und gleichzeitig Gestaltungskompetenzen für die „Entwicklungsaufgabe Pflege“ fördern. Diese Maßnahmen erscheinen angesichts des zu erwartenden rapiden Anstiegs der Zahl von hilfe- und pflegebedürftigen Personen als ein dringendes Gebot.

## 6.7 Abschließender Überblick

### 6.7.1 Gesamtschau

Mit dem Pflegebegleiter-Projekt ist ein umfassender Ansatz vorgelegt worden: ein innovatives und wirksames Gesamtkonzept, in dem die theoretischen und konzeptionellen



Schlussfolgerung  
und Diskussion  
der Ergebnisse

Grundlagen mit den Leitlinien und Prinzipien der Umsetzung übereinstimmen und sich auch in der Praxis wiederfinden lassen.

Die zentralen Merkmale des Pflegebegleiter-Projekts sind in der folgenden Abbildung nochmals in einer integrierenden Gesamtschau dargestellt:

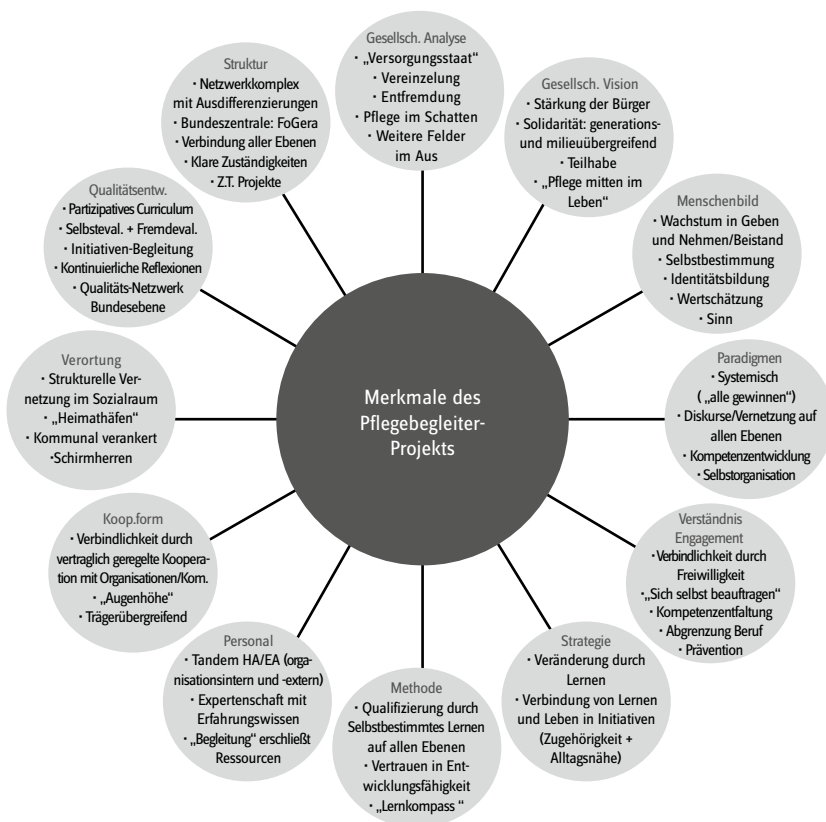


Abb. 74: Merkmale des Pflegebegleiter-Projekts

Abschließend soll das dem Pflegebegleiter-Ansatz zugrunde liegende Menschenbild noch einmal kurz entfaltet werden, da die Ergebnisbewertung eines Projektvorhabens auch die zugrunde liegenden Wertvorstellungen einzubeziehen hat: Im Projekt Pflegebegleiter wird die Entwicklung einer Haltung eingeübt, in der die Verbundenheit der Bürger und

die Mitverantwortung für die Gestaltung von schwierigen Lebensverhältnissen Grundwerte darstellen. Die Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse anderer soll geschärft, in jedem Falle aber deren Autonomie und Selbstbestimmung geachtet werden (vgl. Kruse 2005). Allen Akteuren wird Partizipation ermöglicht. Unterstützung „zum Wohle der Betroffenen“ wird nicht geplant, ohne sich mit ihnen selbst auszutauschen und Pläne gemeinsam zu entwickeln. Nicht für, sondern mit den Betroffenen und Beteiligten – also mit hilfe- und pflegebedürftigen Personen, deren Angehörigen, Freunden, Nachbarn, aber auch Professionellen – werden neue Wege gesucht, damit Pflege gelingen kann. Die Entwicklung von Projekten und Kooperationen zusammen mit den Betroffenen ist ein wichtiger Impuls, der im bürgerschaftlichen Engagement der Pflegebegleiter umgesetzt wird. Mit diesem Verständnis von Hilfe-, Unterstützungs- und Bildungsprozessen als „Koproduktionen“ werden Freiwillige zu Motoren für ein Umdenken im Bereich der Pflege (vgl. Schmidt 2002, S. 88).

In diesem Sinne formuliert die Leiterin des Regionalbüros Süd: „Der bürgerschaftliche Ansatz bringt Pflegebedürftige, Angehörige und Fachkräfte zusammen. Er zielt auf alle Teile der Bürgergesellschaft, führt neue Gruppen an Pflegesituationen heran, ...“ So kann „... ein unterstützendes Milieu entstehen, das Fürsorglichkeit als gemeinschaftliches Handeln im Gemeinwesen von Betroffenen und Nichtbetroffenen entwickelt“ (Steiner-Hummel 1997, S. 120). Ein den Menschen würdiges Leben mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen wird so zu einem expliziten Anliegen im öffentlichen Raum. Neben den Dimensionen staatlicher und persönlicher Verantwortung scheint in dieser Argumentation eine dritte Dimension auf – die der „Bürgergesellschaft“ als Bezugspunkt für Sozialstaatlichkeit. Gesetzt wird auf „gemischte Strukturen“, in denen sich staatliche Mitverantwortung, die Nutzung von Marktelementen und das Engagement aus der Bürgergesellschaft miteinander verbinden. Auf die Probleme bei der Realisierung solcher Verknüpfungen im Pflege-Mix wurde verwiesen: Unterschiedliche Logiken und Organisationsprinzipien treffen aufeinander, gemeinsame Ziele sind zu erarbeiten und kooperative Entscheidungsstrukturen einzuführen, ohne dass die Unterschiedlichkeiten verwischt werden. Dies setzt vertrauensbildende Maßnahmen auf allen Seiten voraus – die involvierten Interessen sind offenzulegen und zu überprüfen.

Die Idee einer Kooperation aller Akteure auf Augenhöhe lässt sich jedoch nur dann umsetzen, wenn in diesen Aushandlungs- und Integrationsprozessen Organisationen, Kommunen, Betroffene und engagementbereite Bürger gleichberechtigt involviert sind. Die

Neuverteilung der Verantwortlichkeiten fordert von allen Beteiligten einen Umdenk- und Lernprozess. Für Freiwillige, die ihre Erfahrungen aus unterschiedlichen Berufs- und Lebensbereichen einbringen können - z. T. auch eigene Erfahrungen mit Pflege - und die sich durch zusätzliche Vorbereitung weitere spezielle Kompetenzen angeeignet haben, kann die bürgerschaftliche Dimension im Bereich Hilfe und Pflege eine anspruchsvolle Herausforderung sein - sowohl parallel zur Berufstätigkeit als auch im nachberuflichen Lebensabschnitt oder in Zeiten von Arbeitslosigkeit.

In diesem Sinne hat das Pflegebegleiter-Projekt einen Ansatz und ein Beispiel dafür gegeben, wie man „pflegerisch und fördernd mit den individuellen und gesellschaftlichen Caring-Ressourcen“ umgehen kann, und ein Modell entwickelt, das sich nicht in modischen Forderungen nach Aktivierung erschöpft. Pflegebegleitung wird hier als ein Austausch begriffen, in dem die individuelle Wahlentscheidung des pflegenden Angehörigen Leitprinzip ist. Der Betonung von Austausch- und Vernetzungsprozessen und der Entwicklung entsprechender Maßnahmen liegt die Überzeugung zugrunde, dass Pflege auf Dauer nur als „gemeinschaftliche Entwicklungsaufgabe“ bewältigt und gestaltet werden kann: unter Beteiligung der Selbstpflege des Pflegebedürftigen, der Sorgearbeit des pflegenden Angehörigen und der professionellen Kompetenz der Pflegefachkräfte (vgl. Schmidt 2005, S. 610). Insofern geben die im Pflegebegleiter-Projekt gewonnenen Erfahrungen und Ergebnisse einen Impuls zur notwendigen Koproduktion im Pflege-Mix.

Durch niedrigschwellige, nachbarschaftliche Begleitung sollen eine Klientelisierung der pflegenden Angehörigen und damit auch die Therapeutisierung der familialen Altenfürsorge vermieden werden (vgl. Gröning 2005). Das Engagement der Pflegebegleiter will dazu einen Beitrag leisten, indem es auch darauf verweist, dass Pflege nicht nur Belastung, sondern auch Chance zu einer vertieften Beziehungsentwicklung und charakterlichen Reifung sein kann (vgl. dazu auch Leopold et al. 2006).

Bezieht man philosophisch-ethische Überlegungen mit ein, lässt sich der Sinn von psychosozialer Begleitung in einen weiteren Zusammenhang bringen.

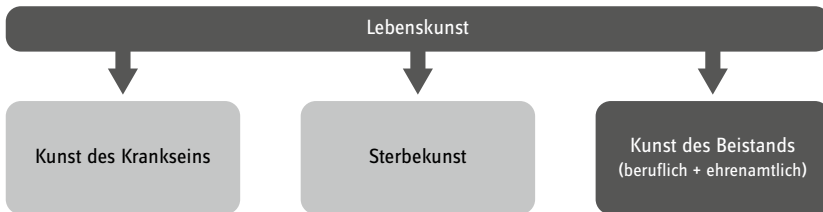


Abb. 75: Die Kunst des Beistands als Aspekt der Lebenskunst

Eine gesellschaftlich bedeutsame Zukunftsaufgabe kann es sein, die „Kunst des Beistands“ zu erlernen (vgl. Engelhardt 2008). Das Projekt hat aufgezeigt, wie sich eine solche in der heutigen Gesellschaft lernen und verwirklichen lässt.

### 6.7.2 Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung: Pflegebegleitung als Bindeglied im Pflege-Mix

Als in sich abgestimmtes Gesamtkonzept mit entsprechenden Arbeitshilfen und einem innovativen Ansatz, der den Ansatz der „Versorgung“ innerhalb der Pflegeversicherung um den Ansatz der Aktivierung, Entwicklung von Verantwortlichkeit und Selbstsorge ergänzt, stellt das freiwillige Engagement der Pflegebegleitung einen wichtigen Impuls dar. Angesichts der hier ausdifferenzierten Bedarfslagen und auch im Hinblick auf die (teils von ihnen selbst nicht erkannten) Ressourcen pflegender Angehöriger erscheint es notwendig, das Empowerment-Paradigma parallel zum Versorgungsparadigma weiterzuentwickeln und Pflegebegleitung als „Bindeglied im Pflege-Mix“ einen festen Platz einzuräumen.

Als Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung seien zusammenfassend folgende Aspekte besonders hervorgehoben:

- Dem Pflegebegleiter-Projekt kommt Beispielcharakter zu im Hinblick auf die Entwicklung eines bedarfsgerechten Engagementprofils im Feld der häuslichen Pflege. Darauf Bezug nehmend könnten weitere Engagementprofile entwickelt und erprobt werden – und zwar speziell in Bezug auf andere gesellschaftlich vernachlässigte Gruppen wie etwa die Angehörigen von Aidskranken, von behinderten Kindern, von Demenzerkrankten, die in Heimen leben. Auch Freiwilligenprofile wie Seniorenbegleiter für alte

Menschen, die im Krankenhaus Hilfe, Zuspruch und Beistand brauchen, könnten von diesem Konzept profitieren, ebenso Personengruppen wie die „Besuchsdienste“, die bereits langjährig tätig sind, aber nach geeigneten Formen des Lernens und der Profilentwicklung suchen.

- Der Pflegebegleiter-Ansatz ist ebenso Beispiel für eine moderne Form der Kooperation zwischen Freiwilligen- und Professionellensystem. Das Profil der Pflegebegleitung hebt sich klar von dem der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (im Sinne einer professionellen Dienstleistung) ab. Deshalb kann sich in einem fachlichen Austausch hier auch eine Möglichkeit ergeben, dass das neue Profil des „Pflegeberaters“ an Prägnanz gewinnt. Dazu könnte es zu weiterem fachlichen Austausch kommen.
- Beispielhaft zeigt der Pflegebegleiter-Ansatz auch auf, wie eine Kooperation zwischen Organisationen, Kommunen, Betroffenen und Freiwilligen gelingen kann: durch eine gezielte Entwicklungsarbeit mit allen Akteuren im Sozialraum - ausgehend von übergeordneten Stellen wie Regional- oder Bundesbüros, die klare Leitvorstellungen von Kooperation und Koproduktion entwickeln und erste Erfahrungen damit gesammelt haben.
- Zu Kooperationsformen geben die im Pflegebegleiter-Projekt entwickelten Orientierungen erste Anhaltspunkte für eine Übertragung z. B. in Bezug auf Pflegestützpunkte oder der Arbeit in Mehrgenerationenhäusern, die ebenfalls auf ein Miteinander von Hauptberuflichen und Freiwilligen ausgerichtet sind.
- Die Ergebnisse des Projekts zeigen, unter welchen Bedingungen sich freiwilliges Engagement bundesweit erfolgreich entfalten kann. Es ist deutlich geworden, dass es eines entsprechenden vernetzten Support-Systems bedarf, um derartige Entwicklungen gezielt und in dem verwirklichten Umfang voranzutreiben. Freiwilliges Engagement entwickelt sich nicht „von selbst“. Zur weiteren Entfaltung kann auf das erarbeitete Wissen zurückgegriffen werden. Die Erfahrung im Modellprojekt zeigt jedoch, dass dieses Wissen nicht aus Büchern zu erwerben ist, sondern als Kompetenz aufgebaut werden muss. Mit Abschluss des Projekts stehen nun auch Experten bereit, die das entwickelte Know-how weitergeben können.
- Deutlich geworden ist auch, dass es finanzieller Ressourcen bedarf, entsprechende Engagement- und Lernstrukturen aufzubauen und zu erhalten. Es ist zu hoffen, dass die im PfWG vorgesehenen Möglichkeiten der Finanzierung für den Auf- und Ausbau von freiwilligem Engagement (etwa nach § 45d SGB XI) entsprechend zum Tragen kommen.

- Eine erste Beispielrechnung deutet an, dass die in den Aufbau des Projekts Pflegebegleiter investierten Mittel gut und nachhaltig angelegt waren: Demnach übersteigt der darin bezifferte wirtschaftliche Mehrwert schon bei Weitem die Summe der Projektförderung. Der gesellschaftliche Mehrwert ist in seinem Ausmaß nur zu erahnen, auf jeden Fall aber erheblich. Weitere Berechnungen müssten folgen.
- Die Erfahrungen im Projekt haben gezeigt, was unter dem Ansatz einer „zugehenden Begleitung“ zu verstehen ist: Soll der Begriff positiv besetzt bleiben, so bedeutet er, auf die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen (oder anderer mit der Pflege zu Hause befasster Laien) einzugehen und Wahlfreiheit z. B. in Bezug auf den Ort, die Dauer oder den Rhythmus der Gespräche zu lassen.
- Aufgrund der aktuellen Entwicklungen der Pflegeversicherung ist noch nicht eindeutig erkennbar, wie sich Pflegebegleiter unter Beibehaltung ihres eigenständigen Profils und ihrer unabhängigen Position im Pflege-Mix in die „neue Pflegelandschaft“ werden integrieren können. Derzeit bestehen bei den meisten kooperierenden Organisationen Wunsch und Wille, die Pflegebegleiter zu unterstützen. Es ist jedoch fraglich, ob sich die bereits bestehenden Pflegebegleiter-Initiativen ohne übergreifende Support-Strukturen auf Landes- und Bundesebene auf Dauer halten könnten. Auch eine Verbreitung ist ohne entsprechende finanzielle Ausstattung nicht möglich. Sie bedürfte weiterer Maßnahmen zur Qualifizierung von Organisationen und Multiplikatoren.

### **6.7.3. Ausblick: Zukunftsaufgaben im Hinblick auf die nachhaltige Entwicklung von Pflegebegleitung**

Um die Aufgaben der Pflegebegleitung auch über die Projektlaufzeit hinaus wahrnehmen zu können, haben sich die Akteure des Projekts zu einem „Netzwerk Pflegebegleitung“ zusammengeschlossen. Innerhalb des bundesweiten Netzwerks, in dem sich Regionalbüros und Bundesbüro als Kooperationspartner in einer unentgeltlich tätigen „Arbeitsgemeinschaft“ zusammenfinden, gibt es weitere Netzerkbildungen auf anderen Ebenen (vgl. „Netzwerk Ost Pflegebegleitung“). Konkret geplant ist die Bildung von Landesnetzwerken, z. B. das „Landesnetzwerk Brandenburg“. Auch auf Landkreisebene haben sich Netzwerke gebildet (vgl. Spree-Neiße-Kreis). Diese Netzwerkentwicklungen haben sich bereits innerhalb der Projektlaufzeit herausgebildet.

Gemeinsam sollen folgende Zukunftsaufgaben angegangen werden (vgl. Abb. 76).

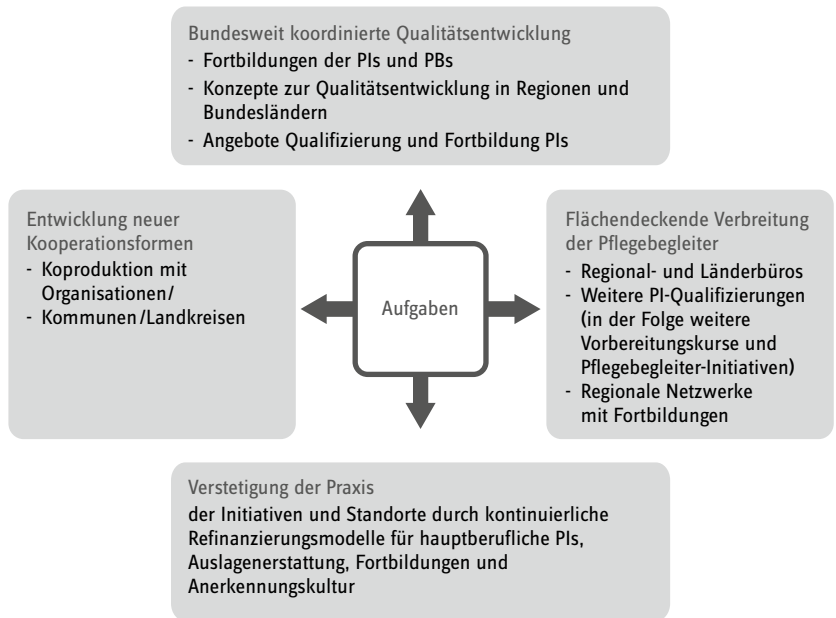


Abb. 76: Zukunftsaufgaben im Hinblick auf die nachhaltige Entwicklung von Pflegebegleitung

Es zeichnen sich vier unterschiedliche Aufgabenschwerpunkte ab:

- Verstetigung der Praxis/Bestandserhalt
- Flächendeckende Verbreitung
- Entwicklung neuer Kooperationsformen an der Schnittstelle von Hauptberuflichen und Freiwilligen: auf allen Ebenen
- Bundeseinheitliche Qualitätsentwicklung und Unterhalt einer Kontaktstelle

Die Projektentwicklung hat gezeigt, unter welchen Bedingungen freiwilliges Engagement im Pflege-Mix Fuß fassen und für die Pflege zu Hause wirksam werden kann. Durch das freiwillige Engagement der Pflegebegleiter ist ein erheblicher Mehrwert entstanden, die Grundlagen für eine weitere, flächendeckende Verbreitung sind gelegt.

Die hier dargestellten Entwicklungen im Pflegebegleiter-Projekt machen deutlich, dass der Einbezug eines qualifizierten und fachlich begleiteten Bürgerengagements in die pflegerische Versorgung sinnvoll und effektiv ist. Hier scheint die besondere Aufgabe bürgerschaftlichen Engagements im Bereich der Hilfe und Pflege auf: Die privaten Lebenslagen und Notlagen werden als Spiegel gesellschaftlicher Verhältnisse gedeutet. In gründlicher Reflexion und Kompetenzentwicklung werden gemeinsame Denk- und Handlungsmuster für bürgerschaftliches Engagement entwickelt. Diese erweitern private und öffentliche Handlungsspielräume und fördern die Verantwortlichkeit des Einzelnen, der Familien und der Nachbarschaften für gesamtgesellschaftliche Entwicklungen.



# Literaturverzeichnis

248

## Literaturverzeichnis

- Adler, C./Gunzelmann, T./Machold, C./Schumacher, J./Wilz, G. (1996): Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 29, S.143-149
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hg. von Alexa Franke, Tübingen
- Behrens, J./Zimmermann, M. (2006): Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Konzept und Forschungsperspektiven. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39/2, S.165-172
- Biedermann, C. (1998): *Freiwilligenarbeit koordinieren! Volunteering und Volunteer-Management in Großbritannien*, Förderverein für Jugend und Sozialarbeit e. V., Berlin
- Blinkert, B./Klie, Th. (1999): *Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger*, Hannover
- Blinkert, B./Klie, Th. (2004): *Solidarität in Gefahr: Pflegebereitschaft und Pflegebedarfentwicklung im demografischen und sozialen Wandel*, Hannover
- Bohnsack, Ralf (2007): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*, Opladen/Farmington Hills, 6. Auflage
- BMFSFJ (2003): *Forum Altenhilfe, Sonderheft*, Bonn
- BMFSFJ (2005): <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/aktuelles,did=57936.html> zum Programm „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“
- Barthelme, G./Zimber, A. (2002): Die Arbeitssituation des Pflegepersonals in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen: Ausgewählte Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. In: Klie, Th./Buhl, A./Entzian, H./Schmidt, R. (Hg.): a. a. O., S.331-341
- Brandt, F. et al. (2006): *Bürgerschaftliches Engagement im BMG-Modellprogramm, Saarbrücken* (Iso Institut)
- Brendgens, U./Braun, J. (2000): *Freiwilliges Engagement der Seniorinnen und Senioren*. In: von Rosenblatt, B. (Hg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland*, Stuttgart, S.156-166
- Bruder, J./Klusmann, D./Lüders, I. (1981): *Umgangsformen mit dementiven Störungen in der Familie - Zwischenergebnisse eines laufenden Forschungsprojektes*. *Aktuelle Gerontologie* 11, S.156-158
- Buber, M. (1965): *Das dialogische Prinzip*, Heidelberg

- Bubolz-Lutz, E. (1999): Der Beziehungsaspekt bei der familialen Pflege als Thema von Bildungsarbeit, Habilitationsschrift, Universität Duisburg-Essen
- Bubolz-Lutz, E. (2001): Motive zum sozialen Engagement – Strategien der Motivierung. In: Startsocial 2001 Wettbewerbsdokumentation, Düsseldorf, S. 55-57
- Bubolz-Lutz E. (2006): Pflege in der Familie, Freiburg
- Bubolz-Lutz, E./C. Kricheldorf (2005): Häusliche Pflegearrangements und Pflegebegleiter – Ein Modellprojekt auf der Grundlage von Empowerment. In: Klie, Th. et al. (Hg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen, Frankfurt a. M., S. 169-180
- Bubolz-Lutz E./Kricheldorf C. (2006 ): Freiwilliges Engagement im Pflege-Mix, Freiburg
- Bubolz-Lutz, E. (2008): Gestalttherapeutische Arbeit mit Menschen im fortgeschrittenen Alter. In: Hartmann-Kottek, L./Strümpfel, U.: Gestalttherapie, 2. Auflage (überarbeitet und erweitert), Berlin/Heidelberg, S. 371-385
- Bühner, M. (2004): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion, München
- Bundesnetzwerk Bürgerengagement (BBE, Hg. 2008): Engagement und Erwerbsarbeit. Dokumentation der Fachtagung am 8. und 9. November 2007 in Berlin, Berlin
- Bunzendahl, I./Hagen, B. P. (Hg.) (2004): Soziale Netzwerke für die ambulante Pflege. Grundlagen, Praxisbeispiele und Arbeitshilfen, Weinheim und München
- Cantor, M. H. (1979): Neighbours and Friends. An overlooked resource in the informal support system. *Research on Aging*, 1, S. 434-463
- Deci, E. L./Ryan, R. M. (1993): Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. In: *Zeitschrift für Pädagogik*, 39, S. 223-238
- Döhner, H. (2007): Belastungssituationen pflegender Angehöriger: Ursachen und Auswirkungen. In: Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion (Hg.): Wer pflegt, braucht Unterstützung! Dokumentation der Dialogveranstaltung vom 22. Juli 2007, 16/137, Berlin, S. 8-13
- Drehnhaus-Wagner, R. (2002): Personelle Unterstützung. In: KDA (Hg.): Demenzbewältigung in den eigenen vier Wänden. Workshop-Dokumentation, Köln, S. 76-93
- Deutscher Caritasverband (1999): Darf's ein bisschen mehr sein. Caritas-Pflege mit ergänzenden Diensten: umfangreiches Ehrenamt. In: *Caritas in NRW*, Heft 3: 14-16.
- Engelhardt, D. von (2008): Alter und Altern im Dialog von Natur und Kultur, Fragment und Ganzheit. Vortrag bei der 23. WAP Arbeitstagung Jugendkult und die Kunst des Alterns, Bad Wildungen 15.-19.3.2008, unveröffentlicht

- Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages (2002): Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements. Bericht. Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft, Schriftenreihe, Band 4, Opladen
- Erlinghagen, M. (2000): Informelle Arbeit. Ein Überblick über einen schillernden Begriff. In: Schmollers Jahrbuch 120, S. 239-274
- Ettrich, K. U. (2000): Persönlichkeit und Gesundheitszustand im mittleren und höheren Lebensalter. In: Martin, P. et al. (Hg.): Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE), Darmstadt, S. 47-67
- EUROFAMCARE – Situation pflegender Angehöriger in Europa. Döhner, H./Kofahl, C./Lüdecke, D./Mnich, E. (Hg.) (2008): Family Care for Older People in Germany. Results from the European Project EUROFAMCARE, Hamburg, (Download Buch, PDF)
- Evers, A. (2003): Auf dem Weg zu einem neuen Wohlfahrtsmix? Pflege im Alter und der mögliche Beitrag der Bürgergesellschaft. In: Huth, S. (Hg.): Grundsatzthemen der Freiwilligenarbeit. Theorie und Praxis des sozialen Engagements und seine Bedeutung für ältere Menschen. BaS und ISIS. Stuttgart u. a., S. 85-100
- Fischer, V./Eichener, V./Nell, K. (Hg.) (2003): Netzwerke – ein neuer Typ bürgerschaftlichen Engagements. Zur Theorie und Praxis der sozialen Netzwerkarbeit mit Älteren, Schwalbach
- Fröhlingdorf, M./Jung, A./Ludwig, U./Neumann, C./Schmidt, C. (2005): Generation Pflege. In: Der Spiegel 11.9.2005, S. 86-96
- Gensicke, Th./Picot, S./Geiss, S. (2006): Freiwilliges Engagement in Deutschland, BMFS-FJ, Bonn
- Golüke, C. (2005): Stressoren und Ressourcen in der ehrenamtlichen Hospizarbeit und ihre Zusammenhang mit Burnout, unveröff. Diplomarbeit, Universität Münster
- Gräbel, E. (1996): Psychische und physische Belastungen pflegender Angehöriger. In: Diakonisches Werk (Hg.): danken und dienen, Stuttgart, S. 12-18
- Gräbel, E./Leutbecher, M. (1994): Macht häusliche Pflege krank? Untersuchungen zu belastungsverursachenden Faktoren und ihre Auswirkungen auf pflegende Angehörige. In: Häusliche Pflege, 5, S. 296-300
- Gräbel, E./Schirmer, B. (2006): Freiwillige Helferinnen und Helfer zur Entlastung der Angehörigen demenzerkrankter Menschen. Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsstudie zu den Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Schulung und professionelle Begleitung. In: Z Gerontol Geriat 3/2006, S. 217-226

- Gröning, K./Kunstmann, A. C./Rensing, E. (2004): In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege, Frankfurt am Main
- Gröning, K. (2005): Therapeutisierung der familialen Altenfürsorge? Formulierung eines Unbehagens? In: Sozialer Fortschritt 3/2005, S. 69-76
- Grond, E. (1996): Die Pflege verwirrter alter Menschen. Psychische Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander, Freiburg i. Br.
- Haberstroh, J./Neumeyer, K./Schmitz, B./Perels, F./Pantel, J. (2006): Kommunikations-TAN-DEM. Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Kommunikationstrainings für pflegende Angehörige von Demenzpatienten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5/2006, S. 358-364
- Halsig, N. (1995): Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 8/4, S. 247-262
- Hank, C./Stuck, S. (2008): Ehrenamt, Netzwerkhilfe und Pflege in Europa. Komplementäre oder konkurrierende Dimensionen produktiven Alterns? In: Erlinghagen, M./Hank, C. (Hg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde, Wiesbaden, S. 27-50
- Herriger, N. (2002): Empowerment. In: Fachlexikon der sozialen Arbeit, 5. Aufl., Stuttgart
- Heusinger, J. (2005): „Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“ Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements, Diss., Berlin
- Heusinger, J. (2006): Pflegeorganisation und Selbstbestimmung in häuslichen Pflegearrangements. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6/2006, S. 418-422
- Höhmann, U./Müller-Mundt, G./Schulz, B. (1999): Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung, Frankfurt a. M.
- Hörl, J./Rosenmayr, L. (o. J.): Chancen der sozialen und humanen Aktivierung der Familie für ihre älteren Mitglieder, unveröff. Manuskript, Wien
- Hoch, H./Klie, Th./Pfundstein, T. (2005): Bürgerschaftliches Engagement in Pflegeeinrichtungen: Neue Lebensqualität für pflegebedürftige Menschen und Horizonterweiterung für Engagierte, EFH Freiburg
- Infratest Sozialforschung (Hg.) (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten (MuG III), München

- Jakob, G. (2005): Jugendfreiwilligendienste und generationsoffene Freiwilligendienste. Beitrag zur Tagung „Werkstatt neuen Engagements“ des Hessischen Sozialministeriums und der Landesehrenamtsagentur Hessen am 11. November 2005, Frankfurt a. M., unveröffentlichtes Manuskript
- Kaye, L. W./Applegate, J. S. (1990): Men as Caregivers to the Elderly: Understanding and Aiding unrecognized Family Support. Lexington/Toronto
- Klie, Th. (Hg.) (2002): Fürs Alter planen. Beiträge zur kommunalen Altenplanung, Freiburg
- Klie, Th./Buhl, A./Entzian, H./Schmidt, R. (Hg.) (2002): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf, Frankfurt a. M.
- Klie, Th. (2005): Würdekonzept für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, Balancen zwischen Autonomie und Sorgeskultur. In: Z. Gerontol Geriat 38, S. 268-272
- Klingenberg, H./Kreca-Kirchbichler, B. (2001): Alles wird gut!? Selbstorganisation in der Erwachsenenbildung, München
- Kluge, U./Steiner, M. (2006): Aufbau von selbstorganisierten Strukturen und Kooperation mit Organisationen und Institutionen. In: Bubolz-Lutz, E./Kricheldorf, C.: Freiwilliges Engagement im Pflegemix – neue Impulse, Freiburg, S.157-159
- Köster, D./Schramek, R. (2005): Die Autonomie des Alters und ihre Konsequenzen für zivilgesellschaftliches Engagement. In: Hessische Blätter für Volksbildung, 3, S. 226-237
- Krapp, A./Ryan, R. M. (2002): Selbstwirksamkeit und Lernmotivation. Eine kritische Betrachtung der Theorie von Bandura aus der Sicht der Selbstbestimmungstheorie und der pädagogisch-psychologischen Interessentheorie. In: Jerusalem, M./Hopf, D. (Hg.): Zeitschrift für Pädagogik. Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen, 44. Beiheft, S. 54-82
- Kruse, A. (2005): Selbständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38, S. 273-287
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim, Basel
- Landtag NRW (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
- Lehr, U./Thomae, H. (1987): Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA), Stuttgart

- Leipold, B./Schacke, C./Zank, S. (2006): Prädikatoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter. In: *Z Gerontol Geriat* 3/2006, S. 227-232
- Lipski, J. (2004): Für das Leben lernen, was wie und wo? Umriss einer neuen Lernkultur. In: Hungerland, B.; Overwien, B. (Hg.): *Kompetenzerwerb außerhalb etablierter Lernstrukturen. Modelle für eine künftige Lernkultur?* Opladen
- Macera, C.A./Eaker, E. D./Jannarone, R. J./Davis, D. R./Stoskopf, C. H. (1993): Association of Positive and Negative Events with Depressive Symptomatology among Caregivers. *International Journal on Aging and Human Development*. CDC Atlanta USA, 36/1, S. 75-80
- Martin, P. et al. (2000): Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE), Darmstadt
- Michell-Auli, P. (2008): Eine neue Form der wohnortbezogenen Beratung und Versorgung: Pflegeberatung und Pflegestützpunkte. In: *Pro Alter* 2/20087 KDA, S. 50-56
- Midlarsky, E./Kahana, E. (1994): *Altruism in later Life*. Thousand Oaks
- Mnich, E./Lüdecke, D./Döhner, H. (2005): Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige – Ergebnisse aus dem europäischen Projekt EUROFAMCARE. 2. Fachtagung Pflegebegleiter in Freiburg, 2.12.2005 (unveröffentlichtes Manuskript)
- Mörchen/Bubolz-Lutz (2006): „Lernprojektierung“ – Weiterentwicklung von Bürgerkompetenz in institutionell gestützten Lehr-/Lernkontexten. In: Voegen, H. (Hg.): *Brückenschläge. Neue Partnerschaften zwischen institutioneller Erwachsenenbildung und bürgerschaftlichem Engagement*, Bielefeld, S. 207-263
- Niederfranke, A./Greve, W. (1996): Bedrohung durch Gewalt im Alter: Argumente für eine sozialwissenschaftliche Perspektive. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 29: 169-175
- Notz, G. (2002): Die soziale Engagementbereitschaft ist auch für Ältere eine Domäne der Frauen. In: ISIS (Hg.): *Grundsatzthemen der Freiwilligenarbeit. Theorie und Praxis des sozialen Engagements und seine Bedeutung für ältere Menschen*. Stuttgart u. a., S. 121-141
- Olk, Th. (2002): Eine Bürgergesellschaft geht alle an. In: *Neue Caritas*, Jg. 103, Heft 21, S. 9-10
- Pankoke, E. (2002): Ehren-Amt und Bürger-Kompetenz: Freies Engagement als soziales Kapital. In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 3, S. 214-221

- Peters, C./Güntert, S.T./Wehner, T. (2008): Mehr Multidisziplinarität in der Freiwilligenforschung: Beiträge der Arbeits- und Organisationspsychologie. In: Bundesnetzwerk Bürgerengagement (Hg.): Engagement und Erwerbsarbeit. Dokumentation der Fachtagung am 8. und 9. November 2007 in Berlin, S. 92-101
- Pinquart, M./Sörensen, S. (2005): Belastungen pflegender Angehöriger. Einflussfaktoren und Interventionsansätze. In: Otto, U./Bauer, P. (Hg.): Mit Netzwerken professionell arbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive, Göttingen, S. 617-637
- Pöhlmann, K./Hofer, J. (1997): Ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf: Instrumentelle Unterstützung durch Hauptpflegepersonen und professionelle Hilfsdienste. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 30, S. 381-388
- Raven, U./Kricheldorf, C. (2003): Unterstützungsleistungen für die Familie bzw. die pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. In: Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker. In: BMFSFJ (Hg.): FORUM ALTENHILFE, Sonderheft 3
- Rosenblatt, B. v. (2000) (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland - Freiwilligen-survey 1999. Ergebnisse der Repräsentativerhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Bd. 1: Gesamtbericht: Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 194.1, Stuttgart
- Rosenblatt, B. v. (2004): Freiwilligen-survey 2004, Stuttgart
- Ryan, R. M./Deci, E. E. (2001): On happiness and human potentials: a Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. In: Annual Review of Psychology 52, S. 141-166
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2001): Ambulantisierung - Konsequenzen für die Pflege. In: GGW 1 (Juli), 1, S.1-19
- Schubert, H. (2004): Netzwerkmanagement - Planung und Steuerung von Vernetzung zur Erzeugung raumgebundenen Sozialkapitals. In: Müller, B./Löb, S./Zimmermann, K. (Hg.): Steuerung und Planung im Wandel. Festschrift für Dietrich Fürst, Wiesbaden, S. 177-200
- Sahm, S. (2007): Die Heilkraft des Zuhörens. Strukturierte Gespräche beugen Depressionen bei Angehörigen Sterbender vor. In: FAZ 14.2.2007, Nr. 38/S. N1/N2
- Schmidt, R. (2002): Soziale Dienste im demographischen Wandel: Zur Integration gesundheitlicher, pflegerischer und sozialer Versorgungsstrukturen. In: Klie, Th./Buhl, A./Entzian, H./Schmidt, R. (Hg.): a.a.O., Frankfurt a. M., S. 77-93

- Schmidt, R. (2005): Geteilte Verantwortung: Angehörigenarbeit in der vollstationären Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz. In: Otto, U./Bauer, P. (Hg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslageperspektive, Göttingen: 575-616
- Schneekloth, U./Leven, I. (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002, [www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hilfeundpflegebeduerftige-in-privathaushalten.property=pdf.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hilfeundpflegebeduerftige-in-privathaushalten.property=pdf.pdf) (21.7.2004)
- Schneekloth U./Wahl H. (Hg.) (2005 ): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), München
- Schneekloth, U. (2006): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativitätserhebung. In: Schneekloth, U. / Wahl, H.W. (Hg.), Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten, Stuttgart, S. 57-102
- Schütze, Y./Lang, F. R. (1992): Verantwortung für alte Eltern - eine neue Phase im Lebensverlauf. Familie und Recht 6, S. 336-341
- Soloman, B. (1976): Black Empowerment: Social work in oppressed communities. New York
- Sonnentag, S./Fritz, C. (2007): The recovery experience questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. In: Journal of Occupational Health Psychology, 12, S. 204-221
- Statistisches Bundesamt 2005, 2. Bericht der Pflegestatistik.
- Steiner-Hummel, I. (1995): Würdigung und Wertschätzung - Gemeinden anerkennen, was Pflegende leisten. In: Hummel K. (Hg.): Bürgerengagement, Seniorenengenschaften, Bürgerbüros und Gemeinschaftsinitiativen, Freiburg, S. 226-233
- Steiner-Hummel, I. (1997): Bürgerschaftliches Engagement und die Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. In: Braun U./Schmidt R. (Hg.) (1997): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur, Regensburg (Transfer), S. 113-132
- Steiner-Hummel, I. (1998): Alltagsmanagement von Pflege in der Sorgearbeit der Familien. In: Schmidt. R./Thiele, A. (Hg.): Konturen der neuen Pflegelandschaft: Positionen, Widersprüche, Konsequenzen, Regensburg, S. 23-39
- Steiner, I. (2005): Bela. Dokumentation zur Fortbildungsreihe Bürgerengagement für Lebensqualität im Alter. Ministerium für Arbeit und Soziales BW (Hg.), Freiburg
- Steinfort, J. (2006): Identitätsfördernde Faktoren im bürgerschaftlichen Engagement in der nachberuflichen Phase. In: Forum EB, 1/2006, S. 39-44



- Stepelman, L./Darcy, M./Tracey, T. (2005): *Helping and Coping Attributions: Development of the Attribution of Problem Cause and Solution Scale*, Thousand Oaks, USA
- Szydlík, M. (2000): *Lebenslange Solidarität? Generationenbeziehungen zwischen erwachsenen Kindern und Eltern*, Opladen
- Urlaub, K.-H. (1988): *Krisen, Konflikte und Überforderungsstrukturen in familiären Pflegebeziehungen. Eine sozialpsychologische Studie über Bedingungen und Formen der Bewältigung*, Wuppertal
- Wetzels, P./Greve, W. (1996): *Alte Menschen als Opfer innerfamiliärer Gewalt - Ergebnisse einer kriminologischen Dunkelfeldstudie*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 29, S.191-200
- Willers-Kaul, A. (2002): *Gesetz fördert Betreuung Sterbender. Das seit 1. Januar 2002 geltende PFLÉG fördert die ambulante ehrenamtliche Hospizarbeit - die professionelle Palliativpflege geht leer aus*. In: *Häusliche Pflege*, Heft 2, S. 21-23
- Wilz, G./Adler C./Gunzelmann, T. (2001): *Gruppenarbeit bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden*, Göttingen
- Wydler, H./Kolip, P./Abel, Th. (2002): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*, Weinheim/München
- Zellhuber, B./Steiner-Hummel, I. (1991): *Beratungsstelle für pflegende Angehörige und Gerontopsychiatrie in der Stadt Augsburg. Gesamtbericht des dreijährigen Modellprojektes „Leben und Pflegen“*, Januar 1988 - Dezember 1990 (KDA), Köln
- Zeman, P. (2002): *Häusliches Altenpflegearrangement: Mikropolitik und Vertrauen*. In: *Klie, Th./Buhl, A./Entzian, H./Schmidt, R. (Hg.): a. a. O., S.153-174*