



Spitzenverband

Schriftenreihe
Modellprogramm zur Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
Band 8



Telefongestützte Intervention für Pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen



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.deInternet: www.gkv-spitzenverband.de

Projektleitung: Dipl.-Psych. Dr. Klaus Pfeiffer, PD Dr. med. Clemens Becker
(Klinik für Geriatrische Rehabilitation am Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart)

Interventions-Team: Dipl.-Psych. Dr. Klaus Pfeiffer, Dipl.-Psych. Denis Beische
(Klinik für Geriatrische Rehabilitation am Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart)

Assessment-Team: Ruth Hoffrichter, MSc. phys., Dr. med. Julia Wengert,
Dr. med. Beate Lindemann (Klinik für Geriatrische Rehabilitation am
Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart)

Wissenschaftliche Begleitung: Prof. Dr. Martin Hautzinger (Abteilung für Klinische
Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Universität Tübingen),
Prof. Dr. med. Hans-Helmut König (Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin
und Gesundheitsökonomie an der Universität Hamburg)

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
www.cw-haarfeld.de

ISBN: 978-3-7747-2378-8

Sehr geehrte Damen und Herren,

Vorwort

die Betreuung pflegebedürftiger Menschen stellt für Angehörige häufig eine große körperliche und psychische Belastung dar. Von zentraler Bedeutung sind daher Entlastungsangebote, die geeignet erscheinen, die mit der Pflege einhergehenden vielfältigen Belastungserscheinungen zu reduzieren. Derzeit gibt es in Deutschland diverse Ansätze und Bemühungen, die eine Unterstützung und gleichzeitige Schulung von pflegenden Angehörigen zum Ziel haben. Ungeachtet zahlreicher internationaler Empfehlungen liegen hierzulande jedoch wenige Erfahrungen mit Modellen vor, die die Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie mit einem telefonischen Problemlösetraining verbinden. Bisherige Interventionen in diesem Bereich hingegen zielen stärker auf strukturierte Problemlöseansätze sowie die Selbstregulation und Rollen Anpassung der Pflegenden.



Die im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung durchgeführte und vom GKV-Spitzenverband geförderte TIPS-Studie (Telefongestützte Intervention für Pflegenden Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen) greift bisherige Erfahrungen jener Ansätze auf, für die bereits Studienergebnisse mit Pflegenden von Schädelhirnverletzten vorliegen und möchte einen Beitrag zur Stabilisierung langfristiger häuslicher Pflegearrangements leisten.

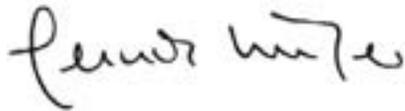
Die durchgeführten Interventionen umfassen neben zwei Hausbesuchen überwiegend telefonische Kontakte. Die Wirksamkeit dieses Ansatzes wurde in einem randomisierten und kontrollierten Studiendesign überprüft. Dabei richtete sich die einjährige Intervention an Angehörige, die seit mindestens sechs Monaten für einen pflegebedürftigen Menschen nach Schlaganfall verantwortlich sind und sich subjektiv in signifikanter Weise belastet fühlten.

Insbesondere das innerhalb des Modellvorhabens entwickelte Kartenset und dessen Einsatz haben sich, so zeigen die Ergebnisse, als besonders hilfreiches Instrument erwiesen. Eine Übertragbarkeit der eingesetzten Methodik auch auf andere Zielgruppen ist aufgrund des gewählten strukturierten Problemlöseansatzes durchaus denkbar.

Die Ergebnisse der Studie zeigen zum einen, dass der gewählte Ansatz nicht nur auf hohe Akzeptanz bei den pflegenden Angehörigen stößt, sondern zugleich mit einer signifikanten Reduktion der subjektiv empfundenen Pflegebelastung verbunden ist.

Vorwort

Mit dem vorliegenden Endbericht und dem integrierten Materialband werden Methodik und Ergebnisse umfassend dokumentiert. Dies soll zugleich ein Anreiz sein, sich mit den erprobten Instrumenten auch in anderen Arbeitsfeldern als optionale Methode zur Entlastung pflegender Angehöriger auseinanderzusetzen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gernot Kiefer'.

Gernot Kiefer

Vorstand GKV-Spitzenverband

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	9
Vorbemerkung	11
1. Einleitung	13
Pflegende Angehörige in Deutschland	13
Pflegebelastung aus stresstheoretischer Sicht	14
Psychosoziale Interventionen zur Entlastung von Pflegenden.....	16
Pflegerberatung in Deutschland	18
Pflegende von Schlaganfall-Betroffenen als Zielgruppe der Untersuchung.....	19
Interventionen für pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen	20
2. Fragestellung und Zielsetzung	22
Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme	22
Problemlösetraining für pflegende Angehörige	24
Design und Zeitplan der Evaluation	32
3. Verwendete Erhebungs- und Messverfahren	35
Pflegende Angehörige	35
Zielgrößen bei den Schlaganfall-Betroffenen	39
Erhebungs- und Messverfahren zur dritten Fragestellung	44
Personal	44
Randomisierung.....	45
Fallzahlschätzung, Stichprobengröße	45
Wissenschaftliche Begleitung.....	46
Rekrutierung.....	47
4. Ergebnisse	51
Beschreibung der Gesamtstichprobe (n = 122)	51
Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe	63
Gruppenvergleiche über alle drei Messzeitpunkte	66
5. Zusammenfassung	98
6. Und wie kann es weitergehen? - Eine Translationsperspektive	102



7. Wissenschaftliche Beiträge	108
Literaturverzeichnis	111
Anhang	118
Problemlösetraining für pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen	121
Problemlösetraining für pflegende Angehörige von Demenz-Patienten	147
Kartenset	173
Materialband	185

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Untersuchungsinstrumente zur Hauptfragestellung.....	39	Tabellenverzeichnis
Tab. 2: Untersuchungsinstrumente zu den Schlaganfall-Betroffenen.....	40	
Tab. 3: Beschreibende Statistik zum Alter der Teilnehmer.....	51	
Tab. 4: Regressionsmodell zur Allgemeinen Depressionsskala.....	59	
Tab. 5: Werte der pflegenden Angehörigen zu T0 in Abhängigkeit von der Gruppe.....	64	
Tab. 6: Vierfeldertafel zum kognitiven Status der Schlaganfall-Betroffenen.....	65	
Tab. 7: Barthel-Index der Betroffenen zu allen Messzeitpunkten.....	66	
Tab. 8: Erweiterter Barthel der Betroffenen zu allen drei Messzeitpunkten.....	67	
Tab. 9: Instrumentelle Aktivitäten der Betroffenen zu allen drei Messzeitpunkten.....	68	
Tab. 10: Lebensqualität - Fremdeinschätzung durch den Angehörigen.....	69	
Tab. 11: Lebensqualität - Selbsteinschätzung durch den Schlaganfall-Betroffenen.....	69	
Tab. 12: Anzahl der aufgetretenen Verhaltensweisen der Betroffenen.....	71	
Tab. 13: Totale Anzahl der berichteten Reaktionen auf das Verhalten.....	72	
Tab. 14: Die am häufigsten als „sehr“ oder „ziemlich belastend“ benannten Probleme.....	74	
Tab. 15: Durchschnittswerte und Spannweiten zu den Telefonaten über zwölf Monate.....	75	
Tab. 16: Die am häufigsten bearbeiteten Bereiche.....	77	
Tab. 17: Häufig genannte Probleme, die sich deutlich gebessert haben.....	78	
Tab. 18: Häufig genannte Probleme, die sich nur leicht gebessert haben.....	79	
Tab. 19: Häufig genannte Probleme, die sich wenig gebessert haben.....	80	
Tab. 20: Originalkartensatz und Veränderungsvorschlag für neuen Kartensatz.....	84	
Tab. 21: Depressive Symptomatik der Gruppen über alle drei Messzeitpunkte.....	87	
Tab. 22: Mittelwerte des Fragebogens zur FKpA über die drei Messzeitpunkte.....	89	
Tab. 23: Mittelwerte des CSI (Pflegebelastrung) über die drei Messzeitpunkte.....	90	
Tab. 24: Mittelwerte der subjektiven Pflegebelastung über die drei Messzeitpunkte.....	91	
Tab. 25: Soziale Problemlösefähigkeiten über die drei Messzeitpunkte.....	92	
Tab. 26: Mittelwerte des Gießener Beschwerdebogens (GBB24).....	92	
Tab. 27: Mittelwerte des LTS über die drei Messzeitpunkte.....	94	
Tab. 28: Mittelwerte des FSozU über die drei Messzeitpunkte.....	94	
Tab. 29: Mittelwerte des EQ-5D über die drei Messzeitpunkte.....	95	
Tab. 30: Effektstärken nach Altersgruppen.....	97	



Tabellenverzeichnis	Tab. 31: Hauptmerkmale und Symptome vor Depression	199
	Tab. 32: Checkliste Reisevorbereitungen	208
	Tab. 33: Pauschalstunden bei Mittellosigkeit	226
	Tab. 34: Pauschalstunden für Selbstzahler.....	226
	Tab. 35: Täglicher Mindestbedarf an Hilfe.....	243
	Tab. 36: Leistungen der Pflegeversicherung	244
	Tab. 37: Leistungen bei Verhinderungs- und Kurzzeitpflege.....	245

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Modifiziertes Modell zur pflegebedingten Belastung nach Pearlin und Zarit.....	16
Abb. 2: Endpunkte und erwartete Wirkung der Intervention	26
Abb. 3: Zusammenhang zwischen Problemorientierung und depressiver Symptomatik.....	27
Abb. 4: Schritte des Kartensortierens.....	29
Abb. 5: Von der gewählten Karte zur konkreten Situation.....	30
Abb. 6: Ablauf des Problemlösens.....	32
Abb. 7: Studiendesign	33
Abb. 8: Rekrutierung anhand der Einschlusskriterien.....	50
Abb. 9: Beschreibende Statistik zum Geschlecht der Teilnehmer (n = 122)	52
Abb. 10: Beschreibende Statistik zum Bildungsgrad der Teilnehmer (n = 122).....	53
Abb. 11: Beschreibende Statistik zur Herkunft der Teilnehmer (n = 122).....	54
Abb. 12: Häufigkeit der untersuchten Pflegekonstellationen bei Schlaganfall-Betroffenen (n = 122)	55
Abb. 13: Verteilung der Pflegestufen bei den Schlaganfall-Betroffenen.....	56
Abb. 14: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegestufe	57
Abb. 15: Häufigkeiten zur Art der Einweisung in die Pflegegrundlagen	58
Abb. 16: Barthel-Index (schwarz) bzw. erweiterter BI (grau) nach Pflegestufe.....	61
Abb. 17: Häufigkeiten der Funktionseinschränkungen der Betroffenen	62
Abb. 18: Häufigkeiten der Aphasie-Syndrome.....	62
Abb. 19: Anzahl der geführten Telefonate	76
Abb. 20: Signifikante Interaktion „Depressive Symptome“	88
Abb. 21: Signifikante Interaktion „Subjektive Gesundheitsbeschwerden“	93
Abb. 22: Zwei Varianten der Translation der Ergebnisse der TIPS-Studie.....	104

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

Pflegende Angehörige in Deutschland

Noch zu keiner Zeit wurde in Familien so viel und über eine so lange Zeit gepflegt wie heute (Statistisches Bundesamt 2008). In unserer als individualisiert charakterisierten Gesellschaft stellen die primären Netzwerke die derzeit größte Versorgungsinstitution dar (Schneekloth/Wahl 2006). Dementsprechend wird der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen (rund 70%) zu Hause gepflegt (Statistisches Bundesamt 2008), überwiegend von Partnern und Kindern (Schneekloth/Wahl 2005; Schneekloth/Wahl 2006). Nachbarn, Freunde und Bekannte leisten ferner einen Beitrag zum informellen Hilfenetzwerk (Schneekloth/Wahl 2005). Die derzeitigen sowie künftigen Belastungen und Anforderungen der familialen Pflegeleistungen werden von den Ehepartnern der sogenannten Sandwich-Generation und hier zu 80% von Frauen getragen (Lehr 2007).

Die Pflege eines Angehörigen ist für die häufig ebenfalls betagten Hauptpflegepersonen in der Regel eine Vollzeitstätigkeit. Für rund zwei Drittel der Pflegenden gilt, dass sie im Prinzip rund um die Uhr zur Verfügung stehen müssen. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit für Hilfe, Pflege und Betreuung liegt bei 36,6 Stunden pro Woche. Mehr als 70% der Pflegenden nehmen keine professionellen Dienste in Anspruch (Infratest Sozialforschung München 2002).

Der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebene Bericht „Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002“ kommt zu folgendem Resümee: „Obwohl die privaten Hauptpflegepersonen die ‚Hauptlast‘ der Pflege tragen, wird nur von einem kleineren Teil dieser Personen regelmäßig auf entlastende Beratungs- oder sonstige Unterstützungsangebote zurückgegriffen. Im Sinne der gewünschten Stabilisierung der familiären Pflegepotentiale erscheint es für die Zukunft unbedingt geboten, diese offensichtliche Lücke durch einen zielgerichteten Ausbau von niederschwelligen Beratungs-, Qualifizierungs- und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige zu schließen. (...) Die Überlastung der pflegenden Angehörigen ist nach wie vor der wichtigste Grund für eine nicht hinreichende Pflege und Versorgung sowie eine der entscheidenden faktischen Grenzen der häuslichen Pflege“ (Infratest Sozialforschung München 2002). So wird ein Umzug ins Pflegeheim überwiegend mit dem Burn-out des Pflegenden und nicht mit einer gesundheitlichen Verschlechterung des Gepflegten begründet (Aneshensel et al. 1995).

Sozial- und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse verweisen auf die Komplexität der Anforderungen an die häusliche Pflege und die großen individuellen Anforderungen innerhalb der Pflegekonstellationen (Wright/Leahey 2009). Um die nicht von der Hand zu weisende Pflegelast in dem jeweiligen Unterstützungssetting in einem tragbaren Rahmen zu halten, sind neben Beratungs- und Unterstützungsangeboten durch professionell Pflegenden und Ärzte auch Interventionen indiziert, die an der persönlichen Möglichkeit und an den individuellen Ressourcen der Alltagsbewältigung – aller im Pflegearrangement involvierten Personen – ansetzen.

Einen umfassenden Überblick über die derzeitige Situation von pflegenden Angehörigen in Deutschland bietet der im Rahmen von EUROFAMCARE (Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage) erstellte „National Background Report for Germany“ (Meyer 2004).

Pflegebelastung aus stresstheoretischer Sicht

Häusliche Pflege ist häufig geprägt von mangelnder Zeit für eigene Ambitionen (Quittner et al. 1992) sowie der langsamen Erosion der sozialen Unterstützung und der damit einhergehenden sozialen Isolation (Chwalisz 1996). Das erste Jahr der Pflege scheint sich bei Erkrankungen, die durch ein abruptes Ereignis eingetreten sind (z. B. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Verletzung, Rückenmarksverletzung), als ein dynamischer Prozess zur Anpassung an die neuen Gegebenheiten zu gestalten, an dem die Coping-Strategien der pflegenden Angehörigen bedeutsamer erscheinen als die verfügbare soziale Unterstützung (Chwalisz 1996; Shewchuk et al. 1998).

Vor diesem Hintergrund gab es in den vergangenen Jahren verstärkt Bemühungen, den Belastungsbegriff bei der häuslichen Pflege in einen theoretischen Rahmen einzubinden. Dabei sind bislang v. a. stresstheoretische Modelle von Bedeutung. Diese gehen von der Annahme aus, dass psychologische Aspekte und verwandte Ressourcen für die Anpassung an entstehende Pflegesituationen von größter Bedeutung sind (Schulz/Quittner 1998).

In Stressmodellen wird zwischen der objektiven und der aus individuellen Einschätzungsprozessen (Ereignis- und Ressourceneinschätzung) resultierenden subjektiven Belastung unterschieden. Des Weiteren differenzieren verschiedene Autoren zwischen primären und

sekundären Stressoren. Erstere beziehen sich auf direkte Anforderungen und Konsequenzen der Pflege. Sekundäre Stressoren dagegen ergeben sich nachfolgend in Bezug auf eigene Interessen, Rollen und Bedürfnisse (z. B. Beruf, Freizeit, soziale Kontakte, Familienleben) der Angehörigen. Neben der Betreuung der Angehörigen geht für die Pflegenden das Leben mit all seinen möglichen Ereignissen und Belastungen weiter. Nicht selten sind gerade solche „zusätzlichen“ Belastungen der Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt.

Der Umgang mit den Stressoren ist ebenfalls höchst individuell und hängt sowohl von Kontextvariablen (z. B. parallele Berufstätigkeit, Beziehungsqualität vor der Erkrankung) als auch von den zur Verfügung stehenden internalen und externalen Coping-Ressourcen des Pflegenden ab. Hierzu gehören, neben individuellen Bewältigungsstrategien, die verfügbare soziale Unterstützung und gegebenenfalls auch finanzielle Ressourcen. Neben diesen Faktoren ist die empfundene Belastung auch in erheblichem Maße von der subjektiven Bewertung der eigenen Pflegerolle abhängig (Elliott, T./Shewchuk, R. 2000; Grant 1999).

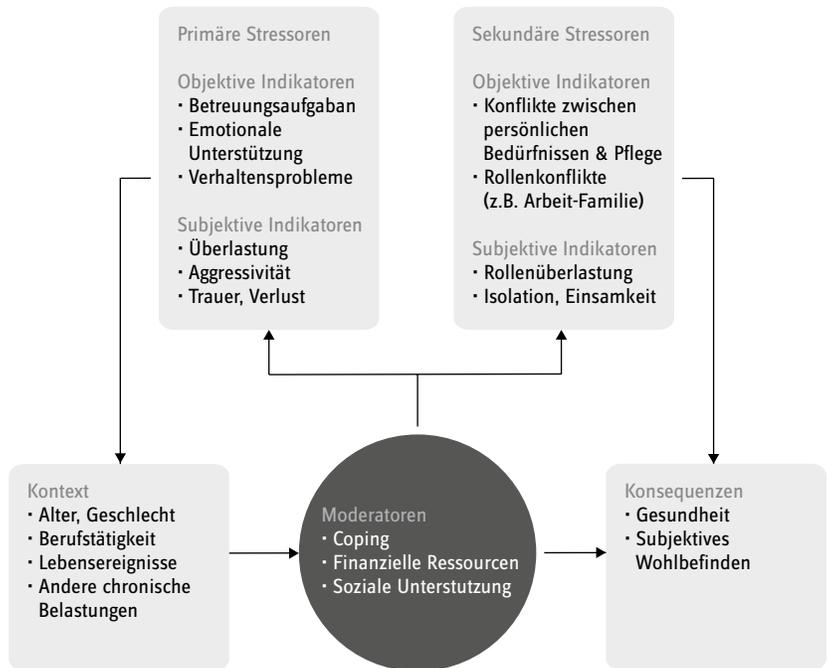


Abb. 1: Modifiziertes Modell zur pflegebedingten Belastung nach Pearlin und Zarit

Psychosoziale Interventionen zur Entlastung von Pflegenden

Analog zu dem beschriebenen Stressmodell kann die Unterstützung für pflegende Angehörige an unterschiedlichen Stellen ansetzen. Sie kann externe Ressourcen zur Verfügung stellen (z. B. durch finanzielle Unterstützung), die Qualifikation der Pflegenden verbessern (z. B. durch Pflegekurse), interne Ressourcen aufbauen helfen oder stärken (z. B. Problemlösefertigkeiten), die Bewertung der Situation und die Wahrnehmung eigener Ressourcen im Sinne einer besseren Selbstwirksamkeit fördern oder die Stressoren verringern (z. B. durch Entlastungsangebote).

Aus einer Versorgungsperspektive können folgende Arten der Unterstützung unterschieden werden:

-
- Unterstützungsangebote (z. B. Pflegedienst, Gesprächs- und Selbsthilfegruppen)
 - (Psycho-)edukative Angebote (z. B. Wissens- und Informationsvermittlung)
 - Klinisch-therapeutische Angebote (z. B. psychotherapeutische Ansätze)
 - Erholungsangebote (z. B. zeitliche bzw. aufgabenspezifische Entlastung)
 - Multifaktorielle Angebote (eine Kombination aus verschiedenen Angeboten)

Sörensen, Pinquart und Duberstein (2002) kommen in einer Meta-Analyse von 78 Studien zu der Schlussfolgerung, dass mit psychosozialen Interventionen bedeutsame Effekte bezüglich der Verringerung der Stressbelastung und Depressivität der Pflegenden sowie der Symptome der Pflegebedürftigen erzielt werden können. Ein weiterer Übersichtsartikel von 2005 (Visser-Meily et al. 2005) findet Hinweise, dass Beratungsformen, die ein verbessertes Coping zur Stressreduktion zum Ziel haben, positive Effekte auf Pflegende von Schlaganfall-Betroffenen haben. Für Dienste, die ihren Schwerpunkt auf allgemeine Beratung, Empathie oder Ermunterung für pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen legen, konnte dagegen kein eindeutiger Nutzen festgestellt werden (Visser-Meily et al. 2005). Ein Cochrane Review für die gleiche Zielgruppe kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass für die Aushändigung von Informationen in Form von Faltblättern, Broschüren und sonstigen Informationspaketen bislang keine eindeutige Evidenz vorliegt (Forster et al. 2001). In einem aktuelleren Review können dieselben Autoren für die Bereitstellung von Informationen jedoch eine gewisse Evidenz ermitteln. Die vielversprechendste Art und Weise der Informationsvermittlung ist derzeit aber noch unklar. Sinnvoll erscheinen Strategien, die Pflegende sowie die Pflegeempfänger aktiv einbeziehen (Smith et al. 2009). Ein weiterer Übersichtsartikel, der acht Studien mit Interventionen zusammenfasst, die nicht ausschließlich auf Informationsvermittlung abzielten, kommt zum Ergebnis, dass ein gewisser Nutzen in allen Untersuchungen gefunden wurde. Die Autoren bemängeln jedoch die insgesamt geringe methodische Qualität der Untersuchungen (Brereton et al. 2007). Inhaltlich scheinen allerdings „Interventionskonzepte, die als Mehrkomponentenintervention neben einer Informationsvermittlung psycho-therapeutische Strategien wie beispielsweise Problemlösetraining, Förderung von aktiven Coping-Strategien, sozialer Unterstützung und sozialen Aktivitäten beinhalten“, besonders vielversprechend zu sein (Wilz/von Cramon 2011). Solche Kombinationsansätze werden auch im Bereich der Interventionsangebote für Angehörige von Demenzkranken als besonders Erfolg versprechend angesehen (Brodaty et al. 2003; Pinquart/Sorensen 2006; Schulz et al. 2002). Qualitativ gute methodische deutsche Studien liegen selbst für die bislang am intensivsten unter-

suchte Zielgruppe der Pflegenden von demenziell Erkrankten - von einer Ausnahme abgesehen - praktisch nicht vor (Mantovan et al. 2010).

Pflegeberatung in Deutschland

In Deutschland haben Schulung und Beratung von pflegenden Angehörigen und Patienten als Aufgabenfeld einer professionellen Pflege eine noch junge Geschichte. So konstatiert Zegelin-Abt (Zegelin-Abt 1999), dass Schulung und Beratung in der Pflege zwar vielfach stattfinden, jedoch meist zufällig, oft zu spät und selten maßgeschneidert, und es mit Ausnahme von Einzelprojekten derzeit noch an Schulungskompetenz der Pflegekräfte sowie an systematischen Schulungskonzepten fehlt (Zegelin-Abt 2003).

Das im Pflegeergänzungsgesetz von 2008 formulierte Anrecht auf Pflegeberatung (§7a SGB XI) soll strukturell v.a. durch ein flächendeckendes Netz von Pflegestützpunkten (§92c SGB XI) umgesetzt werden. Diese sollen die erste Anlaufstelle bei allen Fragen bilden, die die Lebenslage „Pflege“ betreffen. Ein solches wohnortnahes Angebot richtet sich sowohl an Pflegebedürftige und ihre Angehörigen als auch an all diejenigen, die Informationen über diese Themen suchen, um im Falle eintretender Pflegebedürftigkeit, vorbereitet zu sein. Ein Pflegestützpunkt sollte, wie vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) in der Werkstatt Pflegestützpunkte beschrieben, je nach Anforderung die Leistungen Einzelinformation, Beratung oder Fallklärung und -steuerung anbieten können.

In den Weiterbildungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Qualifikation von Pflegeberatern (vom 29. August 2008) wird neben einer entsprechenden beruflichen Grundqualifikation insbesondere eine 400-stündige Weiterbildung in den Modulen Pflegefachwissen, Case-Management und Recht empfohlen.

Als primäre Informationsbedürfnisse von pflegenden Angehörigen wurden Informationen zum Versorgungssystem, Informationen zu individuellen Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem, Informationen zu regionalen Dienstleistern und situations- und krankheitsspezifische Anfragen identifiziert (Nickel et al. 2010). Hier scheint v.a. ein guter lokaler Bezug der Information bedeutsam. Je nach Zielgruppe (Alter, Bildungsstand) scheint es auch Präferenzen für die Art der Informationsvermittlung (z. B. mittels Pflegekursen, internetbasiert) zu geben (Donath et al. 2009b; Gräbel et al. 2009).

Trotz der vielfältigen Aktivitäten in diesem Bereich gab es in Deutschland zum Zeitpunkt der Antragstellung keine randomisierten und kontrollierten Interventionsstudien bezüglich klinisch-therapeutischer Angebote für pflegende Angehörige. Mit der TIPS-Studie sollte ein Beitrag in diesem Sinne geleistet werden. Da die Anstrengungen der zurückliegenden Jahre in Deutschland v. a. demenziell Erkrankten und deren Angehörigen galten, richtete sich das beantragte Vorhaben an pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen.

„Mein Mann vergisst immer alles. Er erinnert sich immer nur daran, dass er das Kästchen am Kalender jeden Tag um einen Tag weiterschieben muss. Und selbst das hat er wieder vergessen, sobald er das Zimmer verlassen hat“ (Teilnehmerin der TIPS-Studie, 66 Jahre).

Pflegende von Schlaganfall-Betroffenen als Zielgruppe der Untersuchung

Der Schlaganfall zählt zu den am meisten auftretenden Erkrankungen in Deutschland und ist eine der häufigsten Ursachen lebenslanger Behinderung im Erwachsenenalter. Jährlich erleiden, je nach Definition, zwischen 170.000 und 350.000 Menschen in Deutschland einen Schlaganfall (Berger et al. 2000). Aufgrund der demografischen Entwicklung und der sinkenden Mortalitätsrate durch Fortschritte in der Intensivmedizin (Sarti et al. 2000) wird diese Zahl künftig noch deutlich ansteigen. Mehr als 50% der Schlaganfall-Patienten sind bei alltäglichen Verrichtungen zumindest teilweise auf Hilfe angewiesen, die Hälfte von ihnen benötigen eine dauernde und umfassende Betreuung (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2003). Fast jeder fünfte Pflegeheimbewohner ist ein Schlaganfall-Betroffener (Christian et al. 2003). Hochgerechnet werden die lebenslangen Gesamtkosten von Ersts Schlaganfällen in Deutschland in den Jahren von 2006 bis 2025 geschätzt 108,6 Milliarden Euro betragen (Kolominsky-Rabas et al. 2006).

Die häusliche Pflege Schlaganfall-Betroffener stellt eine große Herausforderung dar. Die pflegenden Angehörigen müssen nicht nur mit Schwierigkeiten in Mobilität, Körperpflege und Kommunikation, sondern auch mit kognitiven Einschränkungen, Depression und Persönlichkeitsveränderungen umgehen (Han/Haley 1999). Mit Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups, deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen) und den sich da-

mit verkürzenden Liegezeiten sind die Anforderungen an die Pflegenden noch gestiegen. Schlaganfall-Betroffene entwickeln häufiger Demenzen, die die häusliche Pflege zusätzlich erschweren (Wilkinson et al. 1997). Die Pflegenden sind oftmals von der Pflegesituation, die nicht chronifizierend, sondern abrupt eintritt, physisch wie psychisch überfordert. So wurden in bisherigen Untersuchungen (Han/Haley 1999) Depressionsraten von 34 bis 52% bei pflegenden im Vergleich zu 12 bis 16,5% bei nicht pflegenden Angehörigen gefunden. In der Langzeitperspektive stellen die entstehenden Belastungen überdies ein Gesundheitsrisiko für das Immun- sowie das kardiovaskuläre System des Pflegenden dar (Vitaliano 1997).

„Die Stimmung meines Mannes ist seit seinem Schlaganfall meist gedämpft. Ein Austausch von tiefen Gefühlen zwischen uns ist seither nicht mehr möglich“ (Teilnehmerin der TIPS-Studie, 70 Jahre).

Interventionen für pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen

Zur inhaltlichen Veranschaulichung der oben zitierten Meta-Daten werden im Folgenden exemplarisch drei Interventionsansätze für pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen, der Zielgruppe der TIPS-Studie, skizziert:

1. In einer Untersuchung in Großbritannien wurden pflegende Angehörige durch „family support workers“ informiert, emotional unterstützt und mit anderen Diensten verbunden. Dies geschah durch eine Kombination von Krankenhaus- und Hausbesuchen, Telefonkontakten, Informationsbroschüren sowie der Gründung von lokalen Gruppen für Schlaganfall-Betroffene und pflegende Angehörige (stroke clubs) (Mant et al. 2000). Untersuchungen zu „family support workers“ zeigen positive Effekte für pflegende Angehörige bezüglich Ängstlichkeit, Lebensqualität und sozialen Aktivitäten. Auf die Schlaganfall-Patienten hatten diese Interventionen jedoch keinen (Mant et al. 2000) oder gar einen eher negativen Effekt in Dimensionen wie Hilflosigkeit, Depression und sozialer Anpassungsfähigkeit (Dennis et al. 1997).
2. Ein weiterer, ebenfalls aus Großbritannien stammender Ansatz, zielt v. a. auf die Vermittlung von pflegerischen Grundkenntnissen ab (Kalra et al. 2004). In diesem Programm erfolgt bereits parallel zur Rehabilitation ein Training für die künftigen pflegenden Angehörigen (drei bis fünf individuelle Schulungseinheiten in der Rehabili-

tationsklinik und ein Hausbesuch nach Entlassung des Schlaganfall-Betroffenen). Diese Intervention führte zu einer signifikanten Verbesserung in den Bereichen Angst, Depression sowie Lebenszufriedenheit bei Pflegenden und Betroffenen.

3. Ein in den USA untersuchter Ansatz baut auf bewährte kognitiv-behaviorale Interventionen auf (Elliott, T./Shewchuk, R. 2000; Grant 1999). Der Fokus wird hierbei auf eine Intervention zur Verbesserung sozialer Problemlösefähigkeiten gelegt (D'Zurilla/Nezu 1999). In einer randomisierten Kontrollgruppenstudie (Grant et al. 2002) konnte gezeigt werden, dass sich ein zwölfwöchiges „Problemlösetraining“ (ein Hausbesuch und acht Telefonsitzungen) positiv auf die Dimensionen Lebenszufriedenheit, Pflegebereitschaft, Depression und die Problemlösefertigkeiten auswirkt. Die Ergebnisse konnten gegenüber einer Gruppe mit unspezifischer Intervention abgesichert werden.

Mit der TIPS-Studie sollte ein solcher Problemlöseansatz, der aufbauend auf Erfahrungen aus dem psychotherapeutischen Kontext zunächst für pflegende Angehörige von Rückenmarkverletzten und in der Folge auch für andere Zielgruppen adaptiert wurde, aufgegriffen werden. Prinzipiell ist dieser Ansatz als Angebot für Angehörige von Pflegeempfangern mit unterschiedlichsten Erkrankungen geeignet. Die bislang gemachten Erfahrungen haben aber gezeigt, dass mit unterschiedlichen Erkrankungen und Einschränkungen (z. B. bei Demenz, bei onkologischen Erkrankungen im Endstadium, nach Schlaganfall etc.) teilweise spezifische Belastungen für die Pflegenden einhergehen und in entsprechend ausgerichteten Interventionsmanualen und -materialien berücksichtigt werden sollten (Kurylo, M. et al. 2001).

2. Fragestellung und Zielsetzung

Mit dem kontrollierten, randomisierten, prospektiven Vorhaben wurden folgende Fragestellungen bearbeitet:

1. Entwicklung und Pilotierung eines überwiegend telefonbasierten, aus der Verhaltenstherapie stammenden Problemlösetrainings für Hauptpflegepersonen von Schlaganfall-Betroffenen.
2. Umsetzung und Evaluation des Ansatzes im Rahmen eines randomisierten Kontrollgruppendesigns mit je 52 Personen in der Kontroll- und Interventionsgruppe. Ziel der Intervention ist die Verbesserung der psychischen Befindlichkeit und subjektiven Pflegebelastung der Pflegenden sowie die Stabilisierung der jeweiligen Pflegearrangements.
3. Das Projekt soll gesundheitsökonomisch evaluiert werden. Hierfür werden die Gesundheitskosten sowohl für den Pflegenden als auch für den Betroffenen über den Zeitraum von einem Jahr geschätzt. Die Intervention soll einen Beitrag zur Reduktion der Gesamtkosten leisten.
4. Durch die Intervention wird eine Reduktion bzw. Verzögerung der Heimeinweisungen angestrebt.

Fragestellung drei und Fragestellung vier werden im Bericht nur am Rande behandelt, da der Erfassungszeitraum der hierfür benötigten Daten ausgedehnt wurde und erst im September 2012, also zwei Jahre nach dem eigentlichen Projekt- und Interventionszeitraum, endet.

Auf den in der Untersuchung gewonnenen Erfahrungen und Resultate aufbauend sollen Überlegungen für einen späteren Praxistransfer erstellt werden. Im Hinblick auf eine erweiterte Zielgruppe wird das für die Studie entwickelte Manual für Pflegenden von Schlaganfall-Betroffenen um ein Manual für Pflegenden von demenziell Erkrankten ergänzt.

Laufzeit: 1.08.2006 bis 31.10.2010

Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme

Das Modellvorhaben richtete sich an Pflegenden, die Angehörige mit einem Schlaganfall seit mindestens sechs Monaten in der häuslichen Umgebung pflegten. Dieser Zeitraum wurde gewählt, da vorangegangene eigene Studien sowie Hilfsangebote wie der „Schlag-

anfall-Begleiter“ (geschulte Ehrenamtliche zur stundenweisen Betreuung von Schlaganfall-Patienten) gezeigt haben, dass die Bereitschaft für die Inanspruchnahme von Entlassungs- und psychosozialen Unterstützungsangeboten unmittelbar nach der Rehabilitation eher gering ist. Die Gründe hierfür sind sicherlich vielfältig. Die Entlassung der pflegebedürftigen Betroffenen in die häusliche Umgebung geht mit vielen Veränderungen im Alltag der Pflegenden einher. Manche Pflegenden wollen sich in dieser Situation erst einmal selbst orientieren, bevor sie externe Angebote annehmen. Andere Pflegenden sehen die Pflegesituation zunächst als temporäre Sondersituation, für die alle zur Verfügung stehenden Ressourcen aufgewandt werden. Für andere sind zu diesem Zeitpunkt eher andere Angebote (z. B. Pflegeschulung, Hilfsmittelberatung), die stärker auf den Schlaganfall-Betroffenen als auf den pflegenden Angehörigen ausgerichtet sind, von Interesse. Unterstützungsangebote direkt nach der Entlassung werden teilweise sogar als zusätzliche Belastung wahrgenommen. Das Schwinden der eigenen Ressourcen und der Hoffnung auf eine zunehmende Selbstständigkeit des Betroffenen sowie zusätzliche Belastungen im Sinne der o. g. sekundären Stressoren kann über die Zeit zu einer verstärkten Belastung führen. Mit der Wahrnehmung solcher mittel- und langfristigen Konsequenzen und Perspektiven, die sich aus der Pflegerolle ergeben, werden wirkungsvolle individuelle Bewältigungsstrategien zunehmend bedeutsam. Genau hier sollte der Problemlöseansatz ansetzen.

Die pflegenden Angehörigen wurden über Versorger und Kassen angesprochen. Der zweite Rekrutierungsweg über die Kassen war hinsichtlich einer späteren Implementierung des Angebots unter deren Dach von besonderem Interesse. Als Zukunftsperspektive war das „case-finding“ im Rahmen von MDK-Begutachtungen oder bei der Durchführung der Pflichteinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch ambulante Pflegedienste, die von Leistungsempfängern regelmäßig abgerufen werden müssen, angedacht.

Für die Projektteilnahme der pflegenden Angehörigen galten folgende Einschlusskriterien:

- verheiratet, verwandt oder Lebenspartner eines Schlaganfall-Betroffenen, der pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist (Pflegestufe I, II, III oder eingeschränkte Alltagskompetenz „Pflegestufe 0“);
- unentgeltliche Verantwortung für die Betreuung des Betroffenen für mindestens 11,5 Stunden pro Woche in dessen häuslicher Umgebung;
- Pflege und Betreuung des Schlaganfall-Betroffenen seit mindestens sechs Monaten;
- mindestens 18 Jahre alt;

Fragestellung und Zielsetzung

- orientiert und in der Lage, Deutsch zu lesen und zu sprechen;
- ausreichende Hörfähigkeit für Telefonate;
- telefonisch erreichbar;
- Wohnort in der Region Stuttgart;
- Einverständniserklärung;
- Pflegebelastung vorhanden (telefonisches Screening);
- keine psychischen oder schweren, instabilen körperlichen Erkrankungen wie Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit, Demenz (wurde beim ersten Hausbesuch über ein Screening erhoben) oder progredientes schweres Tumorleiden;
- zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme wurde keine Psychotherapie in Anspruch genommen.

Für die Projektteilnahme der Schlaganfall-Betroffenen galten folgende Einschlusskriterien:

- Alter bei Apoplex 60 Jahre oder älter;
- Schlaganfall liegt mindestens sechs Monate zurück;
- der letzte Schlaganfall liegt nicht länger als fünf Jahre zurück;
- keine Pläne für Heimumzug in den nächsten sechs Monaten;
- Lebenserwartung über sechs Monate;
- Einverständniserklärung.

Problemlösetraining für pflegende Angehörige

Auf der Basis der kognitiv-psychologischen Grundlagenforschung wurden seit Anfang 1970 verschiedene Formen von Problemlösetherapien entwickelt, die in unterschiedlichen Praxisfeldern eine immer größere Rolle einnehmen (Liebeck 2004). Prinzipiell unterscheiden sich Konzepte des Problemlösetrainings oder allgemein des Problemlösens in der Psychotherapie strukturell nicht von Problemlösungswegen in völlig anderen Bereichen (Technik, Wissenschaft etc.). So ähneln sich die unterschiedlichen Problemlösetherapien in weiten Teilen in ihrer Struktur, gleichgültig, ob sie fünf oder 19 Teilschritte umfassen (D'Zurilla/Goldfried 1971a; Kanfer F. H. et al. 2006). Die entwickelten Interventionen zielen sowohl auf die Problemwahrnehmung als auch auf die Problemlösungsfähigkeiten ab und sind bei älteren Personen ebenfalls gut anwendbar. Über die Lösung unmittelbarer Probleme hinaus sollen im Training Strategien gelernt werden, die zunehmend selbstständig auf weitere oder künftige Probleme angewandt werden können. Mit der Verbesserung der

Problemlösefertigkeiten sollen vorhandene negative Stresseffekte wie Angst, Depression und psychophysiologische Symptome vermindert werden.

Eine umfassende Meta-Analyse psychotherapeutischer Methoden kommt bezüglich Problemlösetherapien zu folgendem Resümee: „Insgesamt muss den Problemlösetherapien eine sehr gute Wirksamkeit in einem breiten Wirkungsspektrum bescheinigt werden. Sie sind darüber hinaus erwiesenermaßen auf einen weiten Bereich klinischer Problemstellungen anwendbar und zeichnen sich durch eine besonders gute langfristige Wirksamkeit aus.“ (Grawe et al. 1994).

Ein solcher breit angelegter Problemlöseansatz (D'Zurilla/Goldfried 1971b; D'Zurilla/Nezu 1999) erscheint gerade bei pflegenden Angehörigen, die je nach Pflegekonstellation mit sehr unterschiedlichen Erfordernissen konfrontiert sind (Kruse 1994), als besonders geeignet. Der Ansatz kommt deshalb bereits in einer Reihe von Projekten, Studien und Untersuchungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger von Schlaganfall-Patienten zum Einsatz.

Familien mit effektiven Problemlösefähigkeiten kommen mit ihrer Situation besser zu recht als solche, die nicht auf diese Strategien zurückgreifen können (Kinsella et al. 1999; Rivara et al. 1996). In stresstheoretischen Modellen zur Pflegebelastung (Pearlin et al. 1990) können soziale Problemlösefertigkeiten als wichtige Bewältigungsstrategie bzw. Moderator im Umgang mit Stressoren betrachtet werden (siehe Abb. 2). Im Rahmen einer verbesserten Stressverarbeitung haben sie einen direkten Einfluss auf die psychische Befindlichkeit und subjektive Belastung des Pflegenden (Elliott, T./Shewchuk, R. 2000).

International ist die Wirksamkeit von Problemlösetrainings für pflegende Angehörige verschiedenster Pflegesettings nachgewiesen worden (Cameron et al. 2004; Rivera et al. 2008). In Deutschland gibt es bis dato nur wenige Untersuchungen zu Interventionen aus der Kognitiven Verhaltenstherapie zur Unterstützung pflegender Angehöriger. Dies gilt insbesondere für telefonbasierte individuelle Ansätze. Ein ebenfalls aktuell abgeschlossenes Projekt ist das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte „Leuchtturmprojekt Demenz“ zur telefonischen Therapie für häuslich pflegende Angehörige von Demenzerkrankten (Tele.TAnDem Projekt; Laufzeit: 2008-2010), das auch Elemente der

Problemlösetherapie integriert und erste Erfahrungen des TIPS-Projekts in seine Planung einbezogen hat.

Für die TIPS-Studie wurde die Vorgehensweise der in den USA durchgeführten Projekte wie FOCUS (**F**acts: define the problem, **O**ptimism: be optimistic, but realistic, **C**reativity: generation of alternatives, **U**nderstanding, **S**olve) (Kurylo M et al. 2001) und COPE (**C**reativity, **O**ptimism, **P**lanning, **E**xpert information) (Houts PS et al. 1996) übernommen und an deutsche Strukturen angepasst.

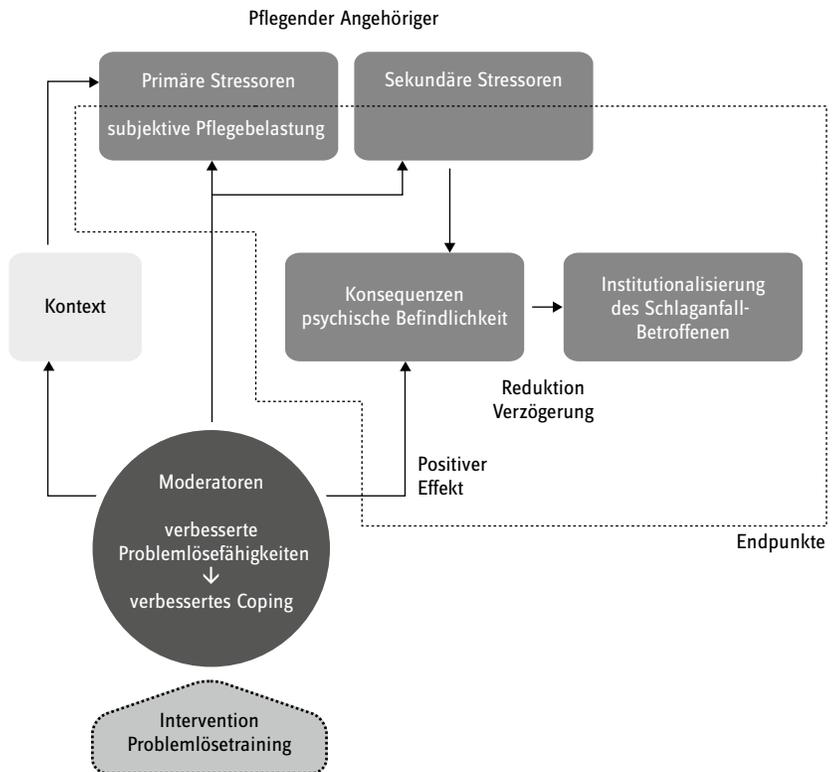


Abb. 2: Endpunkte und erwartete Wirkung der Intervention

„Meine Tochter ist gestorben (...) ich kann an nichts anderes mehr denken“ (Teilnehmerin der Studie, 70 Jahre, die ihren Ehemann pflegt).

Der Kern des strukturierten Problemlösetrainings beinhaltet folgende Schritte:

1. Information, Vorbereitung und Problemlösungsorientierung: Der pflegende Angehörige wird zunächst in den Ablauf und die Ziele der Intervention eingeführt. Es wird aufgezeigt, dass Probleme normal, in Pflegearrangements fast unausweichlich sind und kein persönliches Scheitern bedeuten. Neben der Beachtung bisheriger erfolgreicher Problemlösungen im Sinne eines Rollenmodells wird die Aufmerksamkeit auf Problemlöse-schritte anstelle hemmender Bedenken und Gedanken fokussiert. Der Fokus soll von einem vermeidenden oder impulsiven Stil auf einen mehr rationalen Problemlösestil gerichtet werden. Hierfür ist der Aufbau einer mehr positiven Problemorientierung ein entscheidender, wenn unter Umständen auch zeitaufwendiger Schritt (siehe Abb. 3).

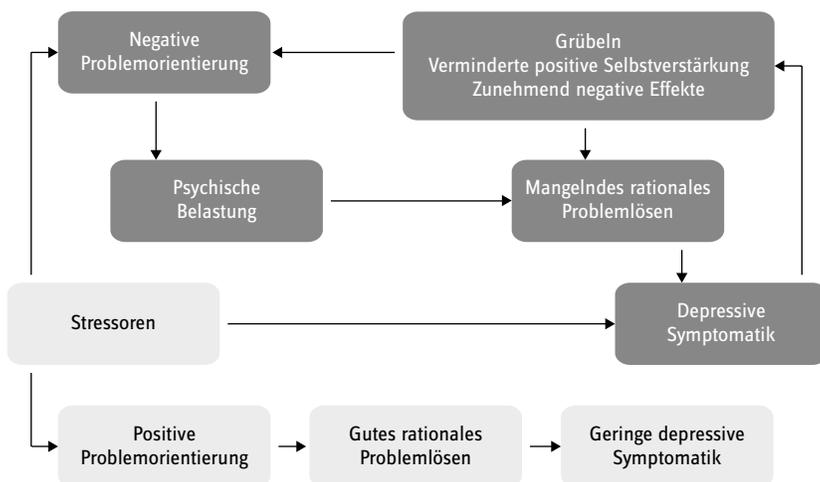


Abb. 3: Zusammenhang zwischen Problemorientierung und depressiver Symptomatik

2. Problemformulierung mithilfe eines Kartenansatzes: Im Rahmen der Problemformulierung werden belastende Bereiche und Situationen erhoben. Ein spontanes Benennen solcher Problembereiche fällt pflegenden Angehörigen jedoch oft nicht leicht. Es wird häufig ein eher generalisiertes Unwohlsein berichtet. Um problematische Bereiche in den Pflegearrangements benennbar zu machen, kommt bei den beiden Hausbesuchen eine eigens für das Projekt entwickelte Erhebung mittels sogenannter Problemkarten zum Einsatz. Für diese sogenannte „card-sorting procedure“ (Kurylo, M. et al. 2001)

Fragestellung
und Zielsetzung

wurde ein Kartensatz für pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen (siehe Anhang) entwickelt, der Themenbereiche wie Ängste und Sorgen des Pflegenden, interaktionelle und pflegerische Aspekte sowie soziale Kontakte und Aktivitäten umfasst. Der Pflegende sortiert zunächst für sich die Bereiche aus, die auf ihn zutreffen (z. B. „Unser Umgang miteinander ist gereizt“, „Ich habe nicht genug Zeit für eigene Interessen“), und füllt gegebenenfalls weitere Blanks-Karten mit nicht im Kartenset enthaltenen Problembereichen aus. In einem zweiten Schritt werden die Karten einer Belastungsskala zugeordnet. Hier sind zum einen die Bereiche zu erkennen, mit denen der Pflegende gut zurecht kommt, zum anderen aber auch die Bereiche, die als sehr belastend empfunden werden. Gegebenenfalls werden in einem dritten Schritt zusammengehörende Themen noch gruppiert (Abb. 4).

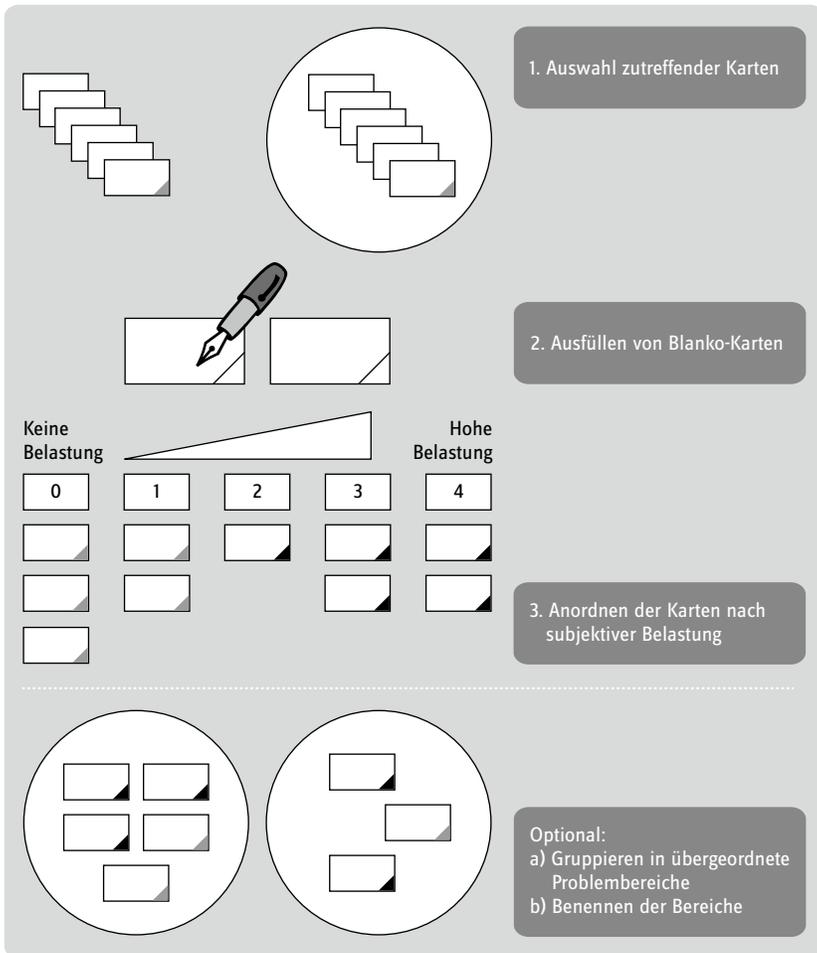


Abb. 4: Schritte des Kartensortierens

Gerade dadurch, dass das „Kartenlegen“ weitgehend durch den Pflegenden erfolgt, ist dies ein erster interventioneller Schritt zur Differenzierung der Situation sowohl im Hinblick auf bislang gut bewältigte als auch weniger gut bewältigte Problemfelder. Hiervon ausgehend erfolgt die Auswahl von Bereichen, die anschließend schrittweise in Bezug auf konkret erfahrene Alltagssituationen näher analysiert werden (Abb. 5).

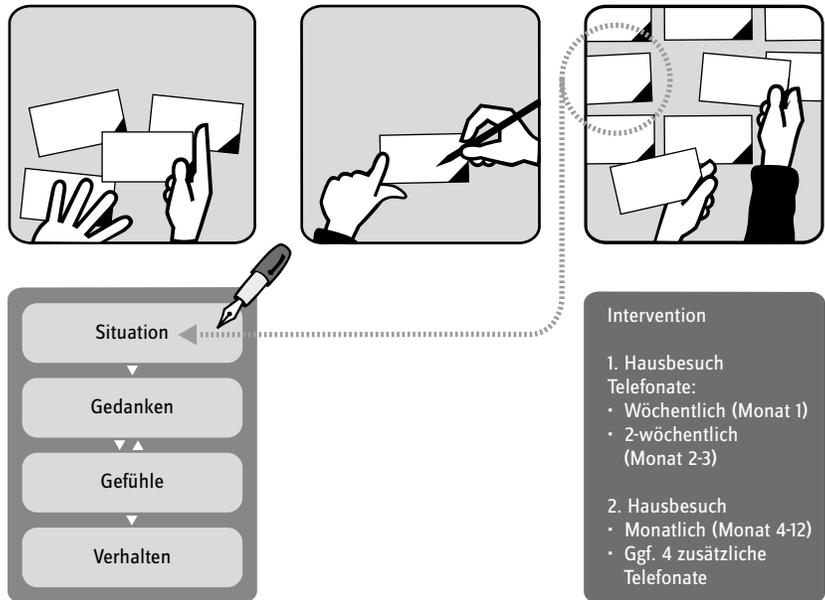


Abb. 5: Von der gewählten Karte zur konkreten Situation

- Ziele setzen: Hierauf aufbauend werden im nächsten Schritt Ziele formuliert. Hierbei stehen v. a. Aspekte wie die Konkretisierung von realistischen Zielen vor dem Hintergrund eigener Ressourcen, aber auch ethisch-moralischer Überlegungen, im Vordergrund. Wichtig dabei ist, dass persönliche Ziele und nicht die Ziele anderer bzw. Ziele für andere formuliert werden. Des Weiteren sollte herausgearbeitet werden, wo die Hindernisse zur Zielerreichung liegen (z. B. widersprüchliche Ziele, fehlende Ressourcen, emotionale Schwierigkeiten, Komplexität).
- Mögliche Alternativen oder Lösungswege: Im vierten Schritt wird nach Lösungswegen gesucht. Der pflegende Angehörige wird zunächst ermutigt, sich möglichst viele Lösungen ohne Wertung zu überlegen. Hierfür können verschiedene hilfreiche Strategien zur Unterstützung angewandt werden: Kombination von Ideen, Visualisierung oder Rollenmodelle in dem Sinne „Was würde X vorschlagen?“. Gegebenenfalls gibt der Therapeut in diesem Schritt auch Anregungen.
- Auswahl einer Vorgehensweise: Für die gefundenen potenziellen Lösungswege werden Einsatz, Ergebnis (persönliche und soziale Konsequenzen, kurz- und langfristige Effekte)

te), mögliche Schwierigkeiten sowie deren Durchführbarkeit reflektiert. Der Pflegende entscheidet sich daraufhin für einen Lösungsweg, dessen Umsetzung in der Sitzung so konkret und detailliert wie möglich geplant und, wenn sinnvoll, bereits in der Sitzung z. B. mittels Rollenspielen geprobt werden sollte. Gegebenenfalls werden Alternativstrategien besprochen oder eine schrittweise Umsetzung vereinbart.

6. Umsetzung und Überprüfung: In der folgenden Sitzung wird die zurückliegende Umsetzung nochmals im Hinblick auf die gesetzten Ziele besprochen und gegebenenfalls weiter modifiziert. Die Modifikation kann sowohl die gesetzten Ziele als auch die gewählten Strategien umfassen. Eventuell ist ein erneuter Einstieg in einen Anfangsschritt notwendig, oder es wird gemeinsam an der Akzeptanz der Situation gearbeitet. In den Beratungskontakten wird, soweit möglich, immer wieder auf die beschriebenen Problemlösungsschritte Bezug genommen, und es kommen verschiedene Gesprächsinterventionen wie Reflektieren, Konkretisieren oder Regeln-Ableiten (Kanfer F.H. et al. 2006) jeweils problem- und zielorientiert zum Einsatz.

Abschließend werden in der sogenannten Transferplanung die erfolgreichen und weniger erfolgreichen Strategien herausgearbeitet und hinsichtlich ihrer Bedeutung für weitere oder künftige Problemsituationen betrachtet (siehe Abb. 6).

Die Schritte eins bis vier wurden in einem ca. 90-minütigen bis maximal dreistündigen Hausbesuch für wenigstens einen, maximal zwei bis drei Problembereiche durchgeführt. Nach diesem initialen Hausbesuch erfolgte die Intervention über einen Zeitraum von zwölf Monaten telefonisch. Hierbei wurden die ersten drei Monate mit hochfrequenten Telefonaten als Hauptinterventionszeit verstanden. Bei den Telefonaten wurden durchgeführte Schritte überprüft, neue geplant und der pflegende Angehörige in deren Umsetzung unterstützt und bestärkt. Bei Bedarf wurde dem pflegenden Angehörigen eine CD mit verschiedenen Entspannungsverfahren zugesandt (progressive Muskelrelaxation, Atementspannung, Visualisierung). Für die neun Monate nach dem zweiten Hausbesuch wurde die Frequenz der Telefonate auf einen Anruf pro Monat verringert. Für mögliche Krisen waren maximal vier weitere Telefonate vorgesehen.

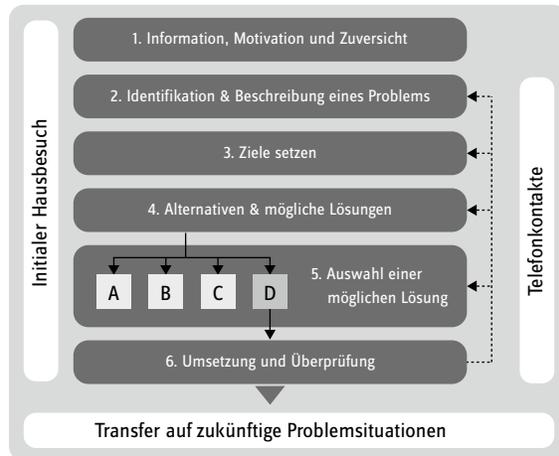


Abb. 6: Ablauf des Problemlösens

Vorherige Untersuchungen hatten gezeigt (s. o.), dass ein telefonischer Ansatz Interventionen, die ausschließlich auf Hausbesuchen basieren, nicht unterlegen ist (Grant 1999; Grant et al. 2002). Neben deutlich niedrigeren Kosten bietet diese Vorgehensweise für den Pflegenden auch Vorteile (z. B. häufig verspürte Verpflichtung, die Wohnung in maximal ordentlichen und aufgeräumten Zustand zu präsentieren) und ist wesentlich flexibler in der Terminplanung (z. B. Verschiebungen von Terminen sind kurzfristig möglich).

Die Entwicklung der Intervention und der Studienmaterialien erfolgte mit Unterstützung durch Prof. Timothy Elliott von der Texas A&M University, der als ein ausgewiesener Experte in der Anwendung von Problemlöseansätzen in der häuslichen Pflege gilt.

Design und Zeitplan der Evaluation

Nach einer telefonischen Kontaktaufnahme, in der über die Studie informiert wurde und die Einschlusskriterien abgefragt wurden, erfolgte bei Einverständnis ein Hausbesuch für das Basis-Assessment (T0). Nach der schriftlichen Einverständniserklärung zur Studienteilnahme, wurden die Pflegekonstellationen entsprechend der an der Universität Tübingen hinterlegten Randomisierungsliste der Kontroll- oder Interventionsgruppe zugeteilt. Weitere Assessments erfolgten nach Abschluss der dreimonatigen Hauptinterventions-

phase (T1) und nach zwölf Monaten (T2). Telefonische Nachuntersuchungen werden derzeit noch nach 24 und 36 Monaten (T3 und T4) durchgeführt und sind nicht Gegenstand dieses Berichts.

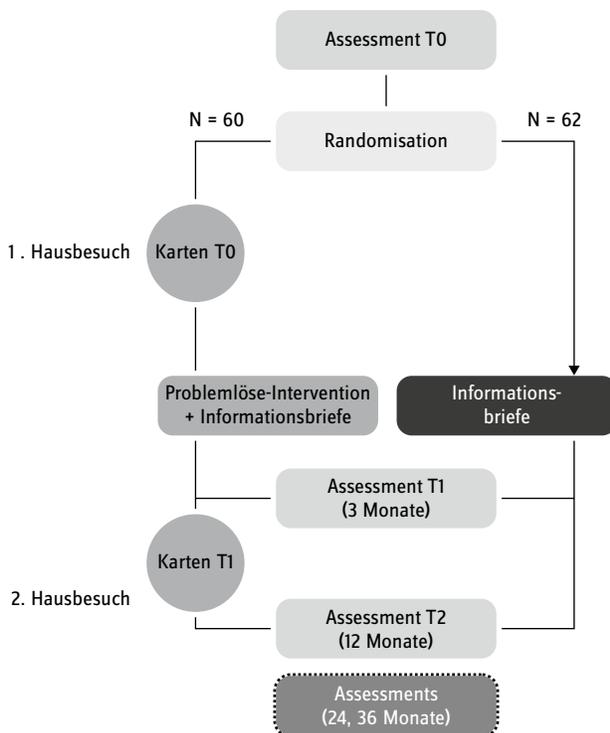


Abb. 7: Studiendesign

Die Interventionsgruppe erhielt das oben beschriebene zwölfmonatige Problemlösetraining. Sowohl die Interventions- als auch die Vergleichsgruppe erhielten über den Zeitraum von T0 bis T2 (zwölf Monate später) regelmäßig folgende schriftliche Informationen zu den Themen Schlaganfall und häusliche Pflege (siehe Anhang):

- Verhalten in Notsituationen
- Bewegung
- Depression
- Herausforderndes Verhalten

Fragestellung
und Zielsetzung

- Entspannungsmethoden
- Ernährung
- Pflegeversicherung
- Umgang mit dem erkrankten Angehörigen (Aphasie, Lähmung, ...)
- Auszeit von der Pflege
- Sicher bewegen - Stürze vermeiden
- Betreuungsrecht
- Chronischer Schmerz
- Selbsthilfe- und Sportgruppen, Beratungsstellen

„Wenn ich abends im Bett liege, gehen mir viele Gedanken durch den Kopf. Ich liege oft noch stundenlang wach und grübele vor mich hin. Ich habe Angst davor, dass ich es eines Tages nicht mehr schaffen könnte, meinen Mann zu pflegen. Ich habe Angst davor, ihn zu verlieren“ (Teilnehmerin der Studie, 82 Jahre).

3. Verwendete Erhebungs- und Messverfahren

Pflegende Angehörige

Verwendete
Erhebungs- und
Messverfahren

Erfassung der primären Outcome-Variablen - Fragestellung zwei

Stimmung/depressive Symptomatik

Die „Allgemeine Depressionsskala - ADS“ (Hautzinger/Bailer 1993) ist die deutsche Version der Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D), die ursprünglich als Screening-Instrument zur Erfassung aktuell depressiver Symptome in der Bevölkerung entwickelt wurde. Die Skala ist besonders zur Verlaufsbeurteilung geeignet. Es werden in einer Selbsteinschätzung 20 Items auf einer vierstufigen Skalierung (0 bis 3) bewertet. Der Bezugszeitraum ist eine Woche. Der Wertebereich umfasst 0 bis 60 Punkte. Werte über 16 bzw. 23 sprechen für eine milde bzw. signifikante Depression. Die ADS erfüllt die psychometrischen Gütekriterien. Die Skalenitems sind gut konstruiert und zeigen hohe Trennschärfe. Das Verfahren ist mit seinen gut verständlichen Fragen einfach durchführbar. Es ist reliabel und valide.

Für die ADS konnten die vier Faktoren der amerikanischen Fassung der CES-D repliziert werden, jedoch lagen alle Items auf dem ersten Faktor, während die anderen drei Faktoren nur durch wenige Items markiert werden. Daher ist es angemessen, bei der ADS den Summenwert als einzig sinnvolle Messgröße zu verwenden (Hautzinger 2002).

Selbstaussfüllung durch den Angehörigen. Bearbeitungsdauer ca. fünf bis sieben Minuten.

Pflegekompetenz/-belastung

Der „Sense of Competence Questionnaire“ (SCQ) wurde in den Niederlanden entwickelt (Scholte op Reimer et al. 1998) und umfasst die Wahrnehmung des pflegenden Angehörigen, sich der Pflegesituation gewachsen zu fühlen. Er umfasst drei Unterskalen: Zufriedenheit mit der eigenen Leistung als pflegender Angehöriger, Zufriedenheit mit dem Gepflegten als Pflegeempfänger und Auswirkungen der Pflege auf das persönliche Leben des Angehörigen. Die 27 Items werden auf einer fünfstufigen Skalierung bewertet. Der Wertebereich umfasst 27 bis 135 Punkte. Hohe Werte stehen für eine hohe Kompetenz und eine geringe subjektive Pflegebelastung.



Für die Entwicklung einer deutschen Version des Fragebogens wurde die englische Version des Bogens übersetzt und rückübersetzt. Des Weiteren wurde die holländische Originalversion ebenfalls übersetzt und mit den Übersetzungen der englischen Version verglichen. Unklarheiten wurden mit Frau Dr. Vernooij-Dassen besprochen, die den Test mitentwickelt hat. Der SCQ bildet die Pflegebelastung aus der Perspektive der Selbstwirksamkeit ab. Darüber hinaus ist er einer der wenigen Bögen, die sich in diesem Forschungsfeld als änderungssensitiv gezeigt haben. Die deutsche Übersetzung des SCQ wird im Folgenden „Fragebogen zur Kompetenzüberzeugung pflegender Angehöriger“ (FKpA) genannt und vom Studienteam 2011 publiziert.

Zusätzlich wurde eine Selbsteinschätzung der Pflegebelastung mit der „Self Rated Burden Scale - SRB“ (van Exel et al. 2004) erfasst. Diese wurde entwickelt, um ein einfaches und zugleich zuverlässiges und präzises Instrument zur Messung von subjektiver Pflegebelastung verfügbar zu haben. Sie besteht aus einer von 0 bis 100 reichenden horizontalen Visuellen Analogskala (VAS). In der Erläuterung zur Skala wird darauf hingewiesen, dass mit „Pflegebelastung“ nicht nur die alltägliche Anstrengung bei Hilfestellungen gemeint sei, sondern auch die psychische Belastung (Ängste, Traurigkeit, Einsamkeit etc.), die aus der veränderten Situation erfolgt ist, sowie der erhöhte Organisationsaufwand, das Mehr an Verantwortung usw.

Eine hohe Punktzahl auf der Skala indiziert eine hohe subjektive Belastung (100 = „much too straining“ bzw. sehr hohe Belastung, 0 = „not at all straining“ bzw. keine Belastung). Ein Cut-off-Wert für hohe Belastung wurde von den Autoren nicht vorgeschlagen. Die SRB hat sich bei der Messung von subjektiver Belastung bei privat Pflegenden von Schlaganfall-Patienten als gut durchführbar und valide erwiesen (van Exel et al. 2004).

Zusätzlich wurde der Caregiver Strain Index (Sullivan 2002) erhoben, der anhand von 13 Items erfasst, in welchen Bereichen der Angehörige belastet ist. Bei Werten ab sieben empfehlen die Autoren eine tiefer gehende Abklärung der Pflegebelastung.

Selbstausfüllung durch den Angehörigen. Zeitdauer zehn Minuten.

Erfassung der sekundären Outcome-Variablen

Lebenszufriedenheit

Der EuroQol-Fragebogen „EQ-5D“ (The EuroQol Group 1990) ist ein krankheitsübergreifendes mehrdimensionales Selbstbeurteilungsverfahren für Erwachsene zur Erfassung der aktuellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bzw. des aktuellen subjektiven Gesundheitszustands. Das Verfahren wird v. a. im Rahmen von gesundheitsökonomischen Bewertungen eingesetzt und wurde durch eine 1987 gegründete internationale Gruppe von Gesundheitsökonomen entwickelt (The EuroQol Group 1990).

Der EQ-5D besteht aus einem kurzen Fragebogen mit fünf Items, die sich auf verschiedene Dimensionen der aktuellen (heutigen) subjektiven Gesundheit beziehen (Beweglichkeit, Für sich selbst sorgen, Allgemeine Tätigkeiten, Schmerzen/körperliche Beschwerden, Angst/Niedergeschlagenheit). Zu jedem Item existieren drei Antwortmöglichkeiten (Werte 1 bis 3), die unterschiedliche Grade der Beeinträchtigung benennen. Ein höherer Wert indiziert stärkere Beeinträchtigung.

Die Antworten der fünf Fragebogenitems wurden im Rahmen der Auswertung in einen Lebensqualitätsindex-Score (LQI) umgewandelt, der dem bewerteten Gesundheitszustand entspricht. Dieser kann Werte zwischen 0,9268 (bestmöglicher Wert, gute Lebensqualität) und -0,6803 (schlechtmöglicher Wert, schlechte Lebensqualität) annehmen.

Problembereiche des Pflegearrangements

Die Problembereiche wurden über Kartensortieren (Card Sorting) mit einem Kartensatz erfasst (s. o.). Dieser umfasst einen Basissatz Karten mit Problembereichen, die unabhängig von der Erkrankung des Betroffenen bestehen können, und spezifischen Karten aus dem Bereich Schlaganfall, berufstätigen Pflegenden und pflegenden (Ehe-)Partnern.

Subjektive Körperbeschwerden

Der „Gießener Beschwerdebogen - GBB-24“ (Brahler et al. 2000) erfasst subjektiv wahrgenommene Körperbeschwerden. Mit jeweils sechs Fragen werden diese in den Bereichen a) Erschöpfung, b) Magenbeschwerden, c) Gliederschmerzen und d) Herzbeschwerden auf einer fünfstufigen Antwortskala erfasst. Der Wertebereich liegt zwischen 0 und 96, wobei hohe Werte einem hohen Beschwerdedruck entsprechen.

Zusätzlich erhobene Bögen

Soziale Unterstützung beim Angehörigen

Mit dem „Fragebogen zur sozialen Unterstützung – F-SozU“ (Fydrich et al. 2004) wird soziale Unterstützung als wahrgenommene bzw. antizipierte Unterstützung aus dem sozialen Umfeld operationalisiert. Das dem Verfahren zugrunde liegende Konzept geht auf kognitive Ansätze zurück und erfasst die subjektive Überzeugung, im Bedarfsfall Unterstützung von anderen zu erhalten, sowie die Einschätzung, auf Ressourcen des sozialen Umfelds zurückgreifen zu können. Wir verwenden die Kurzform zum Selbstaussfüllen mit 14 Items mit einer fünfstufigen Skala (1 bis 5). Der Wertebereich umfasst 0 bis 70 Punkte. Höhere Werte sprechen für ein höheres Maß an wahrgenommener Unterstützung.

Selbstaussfüllung durch den Angehörigen. Bearbeitungsdauer ca. fünf Minuten.

Problemlösefähigkeit/Coping beim Angehörigen

Hier wurde die deutsche Version einer vereinfacht formulierten und dadurch wesentlich verständlicheren Kurzfassung des Social Problem Solving Inventory – Revised (SPSI-R:S) verwendet.

Es werden 25 Items auf einer fünfstufigen Skala (0 bis 4) bewertet, die fünf zugrunde liegende Unterskalen repräsentieren. Der Bezugszeitraum ist die aktuelle Situation. Die Rohwerte werden im Rahmen der Auswertung in standardisierte Werte umgewandelt. Höhere Werte sprechen für ein besseres Problemlöseverhalten.

Selbstaussfüllung durch den Angehörigen. Bearbeitungsdauer ca. zehn Minuten.

Freizeitverhalten beim Angehörigen

Zur Erfassung der Zufriedenheit mit dem Freizeitverhalten wurde der Leisure Time Satisfaction – LTS (Stevens et al. 2004) ins Deutsche übersetzt. Anhand von sechs Items wird auf einer dreistufigen Skala die Zufriedenheit mit dem eigenen Freizeitverhalten im vergangenen Monat abgefragt. Der Wertebereich umfasst 0 bis 12. Höhere Werte stehen für hohe Zufriedenheit.

Selbstaussfüllung durch den Angehörigen. Bearbeitungsdauer ca. zwei Minuten.

„Mein Mann schreit mich regelmäßig an (...) das war aber auch schon so vor dem Schlaganfall gewesen“ (Teilnehmerin der Studie, 71 Jahre).

Zielgröße pflegender Angehöriger	Messinstrument	Messbereich	T0	T1	T2
Depressive Symptomatik	Allgemeine Depressionsskala (ADS-L) Analogskala	20 Items 1 Item	x x	x x	x x
Pflegebelastung	Sense of Competence Questionnaire (SCQ) Self-rated Burden (VAS) Caregiver Strain Index (CSI)	27 Items 1 Item 13 Items	x	x	x
Kognitives Screening	Rapid Dementia Screening Test	2 Items	x		
IADL	IADL-Skala nach Lawton & Brody	15 Items	x	x	x
Soziale Unterstützung	FSozU	14 Items	x		
Freizeitverhalten	Leisure Time Satisfaction (LTS)	6 Items	x	x	x
Problemlösefähigkeit/ Coping	SPSI-R:S	25 Items	x	x	x
Lebensqualität	EuroQuol 5 Dimensions (EQ-5D)	5 Items	x	x	x
Art und Organisation der Pflege und Pflegekosten	Erweiterter Fragebogen Uni Leipzig Pflegerfahrung/-schulung Verfügbarkeit von Hilfe im Krankheitsfall		x	x	x
Komorbidität	Gießener Beschwerdebogen	24 Items	x	x	x
Verhaltensauffälligkeiten	Revised Memory and Behavior Checklist (Reaktion auf das Verhalten)	24 Items	x		x

Tab. 1: Untersuchungsinstrumente zur Hauptfragestellung

Zielgrößen bei den Schlaganfall-Betroffenen

Es wurde nicht davon ausgegangen, dass die Intervention Auswirkungen auf Variablen bei den Schlaganfall-Patienten hat. Um auszuschließen, dass Veränderungen in den Endpunkten der pflegenden Angehörigen auf substanzielle Veränderungen bei den Betroffenen zurückzuführen sind, wurden auch bei den Betroffenen umfassend Variablen erhoben (Tab. 2).

Verwendete
Erhebungs- und
Messverfahren

Zielgröße Betroffener	Messinstrument	Messbereich	T0	T1	T2
Schweregrad des Schlaganfalls allgemein	Modified Ranking Scale	1 Item	x	x	x
Schweregrad der neurologischen Symptomatik	Scandinavian Stroke Scale	9 Items	x	x	x
Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)	Barthel-Index	10 Items	x	x	x
Kognitiv-kommunikative Fähigkeiten	Erweiterter Barthel-Index	6 Items	x	x	x
IADL	IADL-Skala nach Lawton/Brody	8 Items	x	x	x
Depressive Symptomatik	Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) Fremdeinschätzung Angehöriger Visuelle Analogskala	10 Items	x	x	x
Kognition	Brief Orientation Memory Concentration Test	6 Items	x		
Verhaltensauffälligkeiten	Revised Memory and Behavior Problems Checklist	24 Items	x		x
Lebensqualität (Selbst- und Fremdeinschätzung)	EuroQuol 5 Dimensions (EQ-5D)	2 x 5 Items	x	x	x

Tab. 2: Untersuchungsinstrumente zu den Schlaganfall-Betroffenen

Schweregrad des Schlaganfalls allgemein beim Schlaganfall-Betroffenen

Die Ranking Scale erfasst die Behinderung nach einem Schlaganfall. Verwendet wird die allgemein verbreitete modifizierte Form (Bonita/Beaglehole 1988). Die Ranking Scale ist einfach aufgebaut, bildet allerdings Verbesserungen bei schwer beeinträchtigten Patienten zu ungenau ab. Dafür können Patienten mit geringer Einschränkung besser differenziert werden. Bei sechs Schweregraden von 0 bis 5 drückt ein Wert von 0 die höchstmögliche Selbstständigkeit aus. Die Einschätzung erfolgt durch den Interviewer.

Einschätzung des Interviewers. Erhebungsdauer eine Minute.

Schweregrad der neurologischen Symptomatik beim Schlaganfall-Betroffenen

Die Scandinavian Stroke Scale (Scandinavian Stroke Study Group 1985) wird seit vielen Jahren zur Bewertung des neurologischen Status nach einem Schlaganfall eingesetzt. Es werden die Bereiche Bewusstseinslage, Augenbewegung, Kraft Hand/Kraft Arm, Kraft Bein, Gangbild, Orientierung, Sprache und Fazialisparese bewertet. In der hier verwendeten Form wird noch zusätzlich das Vorhandensein einer Wahrnehmungsstörung (Hemianopsie/Neglect) bewertet, die aber nicht in den Score einfließt.

Die insgesamt neun Items werden mit jeweils unterschiedlichen Maximalwerten gewichtet. Der Wertebereich umfasst 0 bis 58 Punkte; höhere Werte sprechen für eine geringere Schwere der neurologischen Symptomatik.

Untersuchung des Betroffenen durch den Interviewer. Zeitdauer ca. fünf Minuten.

Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) beim Schlaganfall-Betroffenen

Der Barthel-Index (Mahoney/Barthel 1965) bietet zehn Items in maximal vier Ausprägungen (0, 5, 10 oder 15 Punkte) an, die Fähigkeiten aus den Bereichen Ernährung, Mobilität, Hygiene und Kontinenz beschreiben. Insgesamt sind 0 bis 100 Punkte erreichbar; hohe Werte entsprechen einer weitgehenden Unabhängigkeit von fremder Hilfe. Der Barthel-Index ist weit verbreitet und ohne ausführliche Schulungen einzusetzen. Mit der neuesten Überarbeitung des Barthel-Index (Lübke et al. 2001) ist der Gebrauch des Instruments vereinheitlicht worden. Die Einschätzung erfolgt durch den Interviewer nach Befragung des pflegenden Angehörigen und ggf. auch des Betroffenen.

Bearbeitungszeit: ca. fünf Minuten.

Kognitiv-kommunikative Fähigkeiten beim Schlaganfall-Betroffenen

Da im Barthel-Index die für Schlaganfall-Patienten besonders wichtigen und häufig zu Hilfebedarf führenden Einschränkungen im kommunikativ-kognitiven Bereich nicht erfasst werden, wurde zusätzlich der erweiterte Barthel-Index - EBI (Prosiegel et al. 1996) eingesetzt. Es werden sechs Items (Verstehen, Ausdruck, Gedächtnis, Problemlösen, Sehen und

Verwendete
Erhebungs- und
Messverfahren

Soziales Verhalten) in drei bis vier Ausprägungen (0/5/10/15 Punkte) analog dem Barthel-Index durch den Interviewer nach Einbeziehen der Informationen des Angehörigen und eigener Eindrücke beurteilt. Der Wertebereich umfasst 0 bis 90 Punkte, wobei niedrigere Werte für stärkere Einschränkung sprechen.

Die Einschätzung erfolgt durch den Interviewer nach Befragung des pflegenden Angehörigen und ggf. auch des Betroffenen.

Bearbeitungszeit: ca. fünf Minuten.

Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) beim Schlaganfall-Betroffenen

Gemessen wurden die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens mit der IADL-Skala nach Lawton und Brody (1969). Neben der ursprünglichen zweikategorialen Auswertung wurde auch eine dreikategoriale Ausprägung der acht Items eingeführt (Aktivität ohne Hilfe möglich, mit Hilfe möglich, nicht mehr möglich). So ist ein Wertebereich von 0 bis 16 im Summenscore möglich. Hohe Werte stehen für hohe Kompetenz.

Erhebungsdauer: ca. drei Minuten.

Depression beim Schlaganfall-Betroffenen

Die Depression beim Schlaganfall-Betroffenen wurde mit der Montgomery Asberg Depression Rating Scale - MADRS (Montgomery/Asberg 1979) erfasst. Als Fremdbeurteilungsskala wird die MADRS von einem geschulten Interviewer erhoben, der alle verfügbaren Informationen über die zu beurteilende Person mit einbeziehen kann. Dies ermöglicht auch die Beurteilung kommunikationsgestörter und kognitiv beeinträchtigter Personen. Für die Interviewer wurden in einer Schulung spezielle Leit- und Triggerfragen in einem Manual erstellt. Es werden zehn Items auf einer siebenstufigen Skalierung (0 bis 6) bewertet. Der Bezugszeitraum ist eine Woche. Der Wertebereich umfasst 0 bis 60 Punkte. Werte ab 8 sprechen für eine leichte Depression, weitere Cut-offs für verschiedene Schweregrade existieren.

Bearbeitungsdauer ca. 15 Minuten.

Kognition beim Schlaganfall-Betroffenen

Der Short-Orientation-Memory-Concentration-Test - SOMCT ist ein gut untersuchter Test auf kognitive Einschränkungen (Katzman et al. 1983). Er wurde aus der längeren Blessed-Skala mit fast ähnlich hoher Sensitivität übernommen. Er bietet den Vorteil, dass im Gegensatz zum MMSE keine Items enthalten sind, die bei einer Hemiparese, Aphasie oder Neglect nicht durchführbar sind (Schreiben, Lesen).

Es handelt sich um sechs Items, die nach vorgegebenem Schema bewertet werden. Der Summenscore umfasst Werte von 0 bis 28. Höhere Werte sprechen für zunehmende kognitive Einschränkungen.

Interview. Zeitdauer: fünf Minuten.

Verhaltensstörungen beim Schlaganfall-Betroffenen

Die Revised Memory and Behavior Problems Checklist - RMBPC (Teri et al. 1992) wurde zur Beschreibung von belastendem Verhalten bei Demenzpatienten eingesetzt. Es können störende, depressive und kognitiv bedingte Verhaltensweisen unterschieden werden. Die Skala wurde in mehreren Studien zur Angehörigenbelastung auch im Schlaganfallbereich eingesetzt. Die 24 Items werden zunächst zweistufig danach bewertet, ob das Verhalten in der zurückliegenden Woche aufgetreten ist. Hier können maximal 24 Punkte erreicht werden. Danach erfolgt eine Einschätzung des Ausmaßes der Störung in einer fünfstufigen Skalierung. Höhere Werte sprechen für ein höheres Maß an störendem Verhalten. Da bislang noch keine deutschsprachige Übersetzung für diesen Fragebogen vorlag, wurden eine entsprechende Übersetzung und Rückübersetzung vorgenommen.

Selbstauffüllung durch den Angehörigen. Bearbeitungsdauer ca. sieben Minuten.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität beim Schlaganfall-Betroffenen

Hier wurde wie beim Angehörigen der EuroQuol 5 Dimensions - EQ-5D zusätzlich eine visuelle Analogskala eingesetzt. Es wurden zwei Bögen ausgefüllt. In jedem Fall wurde eine Fremdeinschätzung des pflegenden Angehörigen durchgeführt. Bei ausreichender Kom-

munikationsfähigkeit, wurde zusätzlich die Eigeneinschätzung des Schlaganfall-Betroffenen erhoben.

„Mein Mann hat um sich geschlagen und geschrien. (...) Ich springe irgendwann noch vom Balkon“ (Teilnehmerin der Studie, 69 Jahre).

Erhebungs- und Messverfahren zur dritten Fragestellung

Gesundheitskosten beim Schlaganfall-Betroffenen

Die Gesundheitskosten wurden und werden mit einem standardisierten Instrument erfasst, das von der Arbeitsgruppe von Prof. König (Universität Leipzig, seit 2010 Universität Hamburg) entwickelt und auf die Fragestellungen des Modellprojekts angepasst wurde.

Der individuelle Nutzen der Pflegenden durch das angestrebte Training allein erlaubt noch keine Aussage über den ökonomischen Nutzen solcher Programme. Hierfür werden die Kosten und der (monetäre) Nutzen der Intervention gemessen.

Dies bedeutet, dass für die Interventions- bzw. Kontrollgruppe zwei separate Kostenanalysen durchgeführt werden. Erfasst wurden die Kosten zu den Messzeitpunkten T0 bis T2 im Rahmen der Assessment-Hausbesuche rückwirkend für die jeweils letzten drei Monate. In einer reduzierten Form werden sie noch zwölf und 24 Monate nach T2 telefonisch erfasst. In die Schätzung der direkten Kosten fließen umfangreiche Angaben über krankheitsassoziierte Kosten ein. Analog hierzu werden die indirekten Gesundheitskosten für die Hauptpflegeperson ebenfalls geschätzt. Einen wesentlichen Anteil an möglichen Gesundheitskosten stellen Umzüge ins Pflegeheim dar. Diesbezüglich wird ein besseres längerfristiges Abschneiden der Interventionsgruppe erwartet. Aufgrund der für Betrachtungsweisen dieser Art geringen Fallzahlen ist jedoch nur mit Trends und nicht mit signifikanten Effekten zu rechnen.

Personal

Eine kontrollierte Studie erfordert die Unabhängigkeit und das Nicht-Eingeweiht-Sein von Beurteilern (Diagnostik, Untersucher) und Therapeuten. Die Durchführung der Rekrutie-

rung und der Assessments wurde in wechselnder Besetzung von zwei Medizinerinnen und einer akademischen Physiotherapeutin mit Studienerfahrung gewährleistet, die über die Randomisierung der Teilnehmer nicht informiert waren (sog. Verblindung). Für die Koordination des Gesamtprojekts, die Entwicklung, Umsetzung und Durchführung der verhaltenstherapeutischen Intervention war ein Klinischer Psychologe verantwortlich, der von einem Doktoranden der Psychologie unterstützt wurde. Beide Psychologen hatten Vorerfahrungen in der manualbasierten Umsetzung kognitiv-behavioraler Interventionen.

Die beiden therapeutischen Mitarbeiter sprachen bei einer wöchentlichen Besprechung über die Studienteilnehmer der Interventionsgruppe. In regelmäßigen Abständen (sechs bis acht Wochen) erfolgten Supervisionstermine mit Prof. Hautzinger von der Universität Tübingen, die zum einen zur Besprechung von Schwierigkeiten und zum anderen zum Monitoring in Bezug auf die Einhaltung des Studienprotokolls dienten.

Randomisierung

Die Randomisierung der 122 Pflegekonstellationen, die die Einschlusskriterien zu T0 erfüllten, fand über Randomisierungslisten statt, die bis zum Abschluss der Studie an der Universität Tübingen verwaltet wurden. Lag eine Einverständniserklärung beider Partner vor, kontaktierte einer der Psychologen die Person, die die Randomisierungslisten pflegte. Nach Angabe einer anonymisierten Identifikationsnummer wurde in Abhängigkeit der Variablen „Pflegender Mann“ vs. „Pflegender Frau“, „Pflegender/r Partner/in“ vs. „Pflegender (Enkel-)Kind“ zurückgemeldet, ob die Pflegekonstellation in die Kontroll- oder Interventionsgruppe gelost wurde. Unabhängig von der Randomisierung erfolgte der Versand des monatlichen Informationsbriefes, Teilnehmer der Interventionsgruppe wurden zeitnah von einem der beiden Psychologen kontaktiert, um einen Hausbesuch zu vereinbaren.

Fallzahlschätzung, Stichprobengröße

Bei der Planung der TIPS-Studie wurde eine Fallzahlschätzung, bezogen auf die Hauptendpunkte „Psychische Befindlichkeit“ und „Subjektive Pflegebelastung“, durchgeführt. Bei der Zugrundelegung der von Cohen (Cohen 1988; Cohen 1992) vorgeschlagenen Vorgehensweise zur Fallzahlschätzung (mittlerer Effekt; $\alpha = .05$, $\beta = .80$) ergab sich eine notwendige Probandenzahl pro Zelle von $n = 52$, insgesamt also 104 Patienten, für die Ex-

perimental- und die Kontrollgruppe zusammen. Bei einer ursprünglich geschätzten Mortalität von ca. 15%, einer Institutionaliserungsrate von 20% und einer Abbrecherquote von 5% sollten für den zwölfmonatigen Untersuchungszeitraum mindestens 174 Personen rekrutiert werden.

Untersuchungen am Menschen

Die Bestimmungen der Deklaration von Helsinki, Hongkong und aller nachfolgenden Modifikationen wurden eingehalten. Alle Patienten wurden über Eingangsuntersuchungen, Aufnahmekriterien, Zufallszuweisung, Behandlungsbedingungen sowie Verlaufsuntersuchungen informiert. Bevor entsprechend dem Studienprotokoll verfahren werden durfte, wurde nach der ausführlichen Information die Einverständniserklärung jedes pflegenden Angehörigen bzw. Schlaganfall-Patienten eingeholt. Alle Teilnehmer konnten jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne irgendwelche daraus erwachsenden Nachteile die Studienteilnahme beenden.

Das Studienprotokoll, die Methoden, die Vorgehensweisen und die Aufklärung (einschließlich Einwilligung) wurden der universitären Ethikkommission zur Stellungnahme vorgelegt und positiv beurteilt (Projektnummer 328/2006V, 25. Oktober 2006).

Die Studie wurde unter ISRCTN86289718 bei Controlled Trials Ltd. registriert.

Wissenschaftliche Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts erfolgte durch Prof. Martin Hautzinger, dem Leiter der Abteilung für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie der Universität Tübingen. Prof. Dr. Hautzinger ist ein ausgewiesener Experte im Bereich der Depressionsforschung und Gerontopsychologie und befasst sich seit vielen Jahren schwerpunktmäßig mit kognitiv-behavioralen Interventionen. Die wissenschaftliche Begleitung bezüglich der gesundheitsökonomischen Fragestellungen erfolgte durch Prof. Hans-Helmut König, dem Leiter des Instituts für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Rekrutierung

Bevor die Studie offiziell im Januar 2007 gestartet wurde, wurden im Großraum Stuttgart Rehabilitationskliniken, Akutversorger und Sozialstationen besucht, um für eine Mitarbeit bei der Rekrutierung zu werben. In der Übersicht sehen Sie die beteiligten Kooperationspartner:

Rehabilitation:

- Kliniken Schmieder, Gerlingen
- Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Ludwigsburg
- Geriatrische Reha-Klinik Bethel, Welzheim
- m&i-Fachkliniken Hohenurach
- Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart
- Krankenhaus vom Roten Kreuz, Stuttgart
- Aerpah Klinik, Esslingen-Kennenburg
- Geriatrische Reha-Klinik Böblingen
- NeuroMed Bietigheim

Akutversorgung:

- Bürgerhospital (Neurologie), Stuttgart
- Bethesda Krankenhaus (Innere Medizin/Geriatrie), Stuttgart
- Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Winnenden (Neurologie)
- Kreiskrankenhaus Backnang (Innere Medizin)
- Kreiskrankenhaus Schorndorf (Innere Medizin)
- Kreiskrankenhaus Waiblingen (Innere Medizin)
- Klinikum Ludwigsburg (Neurologie)
- Marienhospital (Neurologie), Stuttgart
- Paracelsus-Krankenhaus (Medizinische Klinik), Ostfildern-Ruit
- Städtische Kliniken Esslingen (Neurologie)

Sozialstationen:

- Diakoniestationen im Evangelischen Stadtverband Stuttgart
 - Malteser Hilfsdienst e. V. (ambulante Pflege)
 - Katholische Sozialstation Stuttgart
- 

Verwendete	- Sozialstation der Stadt Gerlingen
Erhebungs- und	- Sozialstation Leonberg
Messverfahren	- Ökumenische Sozialstation Sindelfingen

Zunächst wurde versucht, die Studienteilnehmer über die großen Pflegedienste der Region zu rekrutieren. Hierzu wurden zahlreiche Projektvorstellungen sowohl vor den Pflegeteams bzw. den Pflegedienstleitern als auch bei speziellen Veranstaltungen zu Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchgeführt. Trotz großen Interesses konnten nur wenige Personen auf diesem Weg für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Ganz ähnlich verhielt es sich mit den kooperierenden Kliniken. Denkbare Gründe hierfür sind möglicherweise, dass es schwerfiel, eine spezifische Zielgruppe (pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen) im Berufsalltag für ein Angebot auszuwählen, das nach dem Zufallsprinzip zugewiesen wurde (Randomisation). Des Weiteren zeigte sich, dass auch aus Sicht des Pflegedienstes hoch belastete Angehörige nicht umgehend begeistert von einem Angebot sind, sondern erst einmal (zeitaufwendig) motiviert werden müssen. In den Kliniken schienen die Bewerbung einer Studie und die damit verbundene Ansprache einer speziellen Zielgruppe schnell im Alltag „unterzugehen“. Auch die Vorstellung des Projekts bei für Pflegefragen verantwortlichen Krankenkassenmitarbeitern war wenig erfolgreich. Drei Studienteilnehmer konnten über ein einmaliges gemeinsames Bewerben mit der Bosch BKK, das an 57 Versicherte gerichtet war, für die Teilnahme gewonnen werden. Einzelne Studienteilnehmer wurden über einen Zeitungsartikel, Selbsthilfegruppen, therapeutische Praxen und städtische Beratungsstellen rekrutiert. Der überwiegende Teil der Studienteilnehmer wurde letztlich über die direkte Ansprache von ehemaligen Schlaganfall-Patienten gewonnen: Wie Abbildung 8 zeigt, stammten mehr als 95% der Adressen vom Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK) und von den Kliniken Schmieder in Gerlingen. Im Rahmen der Rekrutierung schrieben die beiden Krankenhäuser ehemalige Patienten mit einem Schlaganfall an, stellten das Projekt vor und kündigten einen Anruf vom Studienteam an. Das gewählte Vorgehen erbrachte zwar eine hohe Zahl an Adressen potenzieller Studienteilnehmer, beinhaltet aber aufgrund veralteter Archivdaten viele ehemalige Patienten, die mittlerweile verstorben, nicht mehr in der Region wohnhaft, nicht erreichbar, in eine Pflegeeinrichtung umgezogen oder aber ohne Einschränkung in ihrer Alltagskompetenz waren. Dementsprechend erfüllte nur ein Viertel der übermittelten Adressen die zentralen Einschlusskriterien: pflege- oder betreuungsbedürftiger Schlaganfall-Betroffener in familiärer Pflege und wohnhaft in der Region Stuttgart.

Mit allen potenziellen Teilnehmern wurden im Rahmen eines Telefonscreenings, das zwischen fünf und 15 Minuten dauerte, die weiteren Einschlusskriterien durchgegangen. Von den 621 potenziellen Studienteilnehmern mussten 499 ausgeschlossen werden, von denen 218 pflegende Angehörige sich nicht in signifikanter Weise durch die Pflege belastet fühlten. Die subjektive Pflegebelastung wurde mit einer ins Deutsche übersetzten Fassung eines von Prof. Richard Schulz vom Institute on Aging der University of Pittsburgh (USA) zur Verfügung gestellten Screenings, das in der dortigen REACH-Studie verwendet wurde, erhoben.

Screening der subjektiven Pflegebelastung:

Pflegender Angehöriger:

- Haben Sie sich im Verlauf des letzten Monats überfordert gefühlt?
- Haben Sie geweint oder waren Sie oft den Tränen nahe?
- Waren Sie aufgrund der Pflegeaufgaben verärgert oder frustriert?
- Fühlten Sie sich von Ihren Freunden abgeschnitten oder isoliert?
- Schätzen Sie bitte auf einer Skala von 1 bis 10 Ihre aktuelle Situation ein; 1 steht für „nicht belastend“, 10 steht für „sehr belastend“ (≥ 6).
- Bitte schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu dem vor einem Jahr ein (schlechter, gleich, besser).

Alle Fragen beziehen sich auf den zurückliegenden Monat. Wurden zwei Fragen mit Ja beantwortet (bzw. die Situation mit ≥ 6 , der Gesundheitszustand als „schlechter“), wurde das Einschlusskriterium „Subjektive Pflegebelastung“ als gegeben angesehen.

Verwendete
Erhebungs- und
Messverfahren

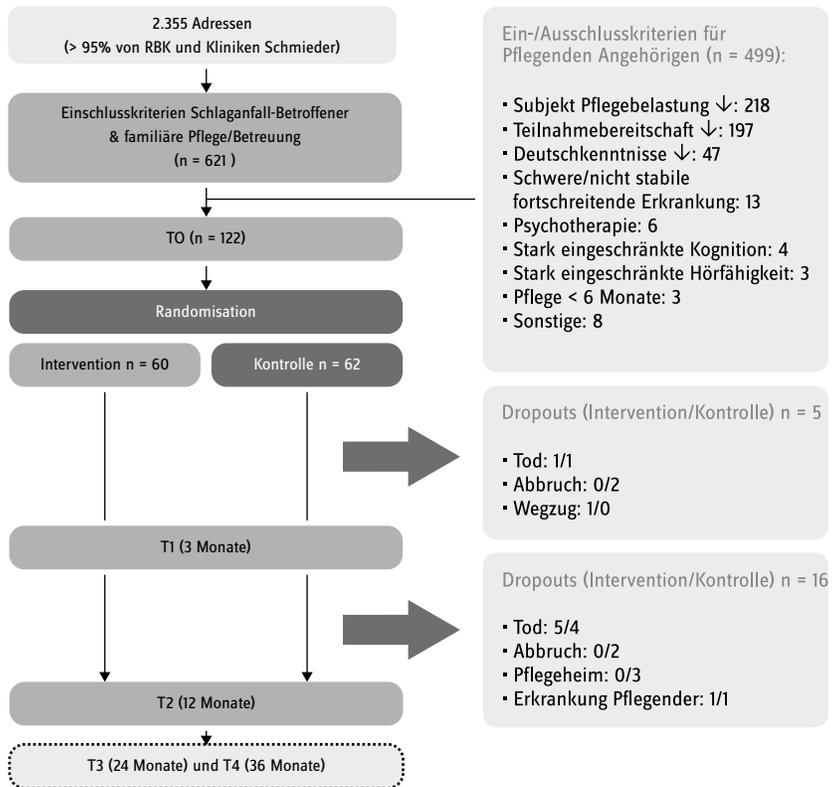


Abb. 8: Rekrutierung anhand der Einschlusskriterien

Insgesamt wurden 122 Studienteilnehmer in die Studie eingeschlossen und randomisiert. 117 waren noch nach drei Monaten (T1) und 101 nach zwölf Monaten (T2) in der Studie (siehe Abb. 8). Trotz der im Vergleich zur Planung geringeren Rekrutierung wurde aufgrund der ebenfalls deutlich geringeren Dropout-Rate die angestrebte Teilnehmerzahl von 104 bis zu T2 fast erreicht. Alle vier Studienabbrecher waren Teilnehmer der Kontrollgruppe, ebenfalls alle drei Personen, die in diesem Zeitraum ins Pflegeheim gezogen sind. Während der zwölf Monate sind elf Schlaganfall-Betroffene verstorben.

4. Ergebnisse

Im kommenden Abschnitt werden die zum ersten Messzeitpunkt T0 erhobenen Daten von allen Probanden berichtet, die randomisiert wurden (n = 122). Die Abkürzung „SD“ steht für Standardabweichung, „n“ für Personenanzahl.

Beschreibung der Gesamtstichprobe (n = 122)

Die 122 Pflegenden zu Studienbeginn (T0) sind zu 78% weiblich und durchschnittlich 66,2 Jahre alt. Die Altersspanne liegt zwischen 30 und 87 Jahren. 107 der 122 pflegenden Angehörigen sind (Ehe-)Partner, 15 sind Kinder oder Enkelkinder des Betroffenen. 39% weisen eine deutlich ausgeprägte depressive Symptomatik auf.

Das Durchschnittsalter der Schlaganfall-Patienten ist 73,2 Jahre bei einer Altersspanne von 60 bis 89 Jahren. Der (letzte) Schlaganfall liegt durchschnittlich 2,3 Jahre zurück. Etwa 70% der Gepflegten sind Männer. Ein Drittel hat eine Aphasie, 45 der 122 Betroffenen sind harninkontinent, 19 von ihnen sind zusätzlich stuhlinkontinent.

Alter

Das Alter der Teilnehmer wurde zu T0 in ganzen Jahren erfasst ohne Berücksichtigung der zusätzlich verstrichenen Monate.

	Schlaganfall-Betroffener	Pflegender Angehöriger
Mittelwert	73,2	66,2
Median	72	67
Standardabweichung	7,5	9,7
Minimum	60	30
Maximum	89	87

Tab. 3: Beschreibende Statistik zum Alter der Teilnehmer

Bei den pflegenden Angehörigen ist etwa ein Viertel unter 61 Jahre und ein Viertel über 72 Jahre, bei den Betroffenen machen die über 72-jährigen die Hälfte der Teilnehmer aus, und ein Viertel der Betroffenen ist 79 Jahre und älter.



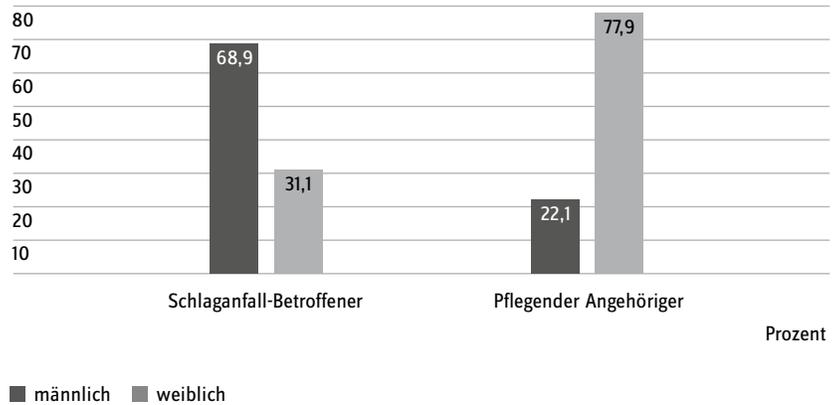
Geschlecht

Abb. 9: Beschreibende Statistik zum Geschlecht der Teilnehmer (n = 122)

Wie in der Gesamtbevölkerung liegt in der TIPS-Studie der Anteil der Frauen unter den pflegenden Angehörigen bei etwa 80%, der Anteil der gepflegten Männer nach Schlaganfall bei knapp 70%.

Bildungsgrad

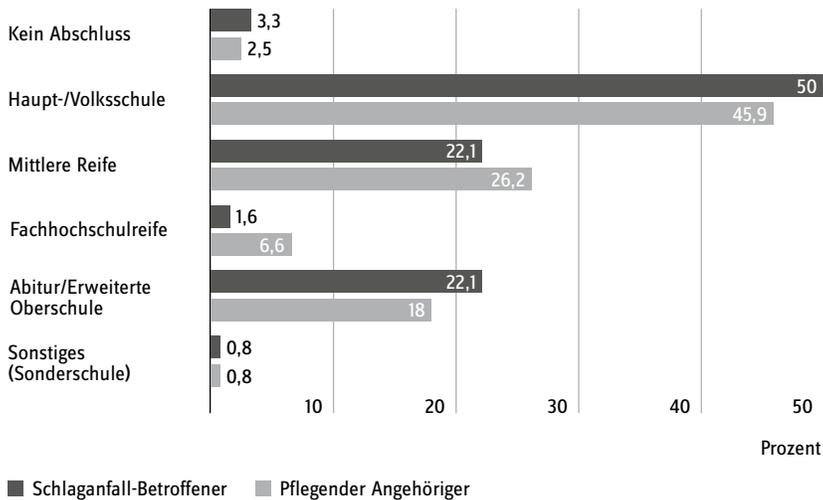


Abb. 10: Beschreibende Statistik zum Bildungsgrad der Teilnehmer (n = 122)

Jeweils rund die Hälfte der Schlaganfall-Betroffenen und pflegenden Angehörigen hat einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss. Die restlichen Studienteilnehmer verteilen sich in annähernd gleicher Größe auf die mittleren und höheren Bildungsabschlüsse.

„Bei einer solchen Situation braucht jede noch so starke Persönlichkeit Hilfe, um dies zu bewältigen“ (Pflegende Ehefrau, 58 Jahre).

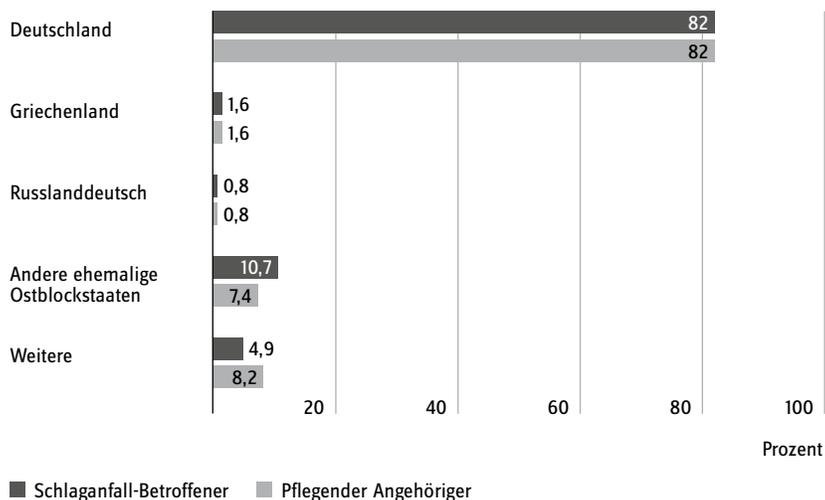
Herkunft

Abb. 11: Beschreibende Statistik zur Herkunft der Teilnehmer (n = 122)

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer ist in Deutschland geboren (82%) oder als Kriegsflüchtling/Spätaussiedler aus den ehemaligen Ostblock- oder GUS-Staaten nach Deutschland gekommen. Studienteilnehmer aus anderen Ländern spielten nur eine untergeordnete Rolle (6,5%). Allerdings ist zu beachten, dass 47 Personen aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse von einer möglichen Studienteilnahme ausgeschlossen werden mussten.

Zieht man eine Bevölkerungsstatistik aus dem Jahre 2007 als Vergleich heran, so leben 140.725 Personen, die 60 Jahre oder älter sind, in Stuttgart. Von den 121.981 deutschen Staatsbürgern (86,7%) sind 12.424 Aussiedler. 18.744 Personen (13,3%) haben eine ausländische Staatsbürgerschaft. Die derzeit größten Gruppen stammen aus Griechenland (2.808), Italien (2.066), Kroatien (2.996), Serbien (2.122) und der Türkei (2.944).

Betrachtet man die Bürger, die 75 Jahre oder älter sind, so zeigt sich, dass in dieser Gruppe die deutschen Staatsbürger mit 94,9% einen sehr hohen Anteil (davon 7,8% Aussiedler) ausmachen. In der Altersgruppe 60 bis 65 Jahre fällt der Anteil der deutschen Staatsbür-

ger auf 75,7% (davon 10,9% Aussiedler). Dies zeigt sehr eindrücklich, dass sich die künftige Pflegeberatung im Sinne einer interkulturellen Ausrichtung weiterentwickeln muss.

„Wir sitzen oft nur da und uns beiden ist nur zum Weinen zumute (...) Dann habe ich ihn angeschrien (...) Ich erkenne mich oft selbst nicht wieder“ (Teilnehmerin der Studie, 70 Jahre).

Beziehung zum Betroffenen

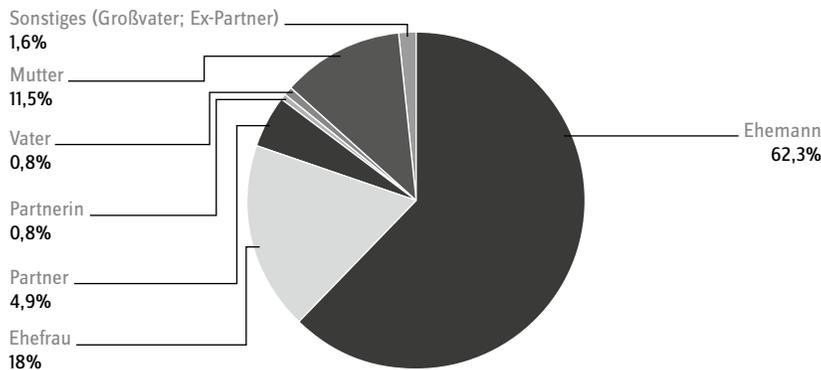


Abb. 12: Häufigkeit der untersuchten Pflegekonstellationen bei Schlaganfall-Betroffenen (n = 122)

Partnerschaftliche Pflege macht über 85% der Pflegekonstellationen in der TIPS-Studie aus. Im Bereich „Elternpflege“ werden in erster Linie Mütter gepflegt, zu zwei Dritteln von Töchtern.

Pflegeaufwand

Im Durchschnitt betreuten die pflegenden Angehörigen die Pflegeempfänger seit 28 Monaten (SD = 33,1; Spannweite: sechs Monate bis 20 Jahre).

Die erfassten Pflege- und Betreuungszeiten beziehen sich auf die tatsächlich während der vergangenen drei Monate/90 Tage geleistete Pflege. Aufgrund von stationärer Kurzzeitpflege oder Klinikaufenthalten der Schlaganfall-Patienten konnte es in diesem Zeitraum auch

zu Pflegelücken kommen, die sich in den Durchschnittswerten und Spannweiten niederschlagen:

Im Durchschnitt leisteten die pflegenden Angehörigen an 82,4 Tagen (SD = 18,0; Spannweite: 10 bis 90 Tage) im Schnitt 2,3 Stunden (SD = 1,7; Spannweite: 15 Minuten bis 11 Stunden) Hilfe bei Verrichtungen des täglichen Lebens (Körperpflege, Ernährung, Mobilität). Hinzu kam die hauswirtschaftliche Unterstützung von 4,0 Stunden (SD = 2,2; Spannweite: 1 bis 12,5 Stunden) an durchschnittlich 83,0 Tagen (SD = 16,3; Spannweite: 10 bis 90 Tage). 56 der 122 Angehörigen gaben des Weiteren einen erhöhten Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Höhe von 4,8 Stunden (SD = 4,7; Spannweite: 15 Minuten bis 18 Stunden) während durchschnittlich 70,8 Tagen (SD = 28,9; Spannweite 3 bis 90 Tage) an.

Im Mittel wurden die Angehörigen in den drei Monaten vor der Erhebung in 44,4 (SD = 39,3) Nächten geweckt; 41 Angehörige in allen Nächten.

24 (19,7%) der pflegenden Angehörigen betreuten den Pflegeempfänger bereits vor dem Schlaganfall, und 15 (12,3%) der pflegenden Angehörigen gaben an, dass sie zusätzlich noch in der Betreuung oder Pflege eines anderen Menschen (7x Eltern, 6x Bekannte, 2x Enkelkinder) engagiert sind (zwischen 45 Minuten und 28 Stunden pro Woche).

Pflegestufe

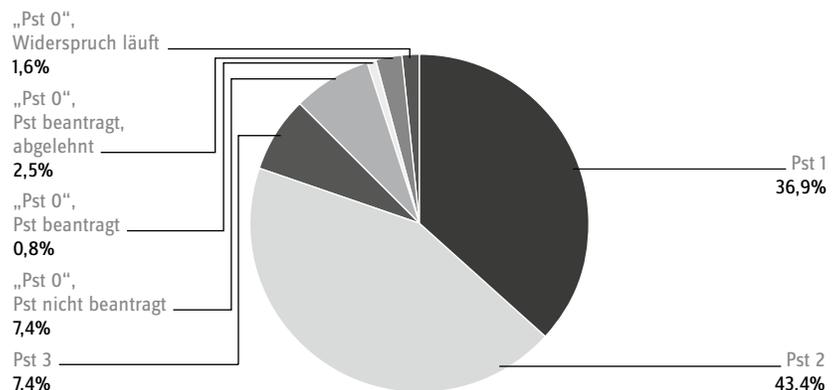


Abb. 13: Verteilung der Pflegestufen bei den Schlaganfall-Betroffenen

Unter „Pst 0“ handelt es sich durchweg um Schlaganfall-Betroffene mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (z. B. aufgrund kognitiver Einschränkungen, schwerer chronischer Depression mit Aphasie).

11,2% der Studienteilnehmer beziehen Sachleistungen der Pflegeversicherung, 57% Geldleistung und 31,8% Kombinationsleistung.

„Die Stimmung meines Mannes ist seit seinem Schlaganfall meist gedämpft. Ein Austausch von tiefen Gefühlen zwischen uns ist seither nicht mehr möglich“ (Teilnehmerin der Studie, 71 Jahre).

In Abhängigkeit von der Pflegeeinstufung zeigt sich folgendes Bild der Inanspruchnahme der Leistungen (in Abbildung 14 sind Fälle und keine Prozentzahlen eingetragen):

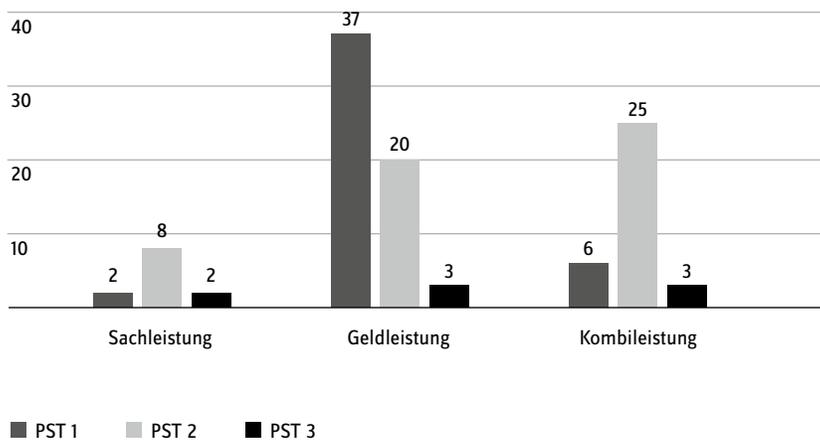


Abb. 14: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegestufe

Da das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz erst 2008 und damit deutlich nach Studienbeginn in Kraft trat, sind Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne eine Pflegestufe nicht berücksichtigt.

Art der Pflegeeinweisung

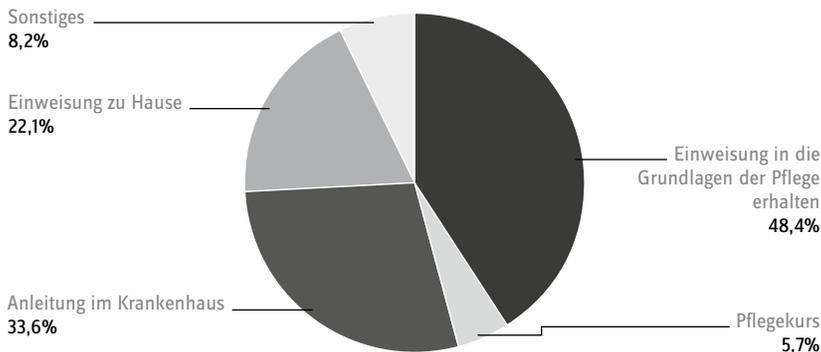


Abb. 15: Häufigkeiten zur Art der Einweisung in die Pflegegrundlagen

Etwa die Hälfte der pflegenden Angehörigen bekam eine Einweisung in Pflegegrundlagen, ein Drittel der Gesamtstichprobe bekam diese Einführung direkt im Krankenhaus, nur etwa 6% besuchten einen Pflegekurs.

Dass die Prozentwerte in der Summe mehr als 100 ergeben, erklärt sich daraus, dass Mehrfachnennungen bei dieser Fragestellung möglich waren.

Berufliche Situation

21 (17,2%) pflegende Angehörige gingen zusätzlich zur Pflege einer Arbeit nach. Im Durchschnitt waren dies weitere 25,6 Wochenarbeitsstunden (SD = 13,1; Spannweite: 30 Minuten bis 50 Stunden). Zwei Angehörige waren zum Zeitpunkt T0 auf Arbeitssuche.

Bildet man für die Arbeitstätigen die Summe aus Pflege-, Betreuungs-, Beaufsichtigungs- und Wochenarbeitszeit, kam diese Subgruppe auf durchschnittlich 34,5 Stunden (SD = 10,2; Spannweite: 17 bis 53,8 Stunden).

Depressive Symptomatik

Im Durchschnitt hatten die 122 Angehörigen einen ADS-Wert von 20,96 (SD = 8,9; Spannweite: 3 bis 43).

In der ADS-Normstichprobe (Hautzinger/Bailer 1993) lagen 17,4% über dem kritischen Wert von 23, der auf die Möglichkeit einer ernsthaften depressiven Störung hinweist. 39,3% (n = 48) der pflegenden Angehörigen der TIPS-Studie lagen über diesem kritischen Wert, also mehr als doppelt so viele. In der LEANDER-Studie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (Zank/Schacke 2004) mit einer vergleichbaren Stichprobe bezüglich des Alters und Geschlechts lag der Mittelwert bei 20,4, und etwa 35% der pflegenden Angehörigen lagen über dem kritischen Wert von 23.

Um herauszufinden, inwieweit die ADS von anderen Variablen abhängt, wurde eine multiple lineare Regression gerechnet (Tab. 4). Ausgehend von signifikanten Korrelationen zur ADS und Interkorrelationen der unabhängigen Variablen von $<.3$ sowie der Einhaltung der Voraussetzungen einer Regression erhalten wir ein Modell mit korrigiertem R^2 von ,570. Das korrigierte R^2 bedeutet, dass 57% der Varianz der mit der ADS erfassten Werte durch die ins Modell eingefügten Variablen erklärt werden können. Dieser durch die Regression erklärte Varianzanteil ist auch im Vergleich zur Gesamtvarianz hochsignifikant ($F = 27,269$; $p < .001$).

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p-Wert
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	18,244	5,137		3,551	,001
FKpA Skala 2	-,462	,078	-,426	-5,891	,000
Alter Pflegender	-,206	,062	-,224	-3,306	,001
VAS Pflegebelastung	,126	,037	,235	3,409	,001
SPSIR:S - Subskala AS	-,943	,168	-,381	-5,601	,000
IADL Betroffener	-,876	,249	-,240	-3,525	,001

Tab. 4: Regressionsmodell zur Allgemeinen Depressionsskala

Über die Vorzeichen der Koeffizienten wird deutlich, dass jüngeres Alter, Einschränkung der instrumentellen Aktivitäten des Betroffenen (IADL), geringere „Zufriedenheit mit der eigenen Leistung als Pflegender“ (FKpA Skala 2), mehr „Vermeidung von Problemlösungen“ und höhere subjektive Pflegebelastung im Modell höhere Werte in der depressiven

Symptomatik vorhersagen. Am meisten trägt die Skala des FKpA „Zufriedenheit mit der eigenen Leistung als Pfleger“ zur Vorhersage der depressiven Symptomatik bei, gefolgt von der SPSIR:S - Subskala „Vermeidungsstil“ und den drei anderen Variablen, die etwa die gleiche Vorhersagekraft haben. Bei dieser Betrachtung muss beachtet werden, dass die für dieses Modell getroffene Entscheidung zwischen der abhängigen Variable (depressive Symptomatik) und den gewählten unabhängigen Variablen (subjektiv empfundene Pflegekompetenz, Pflegebelastung, Problemlösen) aufgrund von gegenseitiger Beeinflussung und Rückkoppelungen nicht trennscharf ist.

Pflegebelastung

Werte ab 7 im Caregiver Strain Index (Sullivan 2002) gelten als Hinweis, eine tiefer gehende Abklärung der Pflegebelastung einzuleiten. Im Durchschnitt hatten die pflegenden Angehörigen einen CSI-Wert von 8,5 (SD = 2,3; Spannweite: 0 bis 12). 81% (99 der 122) gaben einen Wert von 7 oder höher an.

Schweregrad der Erkrankung nach dem Schlaganfall

Der Schweregrad der Erkrankung nach dem Schlaganfall wurde über verschiedene Wege erhoben:

- über das Globalmaß Rankin Scale, das die Behinderung nach Schlaganfall misst,
- über die Scandinavian Stroke Scale (SSS),
- über den erweiterten Barthel-Index (EBI), der zehn elementare Funktionen des täglichen Lebens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfasst sowie zusätzlich Kognition, kommunikative und soziale Kompetenz, und
- über einzelne Fragen zu spezifischen Folgen eines Schlaganfalls.

Die Korrelationen zwischen Barthel-Index und Rankin Scale ($r = -.891$; $p < .001$) und zwischen Barthel-Index und der Pflegestufe des Betroffenen ($r = -.739$; $p < .001$) sind erwartet hoch (siehe Abb.16).

„Seitdem ich meinen Mann nach seinem Schlaganfall pflege, kann ich die Wohnung fast nicht mehr allein verlassen. Ich gehe immer schnell einkaufen, solange er seinen Mittagsschlaf hält“ (Teilnehmerin der Studie, 69 Jahre).

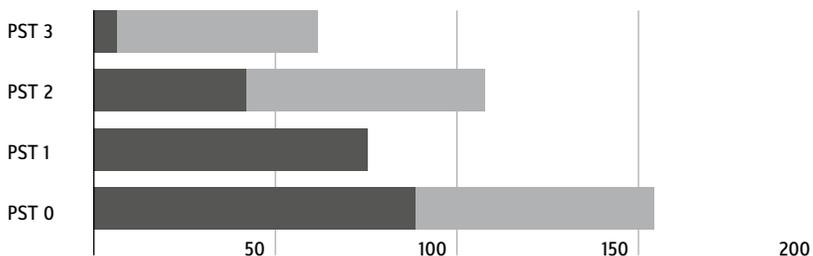


Abb. 16: Barthel-Index (schwarz) bzw. erweiterter BI (grau) nach Pflegestufe

Wie man Abbildung 16 entnehmen kann, sind die hellgrauen Abschnitte, die die zusätzlichen Variablen der Erweiterung des Barthel-Index repräsentieren, konstant über die Pflegestufen verteilt (60,3 bis 66 Punkte von 90 möglichen). Im erweiterten Barthel-Index liegt bei 20 bis 65 Punkten eine mittlere kognitive Funktionseinschränkung, ab 70 keine oder eine leichte kognitive Funktionseinschränkung vor.

In der Scandinavian Stroke Scale, die von/mit 118 der 122 Betroffenen ausgefüllt werden konnte, lag der Durchschnittswert bei 33 (SD = 11,10; Spannweite 2 bis 48), was einem niedrigen Wert entspricht (leichte Schlaganfälle liegen oberhalb von 40 Punkten auf der SSS).

Mehr als 40% der Betroffenen haben eine mittelschwere oder schwere Funktionseinschränkung.

Ergebnisse

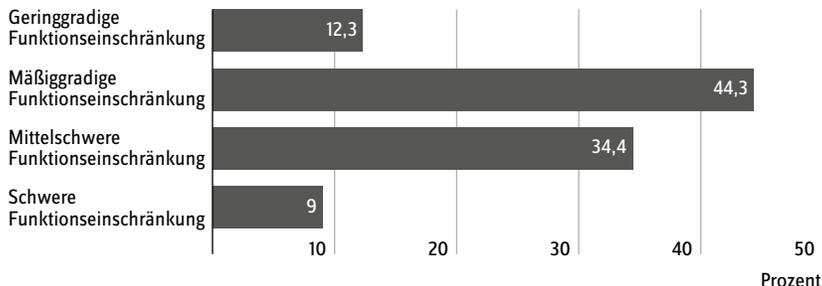


Abb. 17: Häufigkeiten der Funktionseinschränkungen der Betroffenen (n = 122)

Dysarthrien sind Störungen des Sprechens, die durch erworbene Schädigungen des Gehirns bzw. der Hirn- oder Gesichtsnerven verursacht werden. Eine Dysarthrie hatten zu T0 15 (12,3%) der 122 Betroffenen.

Aphasien sind Störungen der Sprache, die Folgen erworbener Schädigungen des Gehirns sein können. Ein Drittel der Betroffenen hatte zu T0 eine Aphasie.

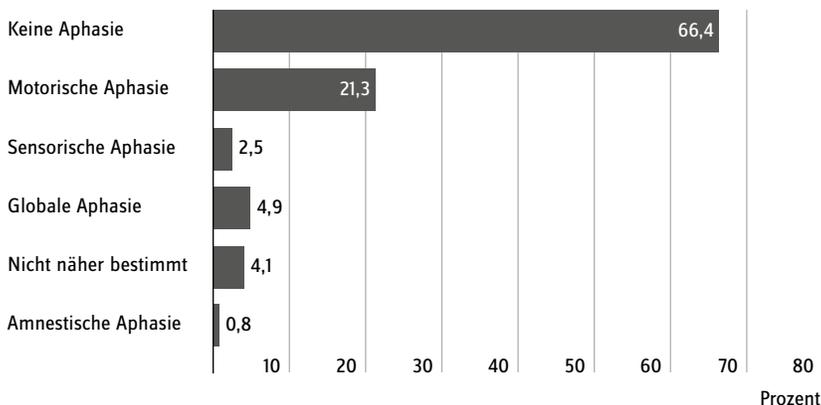


Abb. 18: Häufigkeiten der Aphasie-Syndrome (n = 122)

Zu T0 waren 45 (36,9%) vollständig und weitere 23 (18,9%) der 122 Pflegeempfänger teilweise harninkontinent. Zusätzlich waren 19 der (15,6%) Betroffenen vollständig und 18 (14,8%) teilweise stuhlinkontinent.

Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Beschreibung des statistischen Vorgehens

Für die Gruppenvergleiche zu T0 wurden je nach Datenniveau der abhängigen Variablen entweder t-Tests für unabhängige Stichproben oder U-Tests nach Mann-Whitney gerechnet. Bei Korrelationen wurden Werte bis .5 als schwacher, bis .8 als mittlerer und Werte $>.8$ als starker linearer Zusammenhang interpretiert. Für die Gruppenvergleiche über mehr als einen Messzeitpunkt wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet (Faktor 1 „Experimental- vs. Kontrollgruppe“ und Faktor 2 „Messwiederholung/Zeit“). Mit einer Varianzanalyse lässt sich aufzeigen, ob die Varianz zwischen zwei Gruppen größer ist als innerhalb einer Gruppe, was bei einem gegen den Zufall abgesicherten Unterschied darauf schließen lässt, dass die Gruppen nicht bzw. nicht mehr der gleichen Population angehören. Ist die Intervention wirksam, zeigt sich dies in einem signifikanten Interaktionseffekt zwischen dem Messwiederholungs- und dem Gruppenfaktor (im Text als Interaktion Zeit*Gruppe bezeichnet).

Bei nicht gegebener Sphärizität (Varianzenübereinstimmung) wurde mittels Greenhouse-Geisser-Korrektur adjustiert. Trotz gerichteter Hypothesen wurde der konservative Weg einer zweiseitigen Hypothesentestung gewählt. Ein mit Kreuz „+“ markiertes p markiert einen Trend ($p < 0,10$), also eine Prüfgröße, die bei einseitiger Testung signifikant wäre, ein Stern „*“ steht für eine Irrtumswahrscheinlichkeit p kleiner 5%, und zwei Sterne „**“ steht für ein p kleiner 1%.

Die folgenden Berechnungen von Gruppenunterschieden beziehen sich auf alle Probanden, von denen zu T2 ebenfalls Daten vorhanden sind (Completer). Dies trifft auf 49 Pflegekonstellationen in der Kontroll- und 52 Pflegekonstellationen in der Interventionsgruppe zu. Die Varianzanalysen mit Messwiederholung erfordern das Vorhandensein von Daten zu allen drei Messzeitpunkten. Da es aufgrund von terminlichen Problemen oder Krankenhausaufenthalten aufseiten der Probanden nicht von allen Teilnehmern Daten zu T1 gibt, wurden diese nicht als fehlende Werte behandelt, sondern durch den Wert zu T0 ersetzt (Last Observation Carried Forward (LOCF)); dies erfolgte bei zwei Paaren in der In-

terventions- und bei drei Paaren in der Kontrollgruppe. Einzelne Werte, die innerhalb eines Fragebogens fehlen, wurden auf gleiche Weise imputiert; dies war über alle Bögen verteilt sechsmal in der Interventionsgruppe und neunmal in der Kontrollgruppe der Fall. Im Folgenden werden die Kontrollgruppe mit KG und die Interventionsgruppe mit IG abgekürzt.

Gruppenvergleich zu Beginn der Untersuchung (T0)

Wenn eine Randomisierung im Sinne des statistischen Zufalls erfolgreich ist, gibt es zu T0 keine Gruppenunterschiede, sodass die zu späteren Zeitpunkten beobachteten Unterschiede auf Faktoren zurückgeführt werden können, die nach T0 Einfluss auf die Probanden hatten.

Pflegende Angehörige

Wie gewünscht, gibt es weder bezüglich des Geschlechts der pflegenden Angehörigen, der Pflegekonstellation, der Herkunft, der Bildung, der geleisteten Pflege-, der Betreuungs- und Beaufsichtigungszeit noch wesentlicher anderer Variablen zu T0 signifikante Gruppenunterschiede.

Variable	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	p-Wert
Alter	KG	65,6	9,74	.746
	IG	66,3	9,98	
Depressive Symptomatik ADS	KG	21,6	10,39	.985
	IG	21,6	7,84	
Subjektive Pflegebelastung VAS	KG	72,2	18,65	.984
	IG	72,2	16,14	
Pflegekompetenz FKpA	KG	42,4	16,72	.882
	IG	42,9	16,62	
Subjektive Gesundheitsbeschwerden GBB-24	KG	20,9	13,15	.418
	IG	23,1	13,56	
Soziales Problemlösen SPSIR:S	KG	13,2	2,58	.723
	IG	13,1	1,94	

Tab. 5: Werte der pflegenden Angehörigen zu T0 in Abhängigkeit von der Gruppe

Bezüglich der „Positiven Problemorientierung“, einer Unterskala des SPSIR:S ist zu TO eine Tendenz zu beobachten ($p = .06$), die die Probanden in der Kontrollgruppe als positiver in der Herangehensweise an Probleme kennzeichnet.

Pflegeempfänger

Auch bei den Pflegeempfängern gibt es bei fast allen Variablen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Eine Ausnahme stellt die Verteilung der Betroffenen mit einer Aphasie auf die beiden Gruppen dar, und zwar dergestalt, dass von den 33 Aphasikern 22 in die Interventionsgruppe gelost wurden. Ein Gruppenvergleich zwischen pflegenden Angehörigen eines Betroffenen mit Aphasie und ohne Aphasie ergibt jedoch weder bei den primären noch bei den sekundären Endpunkten signifikante Unterschiede.

Ähnlich sieht es aus, wenn man nach Dichotomisierung der Werte des Short-Orientation-Memory-Concentration-Tests in Werte ≤ 20 für ein auffälliges Testergebnis und > 20 für ein normales Testergebnis die Verteilung in den beiden Gruppen anschaut. Es ergibt sich folgende Vierfeldertafel:

		Gruppe		Gesamt
		KG	IG	
Kognitiver Status	> 20 „unauffällig“	21	12	33
	≤ 20 „auffällig“	14	22	36
Gesamt		35	34	69

Tab. 6: Vierfeldertafel zum kognitiven Status der Schlaganfall-Betroffenen

Mit 32 Betroffenen konnte der SOMCT nicht durchgeführt werden, hauptsächlich wegen des Vorliegens einer Aphasie oder des allgemein schlechten Gesundheitszustands des Betroffenen. Von den 36 Personen, die einen auffälligen Wert im SOMCT haben, wurden 22 Betroffene mit ihren Angehörigen in die Interventionsgruppe gelost, 14 in die Kontrollgruppe. Dieser Unterschied ist bei einem Chi-Quadrat-Test nach Pearson mit $p = .04$ signifikant. Bei einem Gruppenvergleich der pflegenden Angehörigen dieser beiden Gruppen ergeben sich ebenfalls weder bei den primären noch bei den sekundären Endpunkten

Unterschiede; ein Einfluss auf die Endpunkte zu anderen Messzeitpunkten kann dennoch nicht ausgeschlossen werden.

Gruppenvergleiche über alle drei Messzeitpunkte

Schlaganfall-Betroffene

Da bei etwa einem Drittel der Betroffenen zu T0 eine kognitive Einschränkung vorlag und bei einem weiteren Drittel der Kognitionstest nicht durchgeführt werden konnte, waren die Angaben, die auf Selbstauskünfte der Betroffenen angewiesen sind, zum einen nur partiell zu erheben und zum anderen von eingeschränkter Aussagekraft.

Barthel-Index

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
Barthel-Index zu T0	KG	62,77	24,60	47
	IG	57,94	29,71	51
	Gesamt	60,26	27,35	98
Barthel-Index zu T1	KG	62,34	25,64	47
	IG	58,73	28,63	51
	Gesamt	60,46	27,16	98
Barthel-Index zu T2	KG	60,32	28,43	47
	IG	58,25	29,56	51
	Gesamt	59,24	28,89	98

Tab. 7: Barthel-Index der Betroffenen zu allen Messzeitpunkten

Der Barthel-Index unterscheidet sich zu keinem Messzeitpunkt signifikant bei den beiden Gruppen. Die Kontrollgruppe hat einen um etwa fünf Punkte höheren Mittelwert zu T0, der Unterschied beträgt zu T2 noch zwei Punkte. Die Veränderung der Werte über die Zeit ist nicht signifikant.

Erweiterter Barthel-Index

	Gruppe	Mittelwert	Standard- abweichung	N
Erweiterter Barthel zu T0	KG	65,85	17,20	47
	IG	62,06	15,11	51
	Gesamt	63,88	16,17	98
Erweiterter Barthel zu T1	KG	68,94	16,08	47
	IG	61,67	14,92	51
	Gesamt	65,15	15,84	98
Erweiterter Barthel zu T2	KG	68,09	16,44	47
	IG	62,94	15,30	51
	Gesamt	65,41	15,98	98

Tab. 8: Erweiterter Barthel der Betroffenen zu allen drei Messzeitpunkten

Die Mittelwerte des Erweiterten Barthel-Index unterscheiden sich zu keinem Messzeitpunkt signifikant bei den beiden Gruppen. Zu T0 liegt der Mittelwert in der Kontrollgruppe um acht Punkte über dem der Interventionsgruppe, zu T2 noch um sieben Punkte. Über die Zeit gibt es keine signifikanten Veränderungen.

„Mit meiner Mutter (Pflegebedürftige) läuft alles ganz gut (...) Mit meinem Sohn kam es schon zu handgreiflichen Auseinandersetzungen“ (Teilnehmer, 51 Jahre).

Instrumentelle Aktivitäten nach Lawton & Brody (IADL)

	Gruppe	Mittelwert	Standard-abweichung	N
IADL zu T0	KG	3,83	2,09	48
	IG	3,65	2,79	52
	Gesamt	3,74	2,47	100
IADL zu T1	KG	4,27	2,41	48
	IG	3,85	2,70	52
	Gesamt	4,05	2,56	100
IADL zu T2	KG	3,88	2,53	48
	IG	3,87	2,76	52
	Gesamt	3,87	2,64	100

Tab. 9: Instrumentelle Aktivitäten der Betroffenen zu allen drei Messzeitpunkten

Auch bezüglich der IADLs finden sich zu keinem Messzeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Des Weiteren gibt es keine signifikanten Veränderungen über die Zeit.

„An der Situation, dass mein Mann jetzt so ist, wie er ist, lässt sich nichts ändern. Ich kann aber zum ersten Mal seit Langem wieder ohne Schlafmittel einschlafen und fühle mich insgesamt viel besser“ (Pflegerin Angehörige, 70 Jahre).

Lebensqualität

Die Lebensqualität des Schlaganfall-Patienten wurde über Selbst- und Fremdeinschätzung erhoben. Es wurde hierfür der mit dem EQ-5D ermittelten Lebensqualitätsindex-Score (LQI) verwendet. Höhere Werte entsprechen einer besseren Lebensqualität.

Fremdeinschätzung durch den Angehörigen		Mittelwert	Standardabweichung	N
EQ-5D-LQI T0	KG	,405	,230	47
	IG	,394	,292	51
	Gesamt	,399	,289	98
EQ-5D-LQI T1	KG	,412	,326	47
	IG	,451	,290	51
	Gesamt	,433	,307	98
EQ-5D-LQI T2	KG	,431	,301	47
	IG	,474	,281	51
	Gesamt	,454	,290	98

Tab. 10: Lebensqualität - Fremdeinschätzung durch den Angehörigen

Selbsteinschätzung durch den Betroffenen		Mittelwert	Standardabweichung	N
EQ-5D-LQI T0	KG	,590	,313	40
	IG	,554	,338	35
	Gesamt	,573	,323	75
EQ-5D-LQI T1	KG	,564	,335	40
	IG	,469	,352	35
	Gesamt	,520	,344	75
EQ-5D-LQI T2	KG	,575	,319	40
	IG	,488	,341	35
	Gesamt	,534	,330	75

Tab. 11: Lebensqualität - Selbsteinschätzung durch den Schlaganfall-Betroffenen

Berechnet man die Korrelationen der Indizes der Fremd- und Selbstbeurteilung des EQ-5D zu den drei Messzeitpunkten, ergibt sich zu T0 eine Korrelation von $r = .522^{**}$, die sich

zu T1 auf $r = .662^{**}$ und zu T2 auf $r = .732^{**}$ erhöht. Es besteht also eine mittlere Übereinstimmung in der Bewertung der Lebensqualität des Schlaganfall-Betroffenen.

Die Angaben der pflegenden Angehörigen über die Lebensqualität des Betroffenen (Fremdeinschätzung) sind jedoch unkorreliert zu den Angaben zur eigenen Lebensqualität.

Bei keinem der zur Lebensqualität erhobenen Werte (unabhängig von Aphasie und kognitivem Zustand) kommt es zu signifikanten Veränderungen über die Zeit oder hat die Zugehörigkeit des Partners zur Interventions- oder Kontrollgruppe einen Einfluss auf die Werte.

Verhaltensauffälligkeiten

Die Verhaltensauffälligkeiten wurden mit der Revised Memory and Behavior Checklist (RMBPC) zu T0 und T2 erhoben.

Die RMBPC umfasst 24 Items, die sich in die Unterskalen „Gedächtnis“, „Depression“ und „Belästigung“ aufteilen lassen.

Beispielitem Unterskala „Gedächtnis“: „Mein Angehöriger/Partner hat Schwierigkeiten, sich Ereignisse zu merken, die vor Kurzem passiert sind (z. B. im Fernsehen oder in der Zeitung).“

Beispielitem Unterskala „Depression“: „Mein Angehöriger/Partner wirkt ängstlich oder besorgt.“

Beispielitem Unterskala „Belästigung/Störung“: „Mein Angehöriger/Partner macht Sachen kaputt.“

Die pflegenden Angehörigen geben zum einen an, ob das Verhalten in der vergangenen Woche aufgetreten ist („ja“/„nein“), und zum anderen auf einer Skala von 0 („gar nicht“) bis 4 („sehr stark“), wie sehr sie das gestört oder aufgeregt hat.

Daraus lassen sich folgende Werte berechnen:

- Häufigkeitswert: Alle aufgetretenen Verhaltensweisen in einer Woche summiert.
- Reaktionswert: Alle Reaktionen des pflegenden Angehörigen summiert.

- Durchschnittlicher Reaktionswert: Quotient aus den Reaktionen auf das Verhalten und den aufgetretenen Verhaltensweisen.

Diese Werte lassen sich über den ganzen Test und die Subskalen angeben.

Hinsichtlich des Häufigkeitswerts gibt es eine signifikante Reduktion der aufsummierten Verhaltensweisen über die Zeit ($F = 9,709$; $p = .002$). Die Reduktion ist in der KG deutlicher, dieser Unterschied ist in Abhängigkeit von der Gruppe aber nicht signifikant ($p = .150$) (Tab.12).

Bei Berechnungen auf der Ebene der Unterskalen zeigt sich, dass der Rückgang der Anzahl der Verhaltensweisen (Häufigkeitswert) auf eine Verringerung der depressiven Reaktionsweisen (von 3,1 auf 2,6; $p = .015$) und der störenden Verhaltensweisen (von 1,8 auf 1,5; $p = .027$) über die Zeit zurückzuführen ist. Bezüglich der störenden Verhaltensweisen gibt es auch einen Trend ($p = .05$) zu einer Interaktion Gruppe*Zeit, da es in der Kontrollgruppe zu einem deutlicheren Rückgang über die zwölf Monate kam.

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
Anzahl der Probleme zu T0	KG	8,16	4,976	49
	IG	8,04	4,802	52
	Gesamt	8,10	4,863	101
Anzahl der Probleme zu T2	KG	6,53	4,528	49
	IG	7,44	4,654	52
	Gesamt	7,00	4,593	101

Tab. 12: Anzahl der aufgetretenen Verhaltensweisen der Betroffenen

Bezüglich der insgesamt gezeigten Reaktionen ergibt sich eine signifikante Reduktion der aufsummierten Reaktionen der Angehörigen über die Zeit ($F = 6,101$; $p = .015$). Die Reduktion ist in der KG deutlicher, aber nicht signifikant ($p = .163$) und steht in direktem Zusammenhang mit den insgesamt weniger berichteten auffälligen Verhaltensweisen.

Der Rückgang der Reaktionen der pflegenden Angehörigen (Reaktionswert) auf die zurückgegangenen Verhaltensweisen über die Zeit ist folgerichtig in der Untergruppe Depression ($p = .012$) und störendes Verhalten ($p = .043$) am deutlichsten. Hierbei zeigen die Angehörigen der Kontrollgruppe über die Zeit im Hinblick auf die zurückgegangenen „depressiven Reaktionsweisen“ ($p = .020$) und „störenden Verhaltensweisen“ ($p = .019$) weniger Reaktionen im Sinne von Aufregung und Sich-gestört-Fühlen.

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
Totale Anzahl berichteter Reaktionen zu T0	KG	16,27	15,352	49
	IG	15,85	11,882	52
	Gesamt	16,05	13,608	101
Totale Anzahl berichteter Reaktionen zu T2	KG	12,00	11,943	49
	IG	14,67	11,552	52
	Gesamt	13,38	11,761	101

Tab. 13: Totale Anzahl der berichteten Reaktionen auf das Verhalten

Hinsichtlich der durchschnittlich gezeigten Reaktionen (Quotient aus den Reaktionen auf das Verhalten und den aufgetretenen Verhaltensweisen) gibt es keine Veränderung über die Zeit, auch nicht in Abhängigkeit von der Gruppe.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die absolute Anzahl der Verhaltensauffälligkeiten der Schlaganfall-Patienten sowie die Reaktionen der Pflegenden darauf zwischen T0 und T2 in beiden Gruppen leicht zurückgegangen sind. Dass der Rückgang in der Kontrollgruppe etwas stärker ausfiel, könnte eventuell mit dem geringeren Anteil kognitiv eingeschränkter Schlaganfall-Betroffener in dieser Gruppe in Zusammenhang gebracht werden. Inwieweit sich der kognitive Status der Gepflegten in der Interventionsgruppe in Bezug auf die Kontrollgruppe weiter verschlechtert hat, wurde jedoch nicht erhoben. Gleichzeitig lässt sich aber auch zusammenfassen, dass die relative Häufigkeit von Reaktionen im Sinne von Aufregung oder Sich-gestört-Fühlen sowohl über die Zeit als auch über die Gruppen konstant blieb. D. h., dass die Teilnehmer der Interventionsgruppe weder seltener noch häufiger in dieser Weise auf entsprechende Verhaltensauffälligkeiten der Gepflegten reagieren.

Fremdeinschätzungen zu Depressivität

Depressionseinschätzungen, gemessen mit der Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), liegen zu T0 und T2 vor. Eine Varianzanalyse mit Wiederholungsmessung zeigt, dass es einen Zeiteffekt ($p = .009$), aber keine Wechselwirkung gibt, sich die Gruppen also nicht unterschiedlich über die zwölf Monate entwickeln. Die Betroffenen verbessern sich im Summenscore insgesamt von 9,4 auf 7,6.

Nach Snaith et al. (1986) lässt sich bei einem Summenscore von 7 bis 19 auf einen leichten Grad einer depressiven Störung schließen, bei 20 bis 34 auf einen mäßigen und bei 35 bis 60 auf eine schweren. Diese Stufeneinteilung ist nicht mit einer Diagnose gleichzusetzen. Bezüglich der Häufigkeiten in den einzelnen Stadien gibt es weder zu T0 noch zu T2 Unterschiede zwischen den Gruppen.

Pflegende Angehörige

Problemlagen bei Interventionsbeginn

Für die Erhebung der Problemlagen und als Einstieg in ein strukturiertes Problemlösen wurde ein Kartensatz mit 40 aus der Literatur bekannten und für die Zielgruppe relevanten Problembereichen entwickelt. Der Kartensatz umfasst Bereiche, die sich auf den Pflegenden selbst (z. B. „Ich habe nicht genug Zeit für eigene Interessen“), auf den zu Pflegenden (z. B. „Mein Angehöriger/Partner ist deprimiert“) und auf die Interaktion zwischen beiden (z. B. „Unser Umgang miteinander ist gereizt oder aggressiv“) beziehen.

Während der beiden Hausbesuche zu Beginn der Studienteilnahme und nach drei Monaten sortierten die Pflegenden die Karten zunächst hinsichtlich der Fragestellung, ob die angeführte Situation auf sie zutraf (z. B. „Meine Gesundheit ist beeinträchtigt“), und in einem zweiten Schritt, wie belastend die zutreffenden Beschreibungen empfunden wurden (zwischen „nicht belastend“ und „sehr belastend“). Zudem bestand die Möglichkeit, über Blanks-Karten nicht aufgeführte Probleme zu benennen. Dieses Vorgehen bot den Vorteil, dass sich der Pflegende selbst ein gutes Gesamtbild von seiner aktuellen Situation machen konnte. Mit einem Überblick über nicht zutreffende, nicht belastende und belastende Bereiche kann ein erster Schritt in Richtung Konkretisierung der häufig als umfassende Überforderung wahrgenommenen Situation getan werden.

Ergebnisse

Beim ersten Hausbesuch gaben die pflegenden Angehörigen zwischen 4 und 34 Karten (im Durchschnitt 20,0 Karten) als zutreffend an, von denen wiederum zwischen 0 und 29 Karten (im Durchschnitt 8,7) als ziemlich oder sehr belastend bewertet wurden. Im Durchschnitt füllte etwas mehr als jeder Zweite eine zusätzliche Blankokarte aus.

Für den genauen Wortlaut der Karten siehe Tabelle 20, linke Spalte.

Tabelle 14 gibt einen Überblick über die von mindestens einem Drittel der Pflegenden als „ziemlich belastend“ oder „sehr belastend“ angegebenen Problembereiche.

„Ich scheue den Weg zum Psychologen u. a. aus Zeitgründen. Der telefonische Kontakt ist eine gute Möglichkeit für eine regelmäßige Beratung in relativ kurzen Zeitabständen, bei der man aktuelle Probleme ansprechen kann“ (Pflegerin Ehefrau, 61 Jahre).

Problembereiche	ziemlich oder sehr belastend
„Ich habe Angst, dass meinem Partner/Angehörigen etwas passieren könnte“	53%
„Ich beschäftige mich ständig mit dem Leid und Leiden meines Partners/Angehörigen“	45%
„Ich fühle mich erschöpft und kraftlos“	45%
„Mein Schlaf ist gestört“	43%
„Meine Gesundheit ist beeinträchtigt“	43%
„Ich habe Angst, meinen Partner/Angehörigen zu verlieren“	37%
„Ich habe wenig Hoffnung auf eine Verbesserung der Situation“	35%
„Ich muss meine Lebensplanung ändern“	33%
„Unser Umgang miteinander ist manchmal gereizt oder aggressiv“	33%
„Mein Partner/Angehöriger möchte oder kann nicht allein gelassen werden“	33%
„Mein Partner/Angehöriger ist deprimiert“	33%

Tab. 14: Die am häufigsten als „sehr“ oder „ziemlich belastend“ benannten Probleme

Von weniger als 10% wurden folgende Bereiche als zutreffend und ziemlich oder sehr belastend empfunden: „Mein Partner/Angehöriger ist mir fremd geworden“ (8%), „Fehlendes Wissen über die Erkrankung oder Pflege“ (8%), „Schwierige finanzielle Situation“ (6%), „Partner/Angehöriger kann oder möchte nicht essen“ (6%) und „Partner/Angehöriger äußert den Wunsch zu sterben (8%)“. In Bezug auf die finanzielle Situation muss beachtet werden, dass es sich bei den Angehörigen überwiegend um Rente beziehende Personen im Ruhestand handelt und dadurch keine Berufstätigkeit durch die Pflege tangiert war.

Telefonische Intervention

In den ersten drei Monaten der zwölfmonatigen Intervention waren maximal acht Telefonate von jeweils maximal 60 Minuten Dauer vorgesehen. Zwischen den Monaten vier und zwölf konnten neun weitere Telefonate geführt werden. Bei Bedarf waren über den gesamten Zeitraum vier zusätzliche optionale Telefonate möglich; so lässt sich auch erklären, dass die Spannweite der in den ersten drei Monaten erfolgten Telefonate bis zehn geht.

Pflegerische Angehörige (n = 52)	1. Hausbesuch bis T1		2. Hausbesuch bis T2	
	Mittelwert	Spannweite	Mittelwert	Spannweite
Anzahl Telefonate	6,0	0 bis 10	7,3	0 bis 13
Dauer der Telefonate insgesamt	4,2 h	0 bis 9,7 h	4,9 h	0 bis 12,2 h
Kontakt (Telefonate + Hausbesuche)	6,0 h	0 bis 11,9 h	6,3 h	0 bis 14,2 h
Durchschnittstelefonat (n = 51)	39,0 Min	0 bis 60 Min	35,5 Min	5 bis 60 Min

Tab. 15: Durchschnittswerte und Spannweiten zu den Telefonaten über zwölf Monate

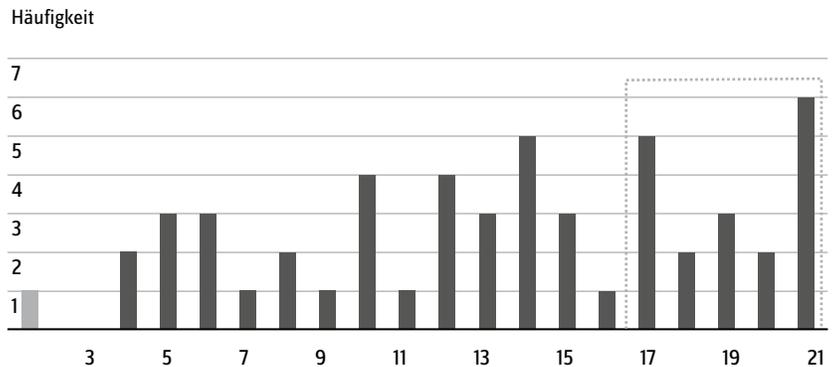


Abb. 19: Anzahl der geführten Telefonate

Wie sich Abbildung 19 entnehmen lässt, gibt es bezüglich der Anzahl der Telefonate, die mit den pflegenden Angehörigen geführt wurden, große Unterschiede. Eine Klientin lehnte jeglichen Kontakt innerhalb der Intervention ab, und zwei weitere bestanden darauf, nach dem zweiten Hausbesuch von sich aus anzurufen, wenn etwas vorgefallen sei, und wollten keine weiteren Termine vereinbaren. Darüber hinaus kam es bei einer Reihe von Klienten nach T1 nur noch zu zwei ($n = 6$) oder drei ($n = 4$) Telefonkontakten, die teilweise nur zwischen fünf und neun Minuten dauerten (bei vier der zehn genannten Klienten). Obwohl hier keine Intervention nach Protokoll stattfand, wurden diese Personen vollständig in der Auswertung belassen.

Inhaltlicher Fokus der Intervention waren - wie beschrieben - die mit dem Kartenset erhobenen Problembereiche. Diese auf den Karten allgemein formulierten Belastungen wurden mit den Pflegenden anhand konkreter Alltagserfahrungen und Situationen besprochen und analysiert. Im nächsten Schritt wurden mögliche Alternativen überlegt und gesammelt. Solche Alternativen konnten sowohl kognitive Strategien als auch konkrete Handlungen oder Verhaltensweisen umfassen, die schließlich im Alltag auf ihre Tauglichkeit erprobt wurden. Die Pflegenden wurden hierbei in ihren Fähigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen im Umgang mit der Pflegesituation unterstützt.

Die am häufigsten bearbeiteten und von den meisten Teilnehmern als „ziemlich belastend“ oder „sehr belastend“ sortierten Problembereiche sind in Tabelle 16 aufgeführt.

Problembereiche	ziemlich oder sehr belastend
„Ich habe nicht genug Zeit für eigene Interessen“	57%
„Mein Schlaf ist gestört“	38%
„Ich fühle mich erschöpft und kraftlos“	34%
„Unser Umgang miteinander ist manchmal gereizt oder aggressiv“	34%
„Mir fehlen gemeinsame Aktivitäten mit meinem Partner/Angehörigen“	30%
„Ich beschäftige mich ständig mit dem Leid und Leiden meines Partners/Angehörigen“	28%
„Ich habe Angst, dass meinem Partner/Angehörigen etwas passieren könnte“	23%
„Mein Partner/Angehöriger kann oder will nicht allein gelassen werden“	21%
„Mein Partner/Angehöriger ist deprimiert“	21%

Tab. 16: Die am häufigsten bearbeiteten Bereiche

Im Durchschnitt werden 5,7 (1 bis 19) Problembereiche im Sinne des strukturierten Problemlöseansatzes bearbeitet. Des Weiteren wurden während dieser drei Monate durchschnittlich 8,1 (2 bis 18) Problembereiche unspezifisch thematisiert.

Beim Zwischen-Assessment mit dem Kartenset nach drei Monaten gaben die pflegenden Angehörigen zwischen 7 und 24 Karten (im Durchschnitt 17,8 Karten) als zutreffend an, von denen wiederum zwischen 0 und 19 Karten (im Durchschnitt 6,4) als ziemlich oder sehr belastend bewertet wurden. Dies sind signifikant weniger Karten ($p = .01$) und signifikant weniger belastende Problembereiche ($p < .01$) als bei Interventionsbeginn.

„Durch das Unterstützungsangebot ist mir vieles klarer geworden. Ich konnte Druck ablassen und habe mich verstanden gefühlt. Seither habe ich wieder angefangen, über Dinge, die mich beschäftigen, nachzudenken und nicht nur auf sie zu reagieren. Seither sehe ich vieles wieder entspannter, und wir streiten uns auch weit weniger häufig“ (Pfleger Angehöriger, 66 Jahre).

Die Problembereiche lassen sich bezüglich der Bearbeitung und Veränderung über die Hauptinterventionszeit in drei Gruppen einteilen:

1. Häufig genannt - Häufig adressiert - Deutlich verbessert
2. Häufig genannt - Häufig adressiert - Leicht verbessert
3. Häufig genannt - Seltener adressiert - Wenig verbessert

Häufig genannt bedeutet, dass dieser Problembereich von mehr als 30% der Teilnehmer als „ziemlich belastend“ oder „sehr belastend“ eingestuft wurde. In den Tabellen 17 bis 19 bedeutet „Thematisiert“, dass der Problembereich in einem Telefonat aufgenommen und besprochen wurde, „Problemlösung“ drückt aus, dass strukturiert im Sinne des Problemlösetrainings an dem Problem gearbeitet wurde. Die Werte unterhalb des Summenzeichens geben an, bei wie vielen Personen das Problem entweder thematisiert und/oder bearbeitet wurde. Der p-Wert gibt - wie bekannt - an, ob die Unterschiede zwischen den Bewertungen des Problems zu T0 und T1 signifikant sind.

1. Häufig genannt - Häufig adressiert - Deutlich verbessert

Bereich	Telefonate				T1 (sehr) belas- tend	p-Wert
	T0 (sehr) belas- tend	Thema- tisiert	Probl- emlö- sung	Σ		
Karte 3: Beschäftige mich ständig mit dem Leiden des Betroffenen	48,1%	38,3%	27,7%	48,9%	29,8%	.064+
Karte 15: Erschöpfung & Kraftlosigkeit	44,4%	44,7%	34,0%	57,4%	23,4%	.013*
Karte 4: Beeinträchtigte Gesundheit	42,6%	38,3%	19,1%	42,6%	21,3%	.007**
Karte 10: Schlafstörungen	42,6%	57,4%	38,3%	61,7%	29,8%	.092+
Karte 32: Betroffener kann nicht allein gelassen werden	33,3%	27,7%	21,3%	38,3%	17,0%	.012*

Tab. 17: Häufig genannte Probleme, die sich deutlich gebessert haben

Die Karten der Gruppe 1 umfassen allesamt Problembereiche, die als kurzfristig veränderbar angesehen werden können und bei erfolgreicher Bearbeitung eine schnelle Erleichterung der Angehörigen erwarten lassen.

„Dass ich mir meine Sorgen und Gefühle von der Seele reden konnte, das hat mir sehr gut getan. Ich wurde einfühlsam beraten und beruhigt“ (Pflegerin Ehefrau, 62 Jahre).

2. Häufig genannt – Häufig adressiert – Leicht verbessert

Bereich	Telefonate					p-Wert
	T0 (sehr) belas- tend	Thema- tisiert	Prob- lemlö- sung	Σ	T1 (sehr) belas- tend	
Karte 22: Gereizter & aggressiver Umgang	37,0%	38,3%	34,0%	48,9%	27,7%	.267
Karte 30: Deprimierter PE	35,2%	23,4%	21,3%	34,0%	23,4%	.118
Karte 14: Nicht genug Zeit für eigene Interessen	31,5%	57,4%	57,4%	76,6%	23,4%	.424
Karte 39: Vermisse gemeinsame Aktivitäten	31,5%	46,8%	29,8%	59,6%	27,7%	.774

Tab. 18: Häufig genannte Probleme, die sich nur leicht gebessert haben

Für eine Veränderung im Problembereich 22 musste oftmals an Interaktionsmustern gearbeitet werden, die häufig bereits vor dem Schlaganfall bestanden. Hier waren im Gegensatz zu Tabelle 17 eher mittelfristige Effekte zu erwarten. Bei Karte 30 verhält es sich ähnlich: Eine Einflussnahme auf die Depression des Partners war nur bedingt möglich. Problembereich 39 kann sowohl bedeuten, dass aufgrund der sehr starken Einschränkung des Partners keine gemeinsamen Aktivitäten mehr möglich waren oder dass dies einen immensen organisatorischen Aufwand mit sich brachte. Karte 14 „Nicht genug Zeit für eigene Interessen“ brachte teilweise mit sich, dass zunächst erschrocken erkannt wurde, dass man eigentlich gar nicht weiß, wie man mögliche Freiräume gestalten möchte. Zum anderen beinhalteten mögliche Lösungen in diesem Bereich, dass externe Hilfe (z. B. durch einen Besuchsdienst) in Anspruch genommen werden musste, was vielen zunächst sehr schwer fiel.

„Ich habe viele Anregungen und Aufgaben bekommen, auf die ich selbst nicht gekommen wäre. Dadurch habe ich bis jetzt die schwierige Situation der Pflege meiner Mutter überhaupt bewältigen können“ (Pflegerin Tochter, 69 Jahre).

3. Häufig genannt - Seltener adressiert - Wenig verbessert

Bereich	Telefonate				T1 (sehr) belas- tend	p-Wert
	T0 (sehr) belas- tend	Thema- tisiert	Probl- emlö- sung	∑		
Karte 17: Angst, dass etwas Schlimmes passieren kann	57,4%	27,7%	23,4%	36,2%	46,8%	.302
Karte 19: Angst, den PE zu verlieren	40,7%	12,8%	8,5%	17,0%	40,4%	1.000
Karte 24: Geringe Hoffnung auf Verbesserung der Situation	38,9%	17,0%	6,4%	21,3%	40,4%	1.000
Karte 7: Gezwungen, die eigenen Lebenspläne zu ändern	35,2%	14,9%	2,1%	17,0%	21,3%	.118
Karte 28: Schwierig zu kommunizieren	31,5%	14,9%	8,5%	17,0%	25,5%	.344

Tab. 19: Häufig genannte Probleme, die sich wenig gebessert haben

Die auf den Karten erfassten Belastungen zu Punkt 3 (Tab.19) sind Probleme, die eher Begebenheiten („schwierig zu kommunizieren“ z. B. bei Aphasie des Pflegeempfängers) und Ängste („Angst, dass noch etwas Schlimmes passieren könnte (z. B. erneuter Schlaganfall)“) beschreiben, die nicht unmittelbar änderbar waren. Bei den hier aufgeführten Problemen handelt es sich eher um Themen, für die eine mehr akzeptierende Haltung gegenüber der gegenwärtigen Situation oder möglichen künftigen Ereignissen hilfreich wäre.

Da zum Zeitpunkt T2 kein weiterer Hausbesuch durch das Interventionsteam erfolgte, liegen keine Daten zu den Belastungskarten für diesen Zeitpunkt vor.

„Es war schön, nicht allein gelassen zu werden und Gespräche führen zu können, an denen andere nicht interessiert sind“ (Pflegerin Ehefrau, 69 Jahre).

Am Ende der Studie wurde basierend auf den Erfahrungen aus der Intervention und den Rückmeldungen der pflegenden Angehörigen zu den einzelnen Karten der Kartensatz nochmals überarbeitet. Änderungen sind kursiv hervorgehoben.

Original-Kartensatz	Vorschlag für veränderten Kartensatz
01. Ich bin verantwortlich für die Haushaltstätigkeiten.	01. Ich bin verantwortlich für die Haushaltstätigkeiten (Kochen, Einkaufen, Putzen, ...).
02. Mein Wissen über die Erkrankung und Pflege erscheint mir nicht ausreichend.	02. Mein Wissen über die Erkrankung und Pflege meines Partners/Angehörigen erscheint mir nicht ausreichend.
03. Das Leid und Leiden meines ... beschäftigt mich ständig.	03. Das Leid und Leiden meines Partners beschäftigt mich <i>häufig</i> .
04. Meine Gesundheit ist beeinträchtigt.	04. Meine Gesundheit ist beeinträchtigt.
05. Experten berücksichtigen meine Anliegen zu wenig.	05. <i>Krankenkasse, Pflegedienst oder Ärzte</i> berücksichtigen meine Anliegen zu wenig.
06. Ich bin verantwortlich für Organisation + Finanzen.	06. Ich bin verantwortlich für die organisatorischen und finanziellen Angelegenheiten meines Partners/Angehörigen (Termine, Pflegekasse, ...).
07. Ich muss meine Lebensplanung ändern.	07. <i>Ich habe Angst, dass ich eines Tages nicht mehr in der Lage bin, meinen Partner zu pflegen (eigene Erkrankung, Überforderung, ...).</i>
08. Bestimmte Verhaltensweisen meines ... sind mir unangenehm.	08. Bestimmte Verhaltensweisen meines Partners/Angehörigen sind mir unangenehm (z.B. Essverhalten, Äußerungen).
09. Mir fehlt es an Unterstützung	09. <i>Ich habe niemanden, der meinen Partner/Angehörigen stundenweise betreut.</i>
10. Mein Schlaf ist gestört.	10. Mein Schlaf ist gestört (<i>Einschlafen, Durchschlafen</i>).
11. Ich bin verantwortlich für die Pflege	11. <i>Die Pflege meines Partners/Angehörigen strengt mich körperlich an.</i>

Ergebnisse

Original-Kartensatz	Vorschlag für veränderten Kartensatz
12. Mein ... ist mir fremd geworden.	12. <i>Es fällt mir schwer, meinen Partner/ Angehörigen stundenweise allein (oder mit einer anderen Person) zu lassen.</i>
13. Meine Bemühungen haben nur wenig Einfluss auf sein Leiden	13. <i>Ich fühle mich häufig unter Druck (Zeit, Partner).</i>
14. Ich habe nicht genug Zeit für eigene Interessen.	14. Ich habe <i>oder nehme mir</i> nicht genug Zeit für meine eigenen Interessen.
15. Ich fühle mich erschöpft und kraftlos.	15. Ich fühle mich erschöpft und kraftlos.
16. Ich bin verantwortlich für Beschäftigung + Unterhaltung meines ...	16. Ich bin verantwortlich für die Beschäftigung oder Unterhaltung meines Partners/Angehörigen.
17. Ich habe Angst, dass meinem...etwas passieren könnte.	17. Ich habe Angst, <i>dass sich der Gesundheitszustand meines Partners verschlechtert.</i>
18. In meiner Partnerschaft/Familie gibt es Konflikte und Spannungen.	18. <i>Außerhalb der Pflegekonstellation kommt es zu Konflikten und Spannungen mit anderen Personen (Kinder, Verwandte, Nachbarn, ...).</i>
19. Ich habe Angst, meinen ... zu verlieren	19. Ich habe Angst, dass meinem Partner/ Angehörigen etwas passiert (<i>Schlaganfall, Tod</i>).
20. Ich erhalte keine angemessene Anerkennung für das, was ich für meinen ... tue.	20. <i>Es gibt Situationen, in denen ich gereizt oder ungeduldig bin.</i>
21. Ich fühle mich häufig einsam und isoliert.	21. Ich fühle mich häufig einsam und isoliert (wegen fehlender Sozialkontakte, ...).
22. Unser Umgang ist gereizt oder aggressiv.	22. <i>Es gibt Situationen, in denen mein Partner/Angehöriger gereizt oder aggressiv ist.</i>
23. Ich habe Schuldgefühle gegenüber meinem ...	23. <i>Es gibt Situationen, in denen ich denke, dass ich meinem Partner/Angehörigen nicht gerecht werde.</i>

Original-Kartensatz	Vorschlag für veränderten Kartensatz
24. Ich habe wenig Hoffnung auf eine Verbesserung der Situation.	24. <i>Mein Partner/Angehöriger kann seine bzw. unsere Situation nicht richtig einschätzen.</i>
25. Wir haben häufig nicht die gleichen Ansichten ...	25. <i>Meine Gedanken kreisen immer wieder um dieselben Themen.</i>
26. Mein ... will oder kann nicht essen.	26. Mein Partner/Angehöriger will oder kann nicht essen/trinken.
27. Wir befinden uns in einer schwierigen finanziellen Situation.	27. Wir befinden uns in einer schwierigen finanziellen Situation.
28. Können nicht offen über unsere Gedanken und Gefühle sprechen.	28. <i>Ich habe zu wenige Gelegenheiten, in denen ich mich über meine Situation austauschen kann.</i>
29. Mein ... hat Angst vor Stürzen.	29. <i>Mein Partner/Angehöriger ist harn-/stuhlinkontinent oder muss sehr häufig auf die Toilette.</i>
30. Mein Partner/Angehöriger ist deprimiert.	30. Mein Partner/Angehöriger ist deprimiert/antriebslos.
31. Mein ... legt keinen Wert auf gesundheitsbewusstes Verhalten.	31. <i>Mein Partner/Angehöriger kann sich nichts merken.</i>
32. Mein ... möchte/kann nicht allein gelassen werden.	32. Möchte/kann nicht allein gelassen werden.
33. Mein ... gibt sich nicht genügend Mühe und fordert Hilfe, wenn dies nicht notwendig ist.	33. Mein Partner/Angehöriger gibt sich nicht genügend Mühe (<i>wenig Training, kein gesundheitsbewusstes Verhalten, ruft mich ständig, ...</i>).
34. Mein ... hat allem gegenüber eine negative Einstellung.	34. <i>Manchmal fühle ich mich niedergeschlagen.</i>
35. Ein Gespräch mit meinem ... ist nur schwer möglich.	35. <i>Mein Partner/Angehöriger kann sich nicht mit mir verständigen.</i>
36. Mein ... ist inkontinent.	36. Ich vermisse gemeinsame Aktivitäten mit meinem Partner.

Original-Kartensatz	Vorschlag für veränderten Kartensatz
37. Mein ... äußert den Wunsch zu sterben.	37. Meine beruflichen und privaten Anforderungen lassen sich nur schwer vereinbaren.
38. Meine beruflichen und privaten Anforderungen lassen sich nur schwer vereinbaren.	38. Meine Bedürfnisse nach Nähe/ <i>körperlichem Kontakt</i> kann ich mit meinem Partner nicht leben.
39. Ich vermisse gemeinsame Aktivitäten mit meinem ...	
40. Meine Bedürfnisse nach Nähe und Sexualität kann ich mit meinem Partner nicht leben.	

Tab. 20: Originalkartensatz und Veränderungsvorschlag für neuen Kartensatz

Der veränderte Datensatz wurde so gestaltet, dass er ebenso gut für „Pflege eines demenziell Erkrankten“ eingesetzt werden kann.

Bewertung der Intervention durch die Teilnehmer

Die pflegenden Angehörigen der Interventionsgruppe wurden nach Ablauf der zwölfmonatigen Intervention anonym per Fragebögen um eine Rückmeldung gebeten. Von 52 versendeten Bögen wurden 38 Bögen ausgefüllt zurückgeschickt.

Der Nutzen der Intervention wurde auf einer Skala von 0 für „überhaupt nicht hilfreich“ bis 100 „sehr hilfreich“ mit durchschnittlich 91 bewertet (Spannweite 60 bis 100).

Die meisten der Teilnehmer gaben an, dass sie keine Veränderungswünsche haben. Jeweils einmal kamen die Vorschläge: „Ich wünsche mir Entlastung für einen Tag in der Woche“, „Man müsste vom ersten Krankheitstag an ehrliche medizinische und menschliche Antworten bekommen“, „Es wäre gut, wenn der kranke Partner noch etwas mehr einbezogen wäre“ und „Ich wünschte mir zwei Hausbesuche mehr“. Generell wurde die Anzahl der Hausbesuche überwiegend als passend bewertet. Etwa 20% der Teilnehmer hätten sich drei oder vier Hausbesuche gewünscht. Eine Person hätte eine durchgehende telefonische Beratung bevorzugt.

Das Manual zur Intervention wurde von 75% der Teilnehmer gelesen. 57% gaben an, die Arbeitsblätter manchmal zu benutzen, 25% taten dies häufig und knapp, 11% nie. An Kritik äußerte ein pflegender Angehöriger, dass das Manual und die Arbeitsblätter zu theoretisch seien und er die Telefongespräche viel besser finde. Ein Teilnehmer fand, dass es zu viel Zeit koste, die Arbeitsblätter auszufüllen. Ein Angehöriger schrieb: „Die Lösungsvorschläge kommen fünf Jahre zu spät“.

Die Rückmeldungen zu den schlaganfallspezifischen Materialien waren wie erwartet sehr heterogen. 60% fanden sie „überwiegend hilfreich“, etwa 20% „sehr hilfreich“, 15% „teilweise hilfreich“, und die restlichen 5% verteilten sich auf „wenig“ und „gar nicht hilfreich“. Befragt nach „Interesse“ bzw. „kein Interesse“ an den einzelnen Themen, gaben rund 30% an, sie hätten kein Interesse an den Adressen zu „Selbsthilfe- und Sportgruppen, Beratungsstellen“ gehabt sowie an den Briefen zu „Umgang mit Schmerzen“ und „Stürze vermeiden“. Auf das meiste Interesse (85% und mehr) stießen die Briefe zu „Entspannung muss sein“, „Im Notfall schnell handeln“, „Umgang mit dem Erkrankten“, „Bewegung tut gut“ und „Entlastung und Unterstützung“. Befragt danach, ob sie bei vorhandenem Interesse die in den Briefen angesprochenen Themen in ihrer Situation „verwenden und umsetzen“ konnten, kam die meiste Zustimmung (80% und mehr) bezüglich der Themen „Umgang mit dem Erkrankten“, „Betreuungsrecht - Vorsorgen ist besser“ und „Bewegung tut gut“. Am geringsten benötigt wurden (über 40%) „Im Notfall schnell handeln“ und „Selbsthilfe- und Sportgruppen, Beratungsstellen“. Aufgrund der teilweise bereits mehrjährigen Pflegeerfahrung äußerten sich einige Angehörige als sehr gut informiert über Adressen sowie krankheitsspezifische Fragen.

„Da ich nicht viele Menschen zum Reden habe, war es schön, Probleme besprechen zu können und wertvolle und gute Tipps zu bekommen. Nach den Gesprächen habe ich mich immer besser gefühlt“.

„Ich bekam kompetente Antworten auf meine Fragen!“

„Mir gefiel die lebhafte Entwicklung der Thematik, der Austausch, das Lachen, eine aktuelle Beratung zu bekommen, wozu sonst nie Gelegenheit bestand!“

Ergebnisse

„Ich wusste, wenn ich Probleme habe, kann ich Herrn B. anrufen. Mit ihm konnte ich über meine Probleme und Sorgen reden. Er konnte mir gute Ratschläge geben. Dafür bin ich dankbar.“

„Ich hatte nie das Gefühl, zu stören oder die Zeit zu überziehen.“

„Ich konnte meine Sorgen loswerden.“

„Es war sehr hilfreich, dass ich entspannt von zu Hause aus meine Probleme erklären konnte und wertvolle Tipps und Ratschläge erhalten habe.“

„Sehr positiv fand ich das Eingehen auf die momentane Situation, sowohl pflegerisch als auch persönlich, die Vermittlung von Stellen für Pflege und Betreuung, einen Anlaufpunkt für akute Probleme zu haben, das Nachfragen über die Entwicklung der Problemlösungen, die Entspannungsübungen und die Tipps zur Behandlung des Kranken.“

„Ich kann besser reden, wenn ich meinen Gesprächspartner nicht anschauen muss.“

„Für mich war wichtig, dass dadurch viele offene und unbewusste Fragen gestellt und geklärt werden konnten. Durch die vielen Anregungen und den Lernprozess ist mein Leben, mein Alltag leichter geworden. Ich habe den Eindruck, ein kleines Studium erfolgreich abgeschlossen zu haben.“

„Ich fand es gut, dass man im normalen Tagesablauf, der oft genug schwierig ist, mit jemand sprechen konnte. Ein Gesprächspartner, der zuhörte und noch manch guten Ratschlag gab. Nach einem Gespräch war ich wieder viel positiver gestimmt.“

„Ich konnte Dinge ansprechen, die ich mit Nahestehenden nicht besprechen konnte.“

„Es tut einfach gut, dass man mit jemand sprechen kann, der nicht „alles weiß und alles kennt“.“

„Ich bin sehr froh, dass sich Herr X mit seinen Erfahrungen um uns gekümmert hat.“

Ob man dann die Vorschläge umsetzen kann, muss jeder selbst prüfen.“

„Großes Lob an Herrn X, mein psychisches Wohlbefinden hat sich dadurch sehr gebessert!“

Hauptendpunkte

Depressive Symptome

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
ADS zu T0	KG	21,61	10,39	49
	IG	21,58	7,84	52
	Gesamt	21,59	9,12	101
ADS zu T1	KG	21,08	9,87	49
	IG	17,40	7,87	52
	Gesamt	19,19	9,04	101
ADS zu T2	KG	18,39	10,83	49
	IG	15,48	7,52	52
	Gesamt	16,89	9,34	101

Tab. 21: Depressive Symptomatik der Gruppen über alle drei Messzeitpunkte

Hinsichtlich des Endpunkts „Depressive Symptome“ verbesserte sich die Interventionsgruppe in der Hauptinterventionsphase signifikant mehr im Vergleich zur Kontrollgruppe (Interaktion Zeit*Gruppe; $F = 6,861$; $p = .010$). Auch über den zwölfmonatigen Zeitraum bleibt dieser Effekt, wenn auch weniger deutlich, signifikant ($F = 3,606$; $p = .034$). Über alle drei Messzeitpunkte gibt es einen signifikanten Zeiteffekt ($F = 21,255$; $p < .000$) im Sinne einer Verbesserung der depressiven Symptomatik.

Ergebnisse

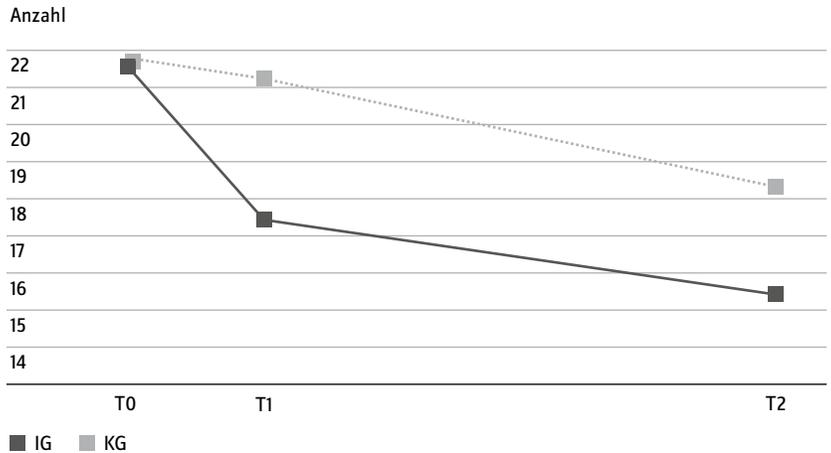


Abb. 20: Signifikante Interaktion „Depressive Symptome“

Die Veränderung von mehr als sechs Punkten in der Interventionsgruppe ist von hoher klinischer Relevanz. Besonders bedeutsam ist in diesem Endpunkt der Rückgang von Pflegenden, die eine deutliche depressive Symptomatik aufweisen (ADS-Wert ≥ 23) von 20 (38,5%) bei T0 auf 14 (26,9%) bei T1 und 8 (15,4%) bei T2. Die Anzahl der Teilnehmer mit einer deutlichen depressiven Symptomatik in der Kontrollgruppe fiel, wenn auch geringer, von 23 (46,9%) auf 21 (42,9%) bei T1 und 14 (28,6%) bei T2.

Da keine Vergleichswerte einer zweiten Kontrollgruppe ohne jegliche Zuwendung vorliegen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch für die Kontrollgruppe ein relevanter positiver Effekt erzielt wurde.

„Mir hat geholfen, dass wir meine Fragen und Probleme besprochen haben und ich dabei immer ernst genommen wurde. Ich würde sogar sagen, dass dadurch mein Selbstbewusstsein gestärkt wurde“ (Pfleger Ehemann, 66 Jahre).

Pflegekompetenz

	Gruppe	Mittelwert	Standard- abweichung	N
FKpA T0	KG	92,57	16,72	49
	IG	92,08	16,62	52
	Gesamt	92,32	16,59	101
FKpA T1	KG	93,14	18,04	49
	IG	96,15	16,18	52
	Gesamt	94,69	17,09	101
FKpA T2	KG	95,90	18,26	49
	IG	97,38	16,23	52
	Gesamt	96,66	17,18	101

Tab. 22: Mittelwerte des Fragebogens zur FKpA über die drei Messzeitpunkte

In der dreimonatigen Hauptinterventionszeit verbesserte sich die Interventionsgruppe im Trend mehr als die Kontrollgruppe ($p = .084$). Hierbei scheint es aber, wie in der später folgenden Subgruppenanalyse beschrieben, Altersunterschiede zu geben. Dieser Trend ist über die zwölf Monate nicht stabil, da sich die Kontrollgruppe ebenfalls verbessert. Über alle pflegenden Angehörigen gab es hinsichtlich der Pflegekompetenz eine hoch signifikante Verbesserung über die Zeit.

Bei Betrachtung des FKpA hinsichtlich seiner drei Unterskalen ergibt sich folgendes Bild: In der Hauptinterventionszeit verbessert sich die Interventionsgruppe signifikant ($F = 4,133$; $p = .045$) in der Unterskala 2 („Zufriedenheit mit der eigenen Leistung als Pfleger“) und im Trend ($F = 2,853$; $p = .094$) in der Unterskala 3 („Belastende Auswirkungen der Pflege auf das persönliche Leben des Pflegenden“). In der Unterskala 1 („Zufriedenheit mit dem Betroffenen als Pflegeempfänger“) gab es dagegen keine signifikanten Effekte oder Trends. Im Zwölf-Monats-Zeitraum gibt es für die Gesamtgruppe der Studienteilnehmer eine hochsignifikante Verbesserung in der Gesamtskala ($F = 7,542$; $P = .001$). Dies zeigt sich in einer deutlichen Verbesserung aller in Unterskala 3 („Belastende Auswirkungen der Pflege auf das persönliche Leben des Pflegenden“; $F = 19,735$; $p < .000$)

und in einem Trend ($F = 2,544$; $p = .085$) in Unterskala 2 („Zufriedenheit mit der eigenen Leistung als Pflegender“).

Pflegebelastung

	Gruppe	Mittelwert	Standard- abweichung	N
CSI zu T0	KG	8,22	2,14	49
	IG	8,73	2,42	52
	Gesamt	8,49	2,29	101
CSI zu T1	KG	8,27	2,65	49
	IG	8,19	2,822	52
	Gesamt	8,23	2,727	101
CSI zu T2	KG	7,82	3,053	49
	IG	7,63	2,877	52
	Gesamt	7,72	2,950	101

Tab. 23: Mittelwerte des CSI (Pflegebelastung) über die drei Messzeitpunkte

In dem als wenig änderungssensitiv geltenden Caregiver Strain Index sowie der mittels visueller Analogskala gemessenen subjektiven Pflegebelastung ergibt sich eine signifikante Verbesserung über die Zeit (drei und zwölf Monate) in der gesamten Gruppe ($p = .004$ bzw. $p < .000$). Es gibt diesbezüglich jedoch keine signifikanten spezifischen Vorteile der Interventionsgruppe.

	Gruppe	Mittelwert	Standard- abweichung	N
Selbsteinschätzung der Pflegebelastung zu T0	KG	72,16	18,65	49
	IG	72,23	16,14	52
	Gesamt	72,20	17,31	101
Selbsteinschätzung der Pflegebelastung zu T1	KG	67,41	20,39	49
	IG	63,44	18,24	52
	Gesamt	65,37	19,32	101
Selbsteinschätzung der Pflegebelastung zu T2	KG	63,05	21,86	49
	IG	60,62	20,46	52
	Gesamt	61,80	21,08	101

Tab. 24: Mittelwerte der subjektiven Pflegebelastung über die drei Messzeitpunkte

Soziale Problemlösefähigkeiten

Die Durchführung des „Social Problem Solving Inventory-Revised (SPSI-R:S)“ wurde insbesondere von den älteren Teilnehmern aufgrund der sperrigen deutschen Übersetzung häufig als zu schwierig eingestuft.

Die mit der Kurzversion des SPSI-R:S erhobenen sozialen Problemlösefähigkeiten bleiben in beiden Gruppen relativ konstant über die Zeit. Beim Blick auf die Subskalen zeigt sich lediglich in der Subskala „Impulsivität“ ein Zeiteffekt ($F = 4,441$; $p = .013$) dergestalt, dass sich die Mittelwerte zu T1 zunächst verschlechtern, um sich zu T2 auf einem niedrigeren Niveau als zu T0 einzufinden.

Eine mögliche Erklärung ist, dass das Einstiegsniveau mit einem Mittelwert von 13,1 vergleichsweise hoch liegt und somit nur wenig Verbesserungspotenzial gegeben war. Lediglich neun von 101 Angehörigen hatten zu T0 einen unterdurchschnittlichen Wert.

Wie schon bei der Pflegekompetenz scheinen hinsichtlich einer Verbesserung der Problemlösefähigkeiten jüngere Studienteilnehmer mehr von der Intervention zu profitieren als ältere Studienteilnehmer. Näheres hierzu in der später folgenden Subgruppen-Analyse.

Ergebnisse

	Gruppe	Mittelwert	Standard- abweichung	N
SPSI-R:S zu T0	KG	13,22	2,58	49
	IG	13,05	1,94	52
	Gesamt	13,13	2,26	101
SPSI-R:S zu T1	KG	12,73	2,48	49
	IG	13,05	2,54	52
	Gesamt	12,89	2,50	101
SPSI-R:S zu T2	KG	13,26	3,18	49
	IG	13,18	2,34	52
	Gesamt	13,22	2,76	101

Tab. 25: Soziale Problemlösefähigkeiten über die drei Messzeitpunkte

Nebenendpunkte**Subjektive Körperbeschwerden**

	Gruppe	Mittelwert	Standard- abweichung	N
GBB_T0	KG	20,90	13,15	49
	IG	23,06	13,56	52
	Gesamt	22,01	13,34	101
GBB_T1	KG	24,88	13,63	49
	IG	22,60	16,10	52
	Gesamt	23,70	14,92	101
GBB_T2	KG	23,57	13,42	49
	IG	20,75	13,97	52
	Gesamt	22,12	13,71	101

Tab. 26: Mittelwerte des Gießener Beschwerdebogens (GBB24)

Hinsichtlich der subjektiven Gesundheitsbeschwerden gibt es keine Verbesserung über die Gesamtgruppe. Die Interventionsgruppe schneidet aber sowohl im Drei-Monats- ($F = 5,864$; $p = .017$) als auch im Zwölf-Monats-Zeitraum ($F = 3,923$; $p = .021$) signifikant besser ab als die Kontrollgruppe, die sich im Untersuchungszeitraum hinsichtlich der berichteten Gesundheitsbeschwerden verschlechtert.

Ein Blick auf die Subskalen des GBB-24 zeigt, dass die Interaktion hauptsächlich auf Veränderungen in den Unterskalen „Erschöpfung“ und „Herzbeschwerden“ zurückgeführt werden kann.

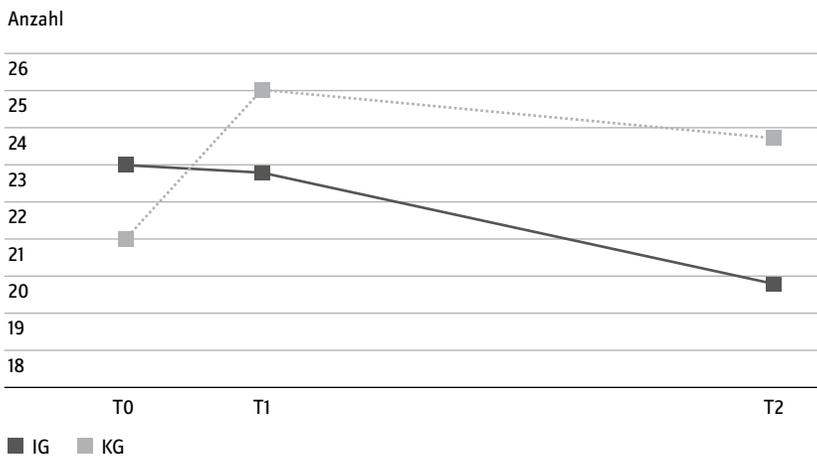


Abb. 21: Signifikante Interaktion „Subjektive Gesundheitsbeschwerden“

Soziale Aktivität

Die Mittelwerte der Gruppen zu den drei Messzeitpunkten zeigen, dass die Angehörigen in der Interventionsgruppe zunächst einen deutlichen Anstieg in der Zufriedenheit mit ihren sozialen Aktivitäten haben und dieser dann bis zum Ende der Intervention konstant bleibt. In der Kontrollgruppe kommt es erst zwischen T1 und T2 zu einem Anstieg der Zufriedenheit.

Ergebnisse

	Gruppe	Mittelwert	Standard- abweichung	N
SozAkt_T0	KG	5,33	3,59	49
	IG	4,79	3,29	52
	Gesamt	5,05	3,43	101
SozAkt_T1	KG	4,69	3,86	49
	IG	6,21	3,42	52
	Gesamt	5,48	3,70	101
SozAkt_T2	KG	5,86	4,17	49
	IG	6,23	3,25	52
	Gesamt	6,05	3,71	101

Tab. 27: Mittelwerte des LTS über die drei Messzeitpunkte

Hinsichtlich der sozialen Aktivität zeigen sich eine signifikante Verbesserung über die zwölf Monate ($F = 4,701$; $p = .010$) und ein signifikanter Effekt aufgrund der Gruppenzugehörigkeit ($F = 5,059$; $p = .007$).

Soziale Unterstützung

	Gruppe	Mittelwert	Standard- abweichung	N
FSozU T0	KG	34,98	11,40	49
	IG	36,36	11,04	50
	Gesamt	35,68	11,18	99
FSozU T2	KG	35,08	11,95	49
	IG	36,44	12,84	50
	Gesamt	35,77	12,37	99

Tab. 28: Mittelwerte des FSozU über die drei Messzeitpunkte

Die soziale Unterstützung, die die pflegenden Angehörigen erfahren, wurde zu T0 und T2 erhoben. Über diesen Zeitraum zeigen sich in beiden Gruppen praktisch keine Veränderungen.

Lebensqualität

Die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen wurde über den Lebensqualitätsindex-Score (LQI) aus dem EQ-5D erhoben. Die Veränderungen in Form einer leichten Verbesserung der Angehörigen in der Interventionsgruppe und einer leichten Verschlechterung der Kontrollgruppe über die Zeit sind nicht signifikant.

	Gruppe	Mittelwert	Standard-abweichung	N
EQ-5D-LQI T0	KG	,824	,201	48
	IG	,827	,203	51
	Gesamt	,825	,201	99
EQ-5D-LQI T1	KG	,786	,237	48
	IG	,837	,217	51
	Gesamt	,812	,227	99
EQ-5D-LQI T2	KG	,805	,230	48
	IG	,866	,176	51
	Gesamt	,836	,205	99

Tab. 29: Mittelwerte des EQ-5D über die drei Messzeitpunkte

Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter

In der folgenden Subgruppen-Analyse werden die Effekte nochmals im Hinblick auf jüngere bzw. ältere pflegende Angehörige betrachtet. Hierzu wurden die Studienteilnehmer in zwei Gruppen mittels Mediansplit (67 Jahre) geteilt.

In Tabelle 30 sind Effekt-Stärken η^2 (Eta-Quadrat) nach Cohen eingetragen. Effektstärken geben die relative Größe einer Wirkung an und können so die praktische Relevanz einer Veränderung verdeutlichen. Die Effektstärken sind wie folgt zu interpretieren:

Ergebnisse

- .01 - kleiner Effekt
- .06 - mittlerer Effekt
- .14 - großer Effekt

Die dargestellten Effekte geben einen Hinweis darauf, dass jüngere pflegende Angehörige anders von dem Training profitieren als ältere. Bei Letzteren werden Änderungen bei den depressiven Symptomen und bei den wahrgenommenen subjektiven Gesundheitsbeschwerden erzielt. Erstere profitieren dagegen eher bezüglich ihrer Zufriedenheit mit ihren Leistungen als Pflegende, der Pflegebelastung sowie einer insgesamt weniger negativen Problemorientierung. Die jüngere Gruppe scheint also im Sinne des postulierten Stressmodells von der Intervention zu profitieren. Bei der älteren Gruppe lässt sich spekulieren, dass die geringeren depressiven Symptome eher Folge einer Reduktion von Stressoren sowie einer kontinuierlichen empathischen und unterstützenden Zuwendung sind. Obgleich die Älteren von der Intervention im Hinblick auf ihre psychische Befindlichkeit profitieren, scheint ein Aufbau neuer Kompetenzen bei dieser Gruppe in einem viel geringeren Maß gelungen zu sein.

Im Hinblick auf soziale Aktivitäten verbesserten sich beide Altersgruppen gleichermaßen.

Für die Ausgestaltung einer differentiellen und maßgeschneiderten Pflegeberatung ist dies sicherlich ein hochinteressantes Ergebnis, das aber noch mit einer größeren Stichprobe und entsprechender statistischen Power für die Subgruppenanalyse repliziert werden sollte.

Instrument	N = 25/23		24/29	
	< 67 Jahre		≥ 67 Jahre	
	Zeit*Gruppe		Zeit*Gruppe	
	3 Mo.	12 Mo.	3 Mo.	12 Mo.
Depressive Symptome (ADS)	,044	,024	,123*	,074*
Pflegekompetenz (FKpA)	,116*	,052+	,001	,005
Skala 1: Zufriedenheit mit dem Betroffenen als Pflegeempfänger	,026	,013	,001	,009
Skala 2: Zufriedenheit mit der eigenen Leistung als Pflegender	,162**	,079*	,000	,002
Skala 3: Auswirkungen der Pflege auf das persönliche Leben des Pflegenden	,068+	,061+	,007	,003
Pflegebelastung (VAS)	,032	,040	,005	,002
Pflegebelastung (CSI)	,118*	,074*	,009	,005
Subjekt. Körperbeschwerden (GBB-24)	,065+	,033	,051	,076*
Soziales Problemlösen (SPSI-R:S)	,099*	,040	,009	,004
Skala 1: Positive Problemorientierung	,058	,031	,004	,003
Skala 2: Negative Problemorientierung	,109*	,053+	,012	,015
Skala 3: Rationales Problemlösen	,026	,013	,002	,001
Skala 4: Impulsivität	,001	,001	,001	,001
Skala 5: Vermeidung	,009	,012	,031	,022
Soziale Aktivitäten	,094*	,052+	,093*	,057+

p < 0,10 (+); P < 0,05 (*); p < 0,01 (**)

Tab. 30: Effektstärken nach Altersgruppen

5. Zusammenfassung

Die „Telefongestützte Intervention für Pflegenden Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen - TIPS-Studie“ richtete sich an Angehörige, die seit mindestens sechs Monaten in der häuslichen Umgebung pflegten. Neben anderen Einschlusskriterien mussten die Betroffenen zur Zeit des Index-Schlaganfalls mindestens 60 Jahre alt gewesen sein, und die Pflegenden mussten ein signifikantes Maß an subjektiver Pflegebelastung berichten.

In dem der Studie zugrunde gelegten Pflegebelastungsmodell wird den Problemlösefähigkeiten des pflegenden oder betreuenden Angehörigen eine wichtige Rolle im Umgang mit primären und sekundären Stressoren zugesprochen. Problemlösefähigkeiten werden in dem postulierten Modell als ein moderierender Faktor zwischen Stressoren und Gesundheit bzw. subjektivem Wohlbefinden gesehen. Von dieser Prämisse ausgehend wurde ein bereits international für verschiedene Zielgruppen im Bereich der häuslichen Pflege validierter Problemlöse-Ansatz, der ursprünglich aus der kognitiven Verhaltenstherapie stammt, aufgegriffen. Für das Eingangs-Assessment wurde ein Satz mit 40 Problemkarten entwickelt, der sich als ausgesprochen gut akzeptierte und effiziente Methode zur Erhebung relevanter Problembereiche bewährte. Im Rahmen der Intervention wurden diese Problembereiche adressiert und analysiert. In den nächsten Schritten wurden neue Ziele definiert, hilfreiche alternative Herangehensweisen überlegt, deren Umsetzung geplant und das entsprechende Umsetzungs-Resultat erneut besprochen. Durch die alltagsnahe Unterstützung der pflegenden Angehörigen im Umgang mit pflegebezogenen, aber auch sonstigen aktuellen kritischen Lebenssituationen sollten das gesamte Pflegearrangement gestärkt und das psychische Wohlbefinden der Pflegenden verbessert werden. Die Hauptinterventionsphase umfasste einen Hausbesuch und anschließende Telefonate in wöchentlichen bis 14-tägigen Abständen über einen Zeitraum von drei Monaten. Nach drei Monaten wurde ein zweiter Hausbesuch durchgeführt und die Frequenz in der neunmonatigen Follow-up-Phase auf ein Telefonat pro Monat verringert. Verglichen wurde das Abschneiden der Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe, die lediglich, wie die Interventionsgruppe zusätzlich auch, einen monatlichen Informationsbrief mit relevanten Themen, Tipps und Adressen in Bezug auf die Pflege eines Schlaganfall-Patienten erhielt.

Die per Randomisation zufällig auf die Interventions- bzw. Kontrollbedingung zugeteilten Pflegenden unterschieden sich bei Studienbeginn bis auf eine im Trend im Sinne einer „positiveren Problemorientierung“ der Teilnehmer in der Kontrollgruppe nicht. Die betreuten Schlaganfall-Patienten der Kontrollbedingung hatten jedoch weniger Aphasi-

en und kognitive Einschränkungen. Insgesamt kann das Ziel einer ausgewogenen Verteilung auf die Gruppen mit Abstrichen zugunsten der Kontrollbedingung dennoch als erreicht gewertet werden.

Im Rahmen der dreimonatigen Hauptinterventionszeit mit durchschnittlich sechs Telefonaten verbesserte sich die eingangs recht hohe depressive Symptomatik der Interventionsgruppe signifikant gegenüber der Kontrollgruppe (Zeit*Gruppen-Interaktionen; $F = 6,861$; $p = .010$). Hinsichtlich der empfundenen Pflegekompetenz hatte die Intervention einen signifikanten Effekt in der Dimension „Zufriedenheit mit der eigenen Leistung als Pflegender“ (Zeit*Gruppen-Interaktionen; $F = 4,133$; $p = .045$). Die sozialen Problemlösefähigkeiten verbesserten sich jedoch nur bei der jüngeren Hälfte (unter 67 Jahren) der Studienteilnehmer (Zeit*Gruppen-Interaktionen; $F = 6,014$; $p = .018$). Die Interventionsgruppe schnitt in den sekundären Endpunkten bezüglich der subjektiven Körperbeschwerden (Zeit*Gruppen-Interaktionen; $F = 5,864$; $p = .017$) und auch der sozialen Aktivitäten (Zeit*Gruppen-Interaktionen; $F = 9,790$; $P = .002$) signifikant besser ab als die Kontrollgruppe.

Inhaltlich zeigte sich, dass in der Hauptinterventionsphase v.a. an Belastungen wie Erschöpfung, der eigenen beeinträchtigten Gesundheit, Schlafstörungen, Gedankenkreisen sowie am Thema „Mein Angehöriger kann nicht allein gelassen werden“ erfolgreich gearbeitet wurde. Andere belastende Bereiche wie die geringe Hoffnung auf eine Verbesserung der Situation oder die Angst, den gepflegten oder betreuten Angehörigen zu verlieren, wurden im Rahmen des Problemlöseansatzes seltener aufgegriffen und nach drei Monaten weiterhin von vielen als sehr belastend empfunden. Dies kann als ein Hinweis interpretiert werden, dass mit dem Problemlöseansatz bereits mit wenigen Kontakten konkrete und wirkungsvolle Veränderungen erzielt werden konnten. Belastungsbereiche, die aber stärker Einstellungen und auch Verhaltensgewohnheiten betreffen, scheinen längerfristige Interventionen zu benötigen, die gerade für diese Zielgruppe eventuell auch emotionsorientierte oder akzeptanzfördernde Elemente beinhalten sollten.

In den der Hauptinterventionsphase folgenden neun Monaten wurden durchschnittlich sieben weitere Telefonate geführt. Die Interventionsgruppe schnitt auch über den zwölfmonatigen Gesamtzeitraum in der als Hauptendpunkt gemessenen „depressiven Symptomatik“ signifikant besser ab als die Kontrollgruppe (Zeit*Gruppen-Interaktionen; $F = 3,606$; $p = .034$). Weiterhin schnitt die Interventionsgruppe auch besser bezüglich

der subjektiv empfundenen Körperbeschwerden (Zeit*Gruppen-Interaktionen; $F = 3,923$; $p = .021$) und ihrer sozialen Aktivitäten (Zeit*Gruppen-Interaktionen; $F = 5,059$; $p = .007$) ab. In signifikanter Weise profitierte aber nur die jüngere Hälfte der Studienteilnehmer (unter 67 Jahren) gegenüber der Kontrollgruppe im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der eigenen Leistung als Pflegender (Zeit*Gruppen-Interaktionen; $F = 3,952$; $p = .028$), der Pflegebelastung (Zeit*Gruppen-Interaktionen; $F = 3,656$; $p = .030$) sowie einer weniger negativen Problemorientierung (Zeit*Gruppen-Interaktionen; $F = 2,570$; $p = .082$).

Die Intervention, die durchschnittlich rund zwölf Stunden direkte Beratung umfasste, kann somit als äußerst erfolgreich im Hinblick auf eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit der pflegenden Angehörigen interpretiert werden. Die vorgestellten Daten geben einen Hinweis, dass jüngere pflegende Angehörige anders von der Intervention profitierten als ältere. Während sich die Intervention bei den Älteren insbesondere auf das psychische Wohlbefinden und eine Stabilisierung der subjektiv berichteten Körperbeschwerden positiv auswirkte, verbesserten sich bei den Jüngeren v. a. die subjektive Pflegebelastung und die negative Problemorientierung. Dies kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass die Jüngeren im Sinne des eingangs formulierten Modells über die Intervention neue Kompetenzen im Sinne von Coping-Fähigkeiten aufbauen konnten. Bezüglich sozialer Aktivitäten profitierten alle Teilnehmer der Interventionsgruppe gleichermaßen, und zwar insbesondere in der dreimonatigen Hauptinterventionsphase.

Auf die gepflegten oder betreuten Schlaganfall-Betroffenen, die im Rahmen der Intervention nicht direkt angesprochen wurden, hatte der angewandte Problemlöseansatz weder eine signifikante positive noch eine signifikante negative Auswirkung.

Alle drei Umzüge ins Pflegeheim während der Interventionsphase waren Personen aus der Kontrollgruppe.

Einzelne, nicht systematisch erfasste Rückmeldungen pflegender Angehöriger aus der Kontrollgruppe geben Hinweise auf eine mögliche, ebenfalls positive Wirkung der Studienteilnahme auf ihr Wohlbefinden. Häufiger genannt wurden z. B. die sinnvollen Hinweise in den monatlichen Informationsbriefen, das Gefühl, als pflegender Angehöriger einmal im Mittelpunkt gestanden zu haben, und die Hoffnung, durch die Teilnahme Zugang zu anderen Angeboten des Robert-Bosch-Krankenhauses zu bekommen.

Eine Beurteilung der gesundheitsökonomischen Betrachtung kann 2013 nach Abschluss der zweijährigen Nachuntersuchungen vorgenommen werden.

Die überwiegend telefonische Form der Intervention wurde von den Angehörigen sehr positiv aufgenommen und bot auch vonseiten des Studienteams viele Vorteile im Hinblick auf Ökonomie und Flexibilität. Die Zweiteilung der Intervention in eine höherfrequente Haupt- und eine niederfrequente zweite Phase hat sich ebenfalls bewährt. Die im Studiendesign geplanten Anrufe können dabei eher als oberer Rahmen gesehen werden. Der zweite Hausbesuch nach drei Monaten schien aus Sicht der Beratenden in allen Fällen nicht unbedingt nötig. Einige wenige Teilnehmer wünschten sich dagegen noch einen oder zwei weitere Hausbesuche. Insgesamt wurden durchschnittlich gut zwölf Stunden an direkter Beratungszeit aufgewandt. Das gegenseitige persönliche Kennenlernen im Rahmen des initialen Hausbesuchs sowie die konstante Zuordnung eines Therapeuten wurden von den Angehörigen dagegen als sehr hilfreich empfunden. Zum Projektende wurde von vielen Teilnehmern der Interventionsgruppe der Wunsch geäußert, dass es schön wäre, wenn sie im Falle von Schwierigkeiten wieder anrufen könnten.

Aus der Versorgungsperspektive betrachtet, hat sich gezeigt, dass eine Intervention dieser Art letztlich auf eine in der Versorgungsstruktur verankerte Identifikation und Ansprache von pflegenden Angehörigen mit hoher subjektiver Pflegebelastung und/oder schlechtem psychischen Wohlbefinden angewiesen ist. Die im Rahmen der Studie überwiegend durchgeführte Rekrutierung über (veraltete) Patientendaten zweier Kliniken wies positiv betrachtet zwar keinen Selektionsbias auf, ist aber für Praxisbedingungen zu aufwendig. Im Folgenden werden Überlegungen zu einem möglichen Praxistransfer angestellt.

„Die Gespräche haben mir geholfen, dass ich mich nicht mehr für alles verantwortlich fühle und Dinge auch mal laufen lassen kann (...) und dabei [k]ein so schlechtes Gewissen zu haben wie früher. (...) Aber es war schon ein Abgrund, zu erkennen, dass ich überhaupt nicht weiß, was ich in der gewonnenen freien Zeit eigentlich tun soll. Dass ich auch da erst einmal Druck abbauen muss. (...) Insgesamt kann ich die Zukunft jetzt leichter auf mich zukommen lassen“ (Pflegerin Angehörige, 59 Jahre).

6. Und wie kann es weitergehen? - Eine Translationsperspektive

Im Hinblick auf die Übertragbarkeit des untersuchten Problemlöseansatzes in Versorgungsstrukturen sollen abschließend einige Überlegungen angestellt werden. Diese orientieren sich an den folgenden vier Fragen:

- a) Ist das in der TIPS-Studie untersuchte Vorgehen auch für Angehörige, die Pflegebedürftige mit anderen chronischen Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder Behinderungen betreuen, geeignet?
- b) Welche Rolle kann ein solches Angebot im Rahmen bisheriger Leistungen spielen?
- c) Wie ist die Kosten-Nutzen Bilanz?
- d) Welche Weiterentwicklungen sind denkbar?

a) Die in der TIPS-Studie gewählte Intervention basiert auf einem Ansatz zur Förderung und Unterstützung von sozialen Problemlösefertigkeiten. Dieser wurde sowohl in psychotherapeutischen Kontexten mit Klienten verschiedener Störungsbilder als auch mit anderen nicht klinischen Zielgruppen erfolgreich durchgeführt (Chang EC et al. 2004). Im Bereich häuslicher Pflege kamen Problemlöseansätze für pflegende Angehörige von Personen mit Demenz (Gitlin et al. 2003), Rückenmarksverletzung (Elliott et al. 2008), Schädel-Hirn-Trauma (Sander et al. 2009), schweren Behinderungen (Elliott et al. 2009), Psychose (Kuipers et al. 2010), Krebs (Caress et al. 2009), Erblindung (Bambara et al. 2009), nach Stammzellentransplantation (Bevans et al. 2010), nach Schlaganfall (Grant et al. 2002) sowie in der Sterbebegleitung (Demiris et al. 2010) zur Anwendung. Die Datenlage für diese unterschiedlichen Zielgruppen unterstreicht die prinzipielle Eignung des untersuchten Problemlöseansatzes für Pflegende mit unterschiedlichsten Herausforderungen der Betreuung. Unklar ist bislang, welche pflegenden Angehörigen von einem solchen Ansatz besonders profitieren. Hierzu stehen aussagekräftige (Meta-)Analysen noch aus.

Die im Rahmen der TIPS-Studie erhobenen Daten geben einen möglichen Hinweis darauf, dass insbesondere jüngere Pflegende (die unter 67-Jährigen in der TIPS-Studie) durch die Intervention eine weniger negative Problemorientierung und eine subjektiv besser empfundene Pflegekompetenz erlangen - in dem Sinne, dass mit der Intervention tatsächlich eine im Rahmen des Stressmodells formulierte und angestrebte Verbesserung der Coping-Fähigkeiten erzielt werden konnte. Bei den älteren Teilnehmern ist das Ergebnis diesbezüglich eher inkonsistent. Sie profitieren am deutlichsten in Bezug auf depressive Symptome sowie subjektive Körperbeschwerden. Eine Verbesserung

der Problemlösefertigkeiten konnte bei ihnen jedoch nicht gemessen werden. Das bedeutet, dass für diese (ältere) Teilgruppe mit einem Transfer von neu erlernten Fertigkeiten auf künftige Situationen eher nicht zu rechnen und eine eher längerfristige, niederfrequente Betreuung sinnvoll ist.

Und wie kann es weitergehen? –
Eine Translationsperspektive

- b) Der in der TIPS-Studie untersuchte Ansatz kann, wie in Abbildung 22 dargestellt, sowohl als klinisch-therapeutisches Angebot als auch als spezielles, psychologisch fundiertes Beratungsangebot betrachtet werden:

Und wie kann es weitergehen? – Eine Translationsperspektive

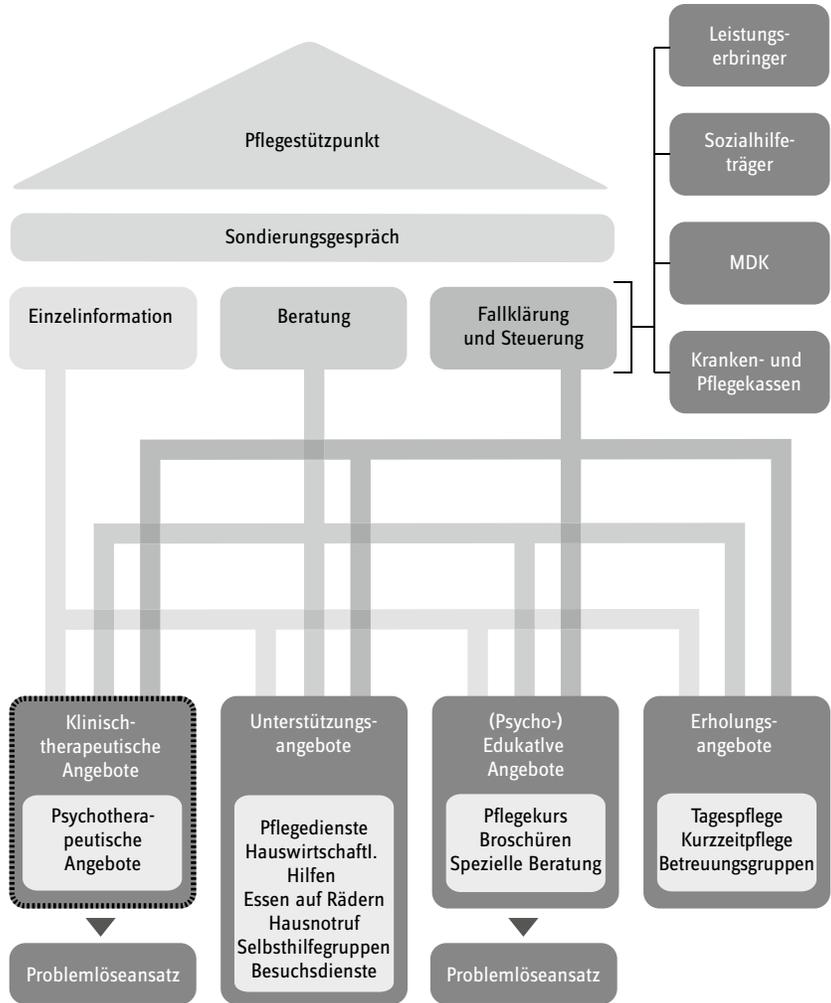


Abb. 22: Zwei Varianten der Translation der Ergebnisse der TIPS-Studie

(I) Der Problemlöseansatz wird entweder als spezielle Technik von Pflegeberatern mit sozialarbeiterischem oder von solchen mit pflegerischem Hintergrund im Rahmen einer speziellen Pflegeberatung genutzt. In den oben beschriebenen internationalen Untersuchungen wurden die sogenannten Problemlöseinterventionen teilweise von

Sozialarbeitern oder von Pflegefachkräften durchgeführt. Hierbei ist sicherlich zu beachten, dass die Pflegeberufe in diesen Ländern überwiegend auf eine akademische Qualifizierung zurückgreifen können. Im deutschen Kontext könnte die Anwendung eines solchen Ansatzes z. B. mittels einer Zusatzschulung inklusive einer bestimmten Anzahl an Fallsupervisionen erfolgen. Auch erscheint es sinnvoll, dieses Vorgehen stärker auf direkt pflegeassoziierte Belastungen zu fokussieren. Ein solches Vorgehen, das Erkenntnisse der Psychologie als Bezugswissenschaft nutzt, kann als sinnvoller Schritt zur Verbesserung der Beratungsqualität betrachtet werden.

Und wie kann es weitergehen? – Eine Translationsperspektive

Eine qualifizierte, psychologisch fundierte Beratung scheint vor dem Hintergrund, dass eine reine Information über mögliche Entlastungsangebote häufig nicht ausreichend und eine gute Motivation zur Inanspruchnahme externer Hilfen unabdingbar ist, besonders bedeutsam. Die Notwendigkeit eines Motivationsaufbaus konnte sowohl für die Nutzung für Betreuungsgruppen (Gräbel et al. 2010b) als auch für die Inanspruchnahme von ehrenamtlichen Betreuungsdiensten (Gräbel et al. 2010a) und geronto-psychiatrischen Tageskliniken gezeigt werden (Donath et al. 2009).

Die Projektnehmer des Robert-Bosch-Krankenhauses und der Universität Tübingen möchten zusammen mit der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege der Hochschule Esslingen ein entsprechendes Vorhaben umsetzen. Hierfür sollte in Kooperation mit lokalen Pflegestützpunkten ein Schulungskonzept für die in Pflegeberatung tätigen Sozialarbeiter und Gesundheitspfleger entwickelt und evaluiert werden.

(II) Der gewählte Problemlöseansatz könnte, wie von Nezu/Nezu (2010) beschrieben, mit einer stärker therapeutischen Ausrichtung unter Einbeziehung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Strategien und Techniken angeboten werden. Mit dieser Ausrichtung könnten neben Folgen im Zusammenhang mit der Pflege auch Lebensereignisse oder Umstände, die ursächlich unmittelbar nichts mit der Pflege zu tun haben, diese aber dennoch stark beeinflussen, alltagsnah bearbeitet werden (Beispiele im Rahmen der TIPS-Studie waren der Tod zweier eigener Kinder, der Drogenmissbrauch eines Kindes und Partnerschaftskonflikte neben oder auch wegen der Pflege der eigenen Eltern). Die Zielgruppe für ein solches Angebot wären insbesondere stark be- oder überlastete pflegende Angehörige mit einem Unterstützungsbedarf, der v. a. auf die psychische Bewältigung der aktuellen Lebenssituation, das Erlernen neuer hilfreicher kognitiver und

Und wie kann es weitergehen? – Eine Translationsperspektive

verhaltensbasierter Strategien sowie den Aufbau einer Motivation für solche Veränderungsschritte abzielt.

Ein solches überwiegend telefonbasiertes Angebot, wie es in der TIPS, aber auch in der vom BMG geförderten Tele.TAnDem-Studie („Leuchtturmprojekt Demenz“) zur Anwendung kam, müsste als Beratungsangebot deutlich niederschwelliger angeboten werden als die Inanspruchnahme eines niedergelassenen Psychotherapeuten, die mit einer Reihe von entscheidenden Barrieren verbunden sein kann: Finden eines Psychotherapeuten, lange Wartezeiten, großer Aufwand durch die Organisation einer „Ersatzperson“, die den pflegebedürftigen Angehörigen während der Therapietermine betreut, notwendige psychiatrische Diagnose zur Abrechnung der Leistungen, Inanspruchnahme eines Psychotherapeuten als Symbol des eigenen Scheiterns. Neben der Möglichkeit telefonischer Kontakte sollte auch die jeweilige Beratungsdauer den aktuellen Notwendigkeiten angepasst werden können. Die TIPS-Studie hat gezeigt, dass sehr häufig Zeiteinheiten unter 45 Minuten ausreichend sind.

Da es in Deutschland im Gegensatz z. B. zu Österreich oder Großbritannien kein eigenständiges Berufsbild des Gesundheitspsychologen gibt, müsste zunächst eine entsprechende Fortbildungs- bzw. Qualifikationsrichtlinie festgelegt werden. Es müsste überprüft werden, inwieweit die in Deutschland durch den Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen angebotene Fortbildung „Gesundheitspsychologie“ ausreichend ist oder gegebenenfalls durch entsprechende supervidierte Praxis erweitert werden müsste.

Denkbar wäre auch die Beratung durch psychologische Psychotherapeuten. Inwieweit ein solches Betätigungsfeld für diese Berufsgruppe derzeit attraktiv ist, ist jedoch unklar.

- c) Zur Kosten-Nutzen Bilanz können zurzeit noch keine Aussagen gemacht werden. Entsprechende gesundheitsökonomische Daten werden noch bis Herbst 2012 gesammelt. Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen für Evaluationen dieser Art sind aber maximal Trends zu erwarten.
- d) Insbesondere für jüngere pflegende Angehörige sind internetbasierte Formen eines Problemlösetrainings denkbar (Carey et al. 2008). Hierfür liegen dem Studententeam be-

reits verschiedene Anfragen von Gesundheitsdienstleistern vor. Inwieweit eine lokale Vernetzung solcher Angebote in naher Zukunft gelingen wird, bleibt abzuwarten.

Eine weitere künftige Zielgruppe werden pflegende Migranten sein. So wird der Anteil der 60-Jährigen und Älteren in Bezug auf die Gesamtzahl der Ausländer von 5,8% (1994) auf hochgerechnet 24,1% im Jahr 2030 ansteigen (Deutscher Bundestag Sechster Familienbericht 2000). Angesichts einer durchschnittlich schlechteren Gesundheitssituation von ehemaligen Gastarbeitern gegenüber der deutschen Bevölkerung (Mohammadzadeh/Tempel 2005) ist in Zukunft mit einer deutlichen Zunahme der Pflegebedürftigkeit in dieser Bevölkerungsgruppe zu rechnen (Schopf/Naegele 2005). Die größte Gruppe, die derzeit zwar noch einen vergleichsweise geringen Anteil Älterer aufweist, sind die etwa 2,5 Millionen türkischen Migranten (Rühl 2009). In Deutschland gibt es bislang kaum wissenschaftliche Untersuchungen zur subjektiven Belastung pflegender türkischer Angehöriger (Ulusoy/Gräbel 2010). Im Hinblick auf entsprechend zielgruppenspezifische Handlungs- und Versorgungskonzepte besteht künftig noch großer Handlungsbedarf (Kücük 2008; Kücük 2010). Für diese neuen Zielgruppen müssen bestehende Ansätze auf ihre Wirksamkeit überprüft werden, da von einheitlichen Wirkmechanismen nicht auszugehen ist (Hilgeman et al. 2009).

Im Rahmen einer psychologischen Diplomarbeit wird ab dem Frühjahr 2010 eine Pilotstudie zur Pflegebelastung von pflegenden Angehörigen mit türkischem Migrationshintergrund durchgeführt. Hierbei wird auch die Anwendbarkeit einer türkischen Version des in der TIPS-Studie entwickelten Assessments mittels Belastungskarten überprüft.

„Anfangs dachte ich, das [Unterstützungsangebot] wird mir nichts bringen. Von ‚Psychokram‘ habe ich nie viel gehalten. (...) Die Gespräche haben mir aber geholfen, dass ich nicht mehr wegschau und die Probleme angehe. Das hat letztlich mein Leben völlig positiv verändert“ (Pflegender Angehöriger, 51 Jahre).

Und wie kann es weitergehen? – Eine Translationsperspektive



7. Wissenschaftliche Beiträge

Das TIPS-Projekt wurde bislang bei folgenden nationalen und internationalen Tagungen der Fachöffentlichkeit vorgestellt:

- Beische, D./Pfeiffer, K./Lindemann, B./Heyl, R./Becker, C./Hautzinger, M.: Durch Kartenlegen zur Problemerkfassung – ein diagnostischer Ansatz für pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen (Poster). 5. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Tübingen, 18.05.2007).
- Lindemann, B./Pfeiffer, K./Beische, D./Heyl, R./König, H. H./Hautzinger, M./Becker, C.: A telephone-based psychotherapeutic intervention for chronic stroke caregivers in Germany – Description of study design (Poster presentation). VI European Congress of the International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) (St. Petersburg, Russia, 05.-08.07.2007). Abstract in: *Advances in Gerontology* 2007; 20 (3) 269.
- Pfeiffer, K./Beische, D./Becker, C./Heyl, R./Lindemann, B./Hautzinger M.: Starting problem solving with sorting cards – a diagnostic approach for family caregivers in chronic stroke care. 5th World Conference of Behavioural and Cognitive Therapies (Barcelona, Spain, 13.07.2007).
- Pfeiffer, K./Beische, D./Lindemann, B./Hoffrichter, R./Becker, C./Hautzinger, M.: Starting Problem Solving with Sorting Cards – a Diagnostic Approach for Family Caregivers in Chronic Stroke Care. Annual Meeting Gerontological Society of America (Washington, USA, 24.11.2008).
- Beische, D./Hautzinger, M./Becker, C./Heyl, R./Lindemann, B./Pfeiffer, K.: Card-sorting as a diagnostic approach and an evaluation tool for caregiver interventions in chronic stroke care. XXIX International Congress of Psychology. (Berlin, 20.-25.07.2008).
- Beische, D./Pfeiffer, K./Wengert, J./Hoffrichter, R./Becker, C./Hautzinger, M.: Starting Problem Solving With Sorting Cards – A Diagnostic Approach For Family Caregivers In Chronic Stroke Care (Posterpräsentation). 19. World Congress of Gerontology and Geriatrics (Paris, 5.-9.07. 2009).
- Pfeiffer, K./Beische, D./Hoffrichter, R./Wengert, J./Becker, C./Hautzinger, M.: Belastung der Angehörigen aus Sicht einer psychosozialen Telefonberatung – Erste Ergebnisse der TIPS-Studie. 4. Nachsorgekongress der Arbeitsgemeinschaft Teilhabe, Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung (Bonn, 11.03.2010).
- Beische, D./Pfeiffer, K./Hoffrichter, R./Wengert, J./Becker, C./Hautzinger, M.: Telefonisches Problemlösetraining für pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen (TIPS-Studie). 28. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) (Mainz, 13.-15. Mai 2010).

- Pfeiffer, K./Beische, D./Hoffrichter, R./Wengert, J./Becker, C./Hautzinger, M.: What Problems are Addressed in Problem Solving Therapies (PST) by Family Caregivers and Their Therapists? World Conference of Behavioral and Cognitive Therapies (Boston, 2.-5. Juni 2010).
- Pfeiffer, K./Beische, D./Hoffrichter, R./Wengert, J./Becker, C./Hautzinger, M.: Problem-Solving Therapy for Family Caregivers of Stroke Survivors. American Psychological Association (San Diego 12.-15. August 2010).
- Beische, D./Pfeiffer, K./Hoffrichter, R./Wengert, J./Becker, C./Hautzinger, M.: Telefonisches Problemlösetraining für pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen (TIPS-Studie) - Ergebnisse der ersten drei Monate. Jahreskongress der DGG, Potsdam 2010. (2. Preis der Postersession der DGG/ÖGGG).
- Pfeiffer, K./van Schayck, R./Beische, D./Hoffrichter, R./Wengert, J./Becker, C./Hautzinger, M.: Telefonisches Problemlösetraining für pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen (TIPS-Studie) - Inhalte und Ergebnisse der dreimonatigen Hauptinterventionsphase. Abstract in Neurol & Rehab (16) Nov 2010; 307-308. 21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (Bremen, 4.-6.11.2010).
- Pfeiffer, K./Beische, D./Hoffrichter, R./Wengert, J./Becker, C./Hautzinger, M. (2010): Belastung der Angehörigen aus Sicht einer psychosozialen Telefonberatung - Erste Ergebnisse der TIPS-Studie. In: Ebert, A./Fries, W./Ludwig, L. (Hrsg.): Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Neurorehabilitation stationär und dann ...? Hippocampus Verlag, Bad Honnef; S. 71-75.

Neben den Vorträgen wurde das TIPS-Projekt lokal und national in einer Reihe von Artikeln und Aktionen erwähnt oder vorgestellt (Stuttgarter Zeitung, Senioren Ratgeber, fünf plus eins, Stuttgarter Wochenblatt). Die Projektmitglieder engagierten sich ebenfalls an lokalen Telefonaktionen zur Beratung pflegender Angehöriger (Sonntag Aktuell), Veranstaltungsreihen („Damit wir nicht ALT aussehen“) und Netzwerken (Stuttgarter Netzwerk für pflegende Angehörige).

Die Ergebnisse der TIPS-Studie sollen in drei internationalen Publikationen veröffentlicht werden (Zusammenhänge bei Studienbeginn, Ergebnisse der Intervention, Problemkarten als diagnostisches Mittel); diese sind derzeit in Vorbereitung. Eine weitere Publikation zu den gesundheitsökonomischen Daten ist für 2013 geplant.

Wissenschaftliche
Beiträge

Im Projektzeitraum wurden vom Studienteam die folgenden drei Tagungen mit Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes organisiert:

- „New Approaches in Caregiver Research and Interventions“ (Stuttgart, 23.07.2007)
- „Ambulante Pflegeberatung inhaltlich gestalten - Chancen und Perspektiven“ (Berlin, 10.03.2009) zusammen mit dem iso-institut Saarbrücken
- „Telefonische Beratung von pflegenden Angehörigen - Abschlusstagung des TIPS Projekts“ (Berlin, 17.11.2010)

- Aneshensel, C./Pearlin, L./Mullan, J./Zarit, S./Whitlach, C. 1995. Profiles in Caregiving: The Unexpected Career. Academic Press, San Diego.
- Bambara, J. K./Owsley, C./Wadley, V./Martin, R./Porter, C./Dreer, L. E. 2009. Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment to caring for a relative with vision loss. *Invest Ophthalmol.Vis.Sci.*, 50, 1585-1592.
- Berger, K./Kolominsky-Rabas, P./Heuschmann, P./Keil, U. Die Häufigkeit des Schlaganfalls in Deutschland. Prävalenzen, Inzidenzen und ihre Datenquellen. *Dtsch.med. Wschr.* 125, 21-25. 2000. Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag.
- Bevans, M./Castro, K./Prince, P./Shelburne, N./Prachenko, O./Loscalzo, M./Soeken, K./Zabora, J. 2010. An individualized dyadic problem-solving education intervention for patients and family caregivers during allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a feasibility study. *Cancer Nurs.*, 33, E24-E32.
- Bonita, R./Beaglehole, R. 1988. Recovery of motor function after stroke. *Stroke*, 19, 1497-1500.
- Brahler, E./Schumacher, J./Brahler, C. 2000. [First all-Germany standardization of the brief form of the Gissen Complaints Questionnaire GBB-24]. *Psychother.Psychosom. Med.Psychol.*, 50, 14-21.
- Brereton, L./Carroll, C./Barnston, S. 2007. Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 21, 867-884.
- Brodaty, H./Green, A./Koschera, A. 2003. Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 657-664.
- Bundesministerium für Gesundheit und sozialen Sicherung. Broschüre A 500. Online. 2003.
- Cameron, J. I./Shin, J. L./Williams, D./Stewart, D. E. 2004. A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *J.Psychosom. Res.*, 57, 137-143.
- Caress, A. L./Chalmers, K./Luker, K. 2009. A narrative review of interventions to support family carers who provide physical care to family members with cancer. *Int.J.Nurs. Stud.*, 46, 1516-1527.
- Carey, J. C./Wade, S. L./Wolfe, C. R. 2008. Lessons learned: the effect of prior technology use on Web-based interventions. *Cyberpsychol.Behav.*, 11, 188-195.
- Chang, E. C./D'Zurilla, T. J./Sanna, L. 2004. Social problem solving: theory, research, and training. American Psychological Association, Washington, D. C.

- Christian, J. B./Lapane, K. L./Toppa, R. S. 2003. Racial disparities in receipt of secondary stroke prevention agents among US nursing home residents. *Stroke*, 34, 2693-2697.
- Chwalisz, K. 1996. The perceived stress model of caregiver burden: Evidence from the spouses of persons with brain injuries. *Rehabilitation Psychology*, 41, 91-114.
- Cohen, J. 1988. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*.
- Cohen, J. 1992. *A Power Primer*. *Psychol.Bull.*, 112, 155-159.
- D'Zurilla, T. J./Goldfried, M. R. 1971a. Problem solving and behavior modification. *J.Abnorm.Psychol.*, 78, 107-126.
- D'Zurilla, T. J./Goldfried, M. R. 1971b. Problem solving and behavior modification. *J.Abnorm.Psychol.*, 78, 107-126.
- D'Zurilla, T./Nezu, A. 1999. *Problem-solving therapy*. Springer, New York.
- Demiris, G./Oliver, D. P./Washington, K./Fruehling, L.T./Haggarty-Robbins, D./Doorenbos, A./Wechkin, H./Berry, D. 2010. A Problem Solving Intervention for hospice caregivers: a pilot study. *J.Palliat.Med.*, 13, 1005-1011.
- Dennis, M./O'Rourke, S./Slattery, J./Staniforth, T./Warlow, C. 1997. Evaluation of a stroke family care worker: results of a randomised controlled trial. *BMJ*, 1071.
- Deutscher Bundestag Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland Leistungen - Belastungen - Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung, Drucksache 14/4357. 2000.
- Donath, C./Bleich, S./Grassel, E. 2009. [Day hospitals-predictors for utilisation and quality expectations from the perspective of family caregivers of dementia patients]. *Psychiatr.Prax.*, 36, 175-181.
- Elliott, T./Shewchuk, R. 2000. Problem-solving therapy for family caregivers of persons with severe physical disabilities. In: *Cognitive-behavioral interventions for persons with disabilities* (ed C.Radnitz), pp. 309-327. Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Elliott, T. R./Berry, J. W./Grant, J. S. 2009. Problem-solving training for family caregivers of women with disabilities: a randomized clinical trial. *Behav.Res.Ther.*, 47, 548-558.
- Elliott, T. R./Brossart, D./Berry, J. W./Fine, P. R. 2008. Problem-solving training via videoconferencing for family caregivers of persons with spinal cord injuries: a randomized controlled trial. *Behav.Res.Ther.*, 46, 1220-1229.
- Forster, A./Smith, J./Young, J./Knapp, P./House, A./Wright, J. 2001. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, CD001919.

- Fydrich, T./Sommer, G./Brähler, E. 2004. F-SozU - Fragebogen zur sozialen Unterstützung (FSozU). In: Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (eds E.Brähler et al.), pp. 150-153. Hogrefe, Göttingen.
- Gitlin, L. N./Winter, L./Corcoran, M./Dennis, M. P./Schinfeld, S./Hauck, W. W. 2003. Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver-care recipient dyad: 6-month outcomes from the Philadelphia REACH Initiative. *The Gerontologist*, 43, 532-546.
- Grant, J. S. 1999. Social problem-solving partnerships with family caregivers. *Rehabil. Nurs.*, 24, 254-260.
- Grant, J. S./Elliott, T. R./Weaver, M./Bartolucci, A. A./Giger, J. N. 2002. Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke*, 33, 2060-2065.
- Gräbel, E./Luttenberger, K./Romer, H./Donath, C. 2010a. [Voluntary help in dementia - predictors for utilisation and expected quality from a family caregiver's point of view]. *Fortschr.Neurol.Psychiatr.*, 78, 536-541.
- Gräbel, E./Trilling, A./Donath, C./Luttenberger, K. 2010b. Support groups for dementia caregivers-predictors for utilisation and expected quality from a family caregiver's point of view: a questionnaire survey part I*. *BMC.Health Serv.Res.*, 10, 219.
- Grawe, K./Donati, R./Bernauer, F. 1994. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen.
- Han, B./Haley, W. E. 1999. Family caregiving for patients with stroke. Review and analysis. *Stroke*, 30, 1478-1485.
- Hautzinger, M. 2002. Allgemeine Depressionsskala (ADS). In: Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (eds E.Braehler et al.), pp. 25-27. Hogrefe, Göttingen.
- Hautzinger, M./Bailer, H. 1993. Allgemeine Depressionsskala ADS. Hogrefe, Göttingen.
- Hilgeman, M. M./Durkin, D. W./Sun, F./DeCoster, J./Allen, R. S./Gallagher-Thompson, D./Burgio, L. D. 2009. Testing a theoretical model of the stress process in Alzheimer's caregivers with race as a moderator. *The Gerontologist*, 49, 248-261.
- Houts, P. S./Nezu, A. M./Nezu, C. M./Bucher, J. A. 1996. The prepared family caregiver: a problem-solving approach to family caregiver education. *Patient Educ Couns*, 27, 63-73.
- Infratest Sozialforschung München. Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2002.

- Kalra, L./Evans, A./Perez, I./Melbourn, A./Patel, A./Knapp, M./Donaldson, N. 2004. Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *BMJ*, 1099-0.
- Kanfer, F. H./Reinecker, H./Schmelzer, D. 2006. *Selbstmanagement-Therapie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo.
- Katzman, R./Brown, T./Fuld, P./Peck, A./Schechter, R./Schimmel, H. 1983. Validation of a short Orientation-Memory-Concentration Test of cognitive impairment. *Am.J.Psychiatry*, 140, 734-739.
- Kolominsky-Rabas, P. L./Heuschmann, P. U./Marschall, D./Emmert, M./Baltzer, N./Neundorfer, B./Schoffski, O./Krobot, K. J. & for the CompetenceNet Stroke 2006. Lifetime Cost of Ischemic Stroke in Germany: Results and National Projections From a Population-Based Stroke Registry: The Erlangen Stroke Project. *Stroke*, 37, 1179-1183.
- Kruse, A. 1994. Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen - Beiträge aus empirischen Untersuchungen. *Z.Gerontol.*, 27, 42-51.
- Kücük, F. 2008. Subjective Distress and Coping Strategies of the Caretaker Relatives of Turkish Migrants Suffering from Dementia. *Z Gerontol Geriatr*, 21, 105-116.
- Kücük, F. 2010. Die Situation pflegender Familienangehöriger von an Demenz erkrankten türkischen MigrantInnen in Berlin. *Pflegewissenschaft*, 6, 334-341.
- Kuipers, E./Onwumere, J./Bebbington, P. 2010. Cognitive model of caregiving in psychosis. *Br.J.Psychiatry*, 196, 259-265.
- Kurylo, M./Elliott, T./Shewchuk, R. 2001. FOCUS on the family caregiver: a problem-solving training intervention. *J couns Dev.*, 79, 275-281.
- Lehr, U. 2007. *Psychologie des Alterns*. Quelle & Meyer, Wiebelsheim.
- Liebeck, H. 2004. Problemlösetraining. In: *Verhaltenstherapiemanual* (eds M.Linden & M.Hautzinger), pp. 238-244. Springer, Berlin.
- Lübke, N./Grassl, N./Kundy, M./Meier-Baumgartner, H. P./Wilk, J. 2001. Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index. *Geriatrie Journal*, 1, 41-46.
- Mahoney, F. J./Barthel, D. W. 1965. Functional evaluation: the Barthel-Index. *Md Med J*, 14, 61-65.
- Mant, J./Carter, J./Wade, D. T./Winner, S. 2000. Family support for stroke: a randomised controlled trial. *Lancet*, 356, 808-813.
- Mantovan, F./Ausserhofer, D./Huber, M./Schulc, E./Them, C. 2010. [Interventions and their effects on informal caregivers of people with dementia: a systematic literature review]. *Pflege.*, 23, 223-239.

- Meyer, M. Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage - National Background Report for Germany. EUROFAMCARE is an international research project funded within the 5th Framework Programme of the European Community. http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/documents/nabare_germany_rc1_a4.pdf. 2004. iap - institut für angewandte pflegeforschung.
- Mohammadzadeh, Z./Tempel, G. 2005. [Senior migrants in Bremen: demographic structure, social condition and health status]. *Gesundheitswesen*, 67, 832-839.
- Montgomery, S. A./Asberg, M. 1979. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br.J.Psychiatry*, 134, 382-389.
- Nickel, W./Born, A./Hanns, S./Brahler, E. 2010. [What information do people needing care and their care-giving relatives need?]. *Z.Gerontol.Geriatri*.
- Pearlin, L. I./Mullan, J. T./Semple, S. J./Skaff, M. M. 1990. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pinquart, M./Sorensen, S. 2006. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int.Psychogeriatr.*, 18, 577-595.
- Prosiegel, M./Böttger, S./Schenk, T./König, N./Marolf, M./Vaney, C. 1996. Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) - eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurol Rehabil*, 7-13.
- Quittner, A./Opipari, L./Regoli, M./Jacobsen, J./Eigen, H. 1992. The impact of caregiving and role strain on family life: Comparisons between mothers of children with cystic fibrosis and matched controls. *Rehabilitation Psychology*, 37, 275-290.
- Rivera, P. A./Elliott, T. R./Berry, J. W./Grant, J.S. 2008. Problem-solving training for family caregivers of persons with traumatic brain injuries: a randomized controlled trial. *Arch.Phys.Med.Rehabil.*, 89, 931-941.
- Rühl, S. Grunddaten der Zuwandererbevölkerung in Deutschland. Integrationsreport Teil 6. 2009. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Working Paper 27.
- Sander, A. M./Clark, A. N./Atchison, T. B./Rueda, M. 2009. A web-based videoconferencing approach to training caregivers in rural areas to compensate for problems related to traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*, 24, 248-261.
- Sarti, C./Rastenytė, D./Cepaitis, Z./Tuomilehto, J. 2000. International Trends in Mortality From Stroke, 1968 to 1994. *Stroke*, 31, 1588-1601.
- Scandinavian Stroke Study Group 1985. Multicenter trial of hemodilution in ischemic stroke - background and study protocol. *Stroke*, 16, 885-890.

- Schneekloth, U./Wahl, H. W. Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III). Abschlussbericht München. 2005.
- Schneekloth, U./Wahl, H. W. 2006. Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Scholte op Reimer, W. J./de Haan, R. J./Pijnenborg, J. M./Limburg, M./van den Bos, G. A. 1998. Assessment of burdens in partners of stroke patients with the sense of competence questionnaire. *Stroke*, 29, 373-379.
- Schopf, C./Naegele, G. 2005. Age and migration - an overview. *Z Gerontol Geriatr*, 38, 384-395.
- Schulz, R./O'Brien, A./Czaja, S./Ory, M./Norris, R./Martire, L. M./Belle, S. H./Burgio, L./Gitlin, L./Coon, D./Burns, R./Gallagher-Thompson, D./Stevens, A. 2002. Dementia caregiver intervention research: in search of clinical significance. *The Gerontologist*, 42, 589-602.
- Schulz, R./Quittner, A. L. 1998. Caregiving for children and adults with chronic conditions: introduction to the special issue. *Health Psychol.*, 17, 107-111.
- Shewchuk, R. M./Richards, J. S./Elliott, T. R. 1998. Dynamic processes in health outcomes among caregivers of patients with spinal cord injuries. *Health Psychol.*, 17, 125-129.
- Smith, J./Forster, A./Young, J. & On behalf of the Cochrane Group for information provision after stroke 2009. Cochrane review: information provision for stroke patients and their caregivers. *Clinical Rehabilitation*, 23, 195-206.
- Statistisches Bundesamt 2008. *Pflegestatistik 2007*. Wiesbaden.
- Stevens, A. B./Coon, D./Wisniewski, S./Vance, D./Arguelles, S./Belle, S./Mendelsohn, A./Ory, M./Haley, W. 2004. Measurement of leisure time satisfaction in family caregivers. *Aging Ment.Health*, 8, 450-459.
- Sullivan, M. T. 2002. Caregiver Strain Index. *J Gerontol Nurs.*, 28, 4-5.
- Teri, L./Truax, P./Logsdon, R./Uomoto, J./Zarit, S./Vitaliano, P. P. 1992. Assessment of behavioral problems in dementia: the revised memory and behavior problems checklist. *Psychol.Aging*, 7, 622-631.
- The EuroQol Group 1990. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- Ulusoy, N./Gräbel, E. 2010. [Turkish emigrants in Germany : Deficits in home care knowledge and health services-a review.]. *Z.Gerontol.Geriatr.*, 1-9.

- van Exel, N. J./Scholte op Reimer, W. J./Brouwer, W. B./van den Berg, B./Koopmanschap, M. A./van den Bos, G. A. 2004. Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: a comparison of CSI, CRA, SCQ and self-rated burden. *Clin Rehabil.*, 18, 203-214.
- Visser-Meily, A./van Heugten, C./Post, M./Scheepers, V./Lindeman, E. 2005. Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient.Educ.Couns.*, 56, 257-267.
- Vitaliano, P. P. 1997. Physiological and physical concomitants of caregiving: introduction. *Ann.Behav.Med.*, 19, 75-77.
- Wilkinson, P. R./Wolfe, C. D./Warburton, F. G./Rudd, A. G./Howard, R. S./Ross-Russell, R. W./Beech, R. R. 1997. A long-term follow-up of stroke patients. *Stroke*, 28, 507-512.
- Wilz, G./Cramon, D. Y. Abschlussbericht zum Teilprojekt B7 - Die Integration von Angehörigen in die Behandlung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten: Konzeption und Evaluation geeigneter Interventionsmaßnahmen. Reha-Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen (BBS). Abgeschlossenes Forschungsprojekt 11/01-08/06 Förderung: BMBF. 2011.
- Wright, L./Leahey, M. 2009. Familienzentrierte Pflege. Assessment und familienbezogene Interventionen. Verlag Hans Huber, Bern.
- Zank, S./Schacke, C. 2004. Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Freie Universität Berlin, Abschlussbericht Phase 1.
- Zegelin-Abt, A. 1999. Patienten-Eduktion als Pflegeaufgabe. *Forum Sozialstation*, 96, 66-68.
- Zegelin-Abt, A. 2003. Häusliche Pflegeschulung: Höchste Zeit für fundierte Programme. *Forum Sozialstation*, 120, 22-24.

Veränderter Kartensatz

01. Ich bin verantwortlich für die Haushaltstätigkeiten (Kochen, Einkaufen, Putzen, ...).
02. Mein Wissen über die Erkrankung und Pflege meines Partners/Angehörigen erscheint mir nicht ausreichend.
03. Das Leid und Leiden meines Partners beschäftigt mich häufig.
04. Meine Gesundheit ist beeinträchtigt.
05. Krankenkasse, Pflegedienst oder Ärzte berücksichtigen meine Anliegen zu wenig.
06. Ich bin verantwortlich für die organisatorischen und finanziellen Angelegenheiten meines Partners/Angehörigen (Termine, Pflegekasse, ...).
07. Ich habe Angst, dass ich eines Tages nicht mehr in der Lage bin, meinen Partner zu pflegen (eigene Erkrankung, Überforderung, ...).
08. Bestimmte Verhaltensweisen meines Partners/Angehörigen sind mir unangenehm (z. B. Essverhalten, Äußerungen).
09. Ich habe niemanden, der meinen Partner/Angehörigen stundenweise betreut.
10. Mein Schlaf ist gestört (Einschlafen, Durchschlafen).
11. Die Pflege meines Partners/Angehörigen strengt mich körperlich an.
12. Es fällt mir schwer, meinen Partner/Angehörigen stundenweise allein (oder mit einer anderen Person) zu lassen.
13. Ich fühle mich häufig unter Druck (Zeit, Partner).
14. Ich habe oder nehme mir nicht genug Zeit für meine eigenen Interessen.
15. Ich fühle mich erschöpft und kraftlos.
16. Ich bin verantwortlich für die Beschäftigung oder Unterhaltung meines Partners/Angehörigen.
17. Ich habe Angst, dass sich der Gesundheitszustand meines Partners verschlechtert.
18. Außerhalb der Pflegekonstellation kommt es zu Konflikten und Spannungen mit anderen Personen (Kinder, Verwandte, Nachbarn, ...).
19. Ich habe Angst, dass meinem Partner/Angehörigen etwas passiert (Schlaganfall, Tod).
20. Es gibt Situationen, in denen ich gereizt oder ungeduldig bin.
21. Ich fühle mich häufig einsam und isoliert (wegen fehlender Sozialkontakte, ...).
22. Es gibt Situationen, in denen mein Partner/Angehöriger gereizt oder aggressiv ist.
23. Es gibt Situationen, in denen ich denke, dass ich meinem Partner/Angehörigen nicht gerecht werde.

24. Mein Partner/Angehöriger kann seine bzw. unsere Situation nicht richtig einschätzen.
25. Meine Gedanken kreisen immer wieder um dieselben Themen.
26. Mein Partner/Angehöriger will oder kann nicht essen/trinken.
27. Wir befinden uns in einer schwierigen finanziellen Situation.
28. Ich habe zu wenige Gelegenheiten, in denen ich mich über meine Situation austauschen kann.
29. Mein Partner/Angehöriger ist harn-/stuhlinkontinent oder muss sehr häufig auf die Toilette.
30. Mein Partner/Angehöriger ist deprimiert/antriebslos.
31. Mein Partner/Angehöriger kann sich nichts merken.
32. Möchte/kann nicht allein gelassen werden.
33. Mein Partner/Angehöriger gibt sich nicht genügend Mühe (wenig Training, kein gesundheitsbewusstes Verhalten, ruft mich ständig, ...).
34. Manchmal fühle ich mich niedergeschlagen.
35. Mein Partner/Angehöriger kann sich nicht mit mir verständigen.
36. Ich vermisse gemeinsame Aktivitäten mit meinem Partner.
37. Meine beruflichen und privaten Anforderungen lassen sich nur schwer vereinbaren.
38. Meine Bedürfnisse nach Nähe/körperlichem Kontakt kann ich mit meinem Partner nicht leben.

In der TIPS-Studie hat es sich bewährt, die Karten beidseitig mit der gleichen Problembeschreibung zu beschriften und die rechts unten eingezeichnete Ecke einmal grün und auf der Rückseite rot einzuzeichnen. So kann man die Karten, je nachdem, ob sie als „belastend“ (rot) oder „nicht belastend“ (grün) bewertet werden, auf der einen oder anderen Seite verwenden.

Die Belastungskategorien, unter die die Karten sortiert werden, lauten „nicht belastend“, „wenig belastend“, „mittelmäßig belastend“, „ziemlich belastend“ und „sehr belastend“.

Problemlösetraining für pflegende Angehörige von Schlaganfall- Betroffenen

Einleitung

122

Problemlöse-
training für
pflegende
Angehörige
von Schlaganfall-
Betroffenen

„Ein Problem zu lösen ist die beste Art, es loszuwerden.“

(Brendan Francis)

Sehr geehrte Studienteilnehmer,

die vorliegenden Materialien sollen Sie bei der Lösung von Problemen unterstützen. Anhand eines Beispiels aus Sicht einer Frau, die ihren Mann nach einem Schlaganfall pflegt, wird das Problemlösetraining in sechs Schritten erklärt. Die mit dem Glühbirnensymbol gekennzeichneten Punkte sind zusätzliche allgemeine Hinweise zum Umgang mit negativen Gedanken und Gefühlen.

Für die eigene Durchführung dieser Schritte stehen Ihnen drei Arbeitsblätter in mehrfacher Ausführung im Anhang zur Verfügung.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

„Erfolgreiche Menschen haben nicht weniger Probleme als erfolglose. Sie gehen nur anders damit um.“
(Unbekannter Autor)

Problemlöse-
training für
pflegende
Angehörige
von Schlaganfall-
Betroffenen

Das Problemlösetraining in sechs Schritten soll Sie bei einem wirkungsvollen Umgang mit Problemen unterstützen:

1. **Tatsachen betrachten (Seite 125-127):** Vor jeder Problemlösung steht die Problemanalyse. Betrachten Sie hierfür eine typische Situation, in der Sie das Problem selbst erlebt haben.
2. **Zuversichtlich an die Lösung von Problemen herangehen (Seite 128):** Sie lösen Schwierigkeiten leichter, wenn Sie hoffnungsvoll und positiv eingestellt sind. Dies gelingt einfacher, wenn Sie hierbei Ihre Aufmerksamkeit von den Problemen auf mögliche Veränderungsschritte lenken. Beachten Sie dabei Ihre eigenen Stärken und würdigen Sie auch kleine Schritte in Richtung ihrer Ziele.
3. **Ziele setzen (Seite 129):** Welche Ziele möchten Sie erreichen?
4. **Ideen sammeln (Seite 130):** Welche Lösungsschritte fallen Ihnen zur Erreichung Ihrer Ziele ein? Lassen Sie Ihrer Fantasie freien Lauf und bewerten Sie Ihre Ideen nicht!
5. **Veränderungsschritte auswählen (Seite 131-133):** Überlegen Sie sich die Vor- und Nachteile jeder einzelnen Lösungsidee. Beachten Sie deren Umsetzbarkeit und Nutzen. Wählen Sie einen vielversprechenden Lösungsschritt aus und planen Sie dessen Umsetzung.
6. **Umsetzen und überprüfen (Seite 134-135):** Wie funktionieren die ausgewählten Lösungsschritte in der Praxis? Was funktioniert gut, was muss noch verbessert werden?

Beispiel: Ehepaar Friedrich

124

Problemlöse-
training für
pflegende
Angehörige
von Schlaganfall-
Betroffenen

Frau Friedrich ist zum Zeitpunkt unserer Kontaktaufnahme 68 Jahre alt und wohnt mit ihrem Mann in einer Mietwohnung in Stuttgart. Herr Friedrich erlitt sieben Monate vor unserem Besuch einen schweren Schlaganfall. Er ist seitdem halbseitig gelähmt, sitzt im Rollstuhl und hat deutliche Probleme beim Sprechen.

Seit seinem Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung kann er ein paar Schritte am Rollator gehen. Beim Aufstehen und Anziehen ist Herr Friedrich auf die Hilfe seiner Frau angewiesen. Herr Friedrich möchte wieder besser gehen lernen. Eine Physiotherapeutin kommt jede Woche zur Therapie. Die Fortschritte gehen Herrn Friedrich nicht schnell genug. Er ist deshalb oft sehr ungehalten.

Vor drei Monaten ist Herr Friedrich nicht mehr rechtzeitig zur Toilette gekommen. Seither möchte er von seiner Frau, dass sie ihn stündlich auf die Toilette begleitet. Frau Friedrich geht deshalb außer für kurze Einkäufe kaum noch aus dem Haus. Auf jede Verspätung reagiert ihr Mann mit heftigen Vorwürfen.

Die Kinder des Ehepaars Friedrich haben beide bereits eigene Familien; die Tochter lebt in Berlin, der Sohn in Augsburg.

Frau Friedrich gibt an, dass sie insgesamt gut mit den alltäglichen pflegerischen Erfordernissen zurechtkomme, dass sie aber außer Haus sehr unter Stress stehe und Angst habe, zu spät zurückzukehren. Manchmal fühle sie sich sehr erschöpft, sei dann sehr dünnhäutig und ebenfalls leicht reizbar. Frau Friedrich beklagt überdies, dass sie kaum noch Besuch bekommen und sie sich mit ihrem Mann recht isoliert fühle. Des Weiteren habe sie große Angst, dass ihr Mann bei einem weiteren Schlaganfall sterben könnte und sie dann ganz allein sei. Sie beklagt sich darüber, dass sie sehr schlecht schlafe und sich tagsüber meist müde und erschöpft fühle.

① **Tatsachen betrachten:** Problembereiche erfassen (Fr. Friedrich)

Das erste Erfassen von Problembereichen geschieht beim ersten Hausbesuch mithilfe der Problemkarten. Frau Friedrich gibt folgende belastende Bereiche an, die sie in vier Gruppen zusammenfasst:

Verhalten meines Mannes

- Mein Mann ist fordernd
- Mein Mann ist manchmal aggressiv

Angebunden sein

- Das Zurückstellen meiner Lebensplanung
- Ich habe keine Zeit für mich
- Mein Mann kann nicht allein gelassen werden
- Die fehlende Unterstützung
- Meine Einsamkeit

Die Angst um meinen Mann

- Die Angst, meinen Mann zu verlieren
- Die Angst, dass meinem Mann etwas passieren kann (z. B. weiterer Schlaganfall)

Meine Erschöpfung

- Ich kann schlecht schlafen
- Meine Erschöpfung
- Meine Gereiztheit

① **Tatsachen betrachten:** Auswahl einer Situation, die Sie in letzter Zeit erlebt haben

Beispiel: Frau Friedrich erzählt von einer typischen Situation aus dem Problembereich „Angebunden sein“. Sie war am Freitag letzter Woche im nahegelegenen Einkaufszentrum, das 20 Gehminuten von ihrer Wohnung entfernt liegt, einkaufen. Sie wollte spätestens nach einer Stunde wieder zurück sein, um ihren Mann bei seinem stündlichen Toilettengang zu unterstützen.

Doch im Supermarkt war viel los, und Frau Friedrich musste an der Wurst- und Käsetheke sowie an der Kasse lange warten. Bereits in der Schlange an der Kasse fühlt sich Frau Friedrich gestresst, weil sie nicht pünktlich zurück sein wird. Sie weiß, dass ihr Mann mit Vorwürfen reagiert, wenn sie zu spät nach Hause kommt.

Am Ausgang des Supermarkts trifft sie noch eine Bekannte. Sie hätte sich gerne mit ihr unterhalten. Doch sie sagt lediglich zu ihr: „Irmgard, ich habe keine Zeit. Ich muss zurück zu meinem Mann“ und geht schnell weiter. Frau Friedrich entschließt sich, den Gang zur Post und zum Drogeriemarkt zu verschieben, und geht direkt nach Hause.

Sie ist gerade noch pünktlich zurück, fühlt sich aber sehr erschöpft und denkt: „Ich habe nichts geschafft. Ich hätte gerne mit Irmgard gesprochen. Was denkt sie wohl von mir, weil ich sie so links liegen gelassen habe? Wahrscheinlich glaubt sie, dass ich mich mit ihr nicht unterhalten wollte.“

Frau Friedrich fasst die Ausgangssituation, ihre Gedanken, Gefühle und ihr Verhalten zusammen.

Problemlöse-
training für
pflegende
Angehörige
von Schlaganfall-
Betroffenen

Ausgangssituation (Wer? Wie? Wann? Wo? Was?)

Mein Mann möchte jede Stunde von mir auf Toilette gebracht werden. Der Einkauf im Supermarkt letzten Freitag dauert länger als erwartet. Ich möchte noch zur Post und in den Drogeriemarkt. Dann treffe ich meine Bekannte Irmgard, die sich mit mir unterhalten möchte.

Meine Gedanken

Ich bin zu spät. Wenn ich zu spät nach Hause komme ist mein Mann ärgerlich. Wenn er es deshalb nicht mehr rechtzeitig auf Toilette schafft, ist das eine Katastrophe und meine Schuld.

Meine Gefühle

Gestresst, unruhig und ärgerlich.

Mein Verhalten

Ich gehe direkt nach Hause, unterhalte mich nicht mit Irmgard und gehe nicht mehr zur Post und in den Drogeriemarkt.



„Es ist weniger schwierig, Probleme zu lösen, als mit ihnen zu leben.“

(Teilhard de Chardin)

② Zuversichtlich an die Lösung von Problemen herangehen

Umgang und Wahrnehmung von Problemen sind sehr von persönlichen Haltungen geprägt. Manche von uns versuchen beispielsweise, Probleme um jeden Preis zu vermeiden. Andere wiederum sehen sie als Herausforderungen. Häufig bewerten wir ihre Lösbarkeit spontan, bevor wir über Lösungsmöglichkeiten nachgedacht haben. Für das Lösen von Problemen gibt es hinderliche und förderliche Einstellungen.

Hinderliche ProblemlöseEinstellungen:

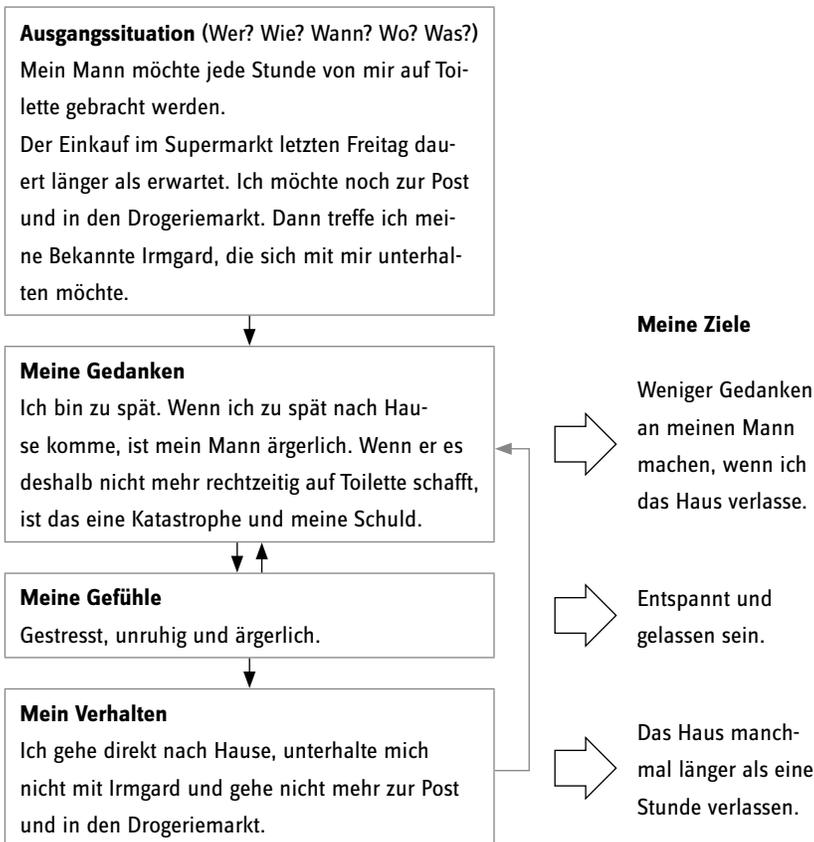
- Ich habe keine Probleme!
- Probleme müssen vermieden oder mit allen Mitteln bekämpft werden.
- Ich kann das Problem nicht lösen. Es ist zwecklos, dass ich mich bemühe.
- Das ist nicht meine Aufgabe, das Problem zu lösen.
- Ich habe das schon immer so gemacht.
- Wenn ich das angehe, wird alles nur noch schlimmer.

Förderliche ProblemlöseEinstellungen:

- Probleme sind ganz normale, alltägliche und unvermeidliche Lebensereignisse.
- Probleme sind Herausforderungen oder Gelegenheiten, an denen man wachsen und sich weiterentwickeln kann.
- Für die meisten Probleme gibt es eine Lösung. Bei Problemen halte ich inne und überlege mir, wie ich vorgehe.
- Ich gebe nicht einfach auf, wenn eine Lösung nicht schnell gefunden wird.
- Ich versuche mein Bestes. Wenn ich dennoch nicht weiterkomme, versuche ich andere Betrachtungsweisen, suche andere Lösungswege oder hole mir Hilfe. Vielleicht muss ich auch akzeptieren, dass ich meine angestrebten Ziele in diesem Punkt nicht oder nur teilweise erreichen kann.

③ Ziele setzen

Frau Friedrich überlegt sich anhand der ausgewählten Situation ihre Ziel-Gedanken, ihre Ziel-Gefühle und ihr Ziel-Verhalten.



„Fantasie haben heißt nicht, sich etwas ausdenken; es heißt, sich aus den Dingen etwas machen.“
(Thomas Mann)

④ Ideen sammeln

Im nächsten und vierten Schritt geht es darum, für die Erreichung der gesetzten Ziele Lösungs- und Veränderungsideen zu entwickeln. Hierfür sollten Sie so viele Ideen wie möglich sammeln. Bewerten Sie diese zunächst noch nicht! Letztlich werden nicht alle durchführbar sein, aber einige werden dem Finden neuer Lösungen dienen (→ Quantität führt zu Qualität!). Ideen können sich sowohl auf die Ausgangssituation als auch auf die Gedanken und das Verhalten beziehen. Lassen Sie sich von Freunden, Verwandten oder anderen pflegenden Angehörigen unterstützen. Eine gute und positive Stimmung hilft Ihnen dabei.

Frau Friedrich hat für die auf der vorangehenden Seite dargestellte Situation folgende Ideen:

1. Mir weniger für einen Einkauf (z. B. nur ein Geschäft) vornehmen.
2. Freitagnachmittag nicht einkaufen gehen, da dies die Haupteinkaufszeit ist.
3. Einen ehrenamtlichen Besuchsdienst für meinen Mann engagieren.
4. Die Nachbarin fragen, ob sie meinem Mann nach einer Stunde auf die Toilette helfen kann.
5. Eine Urinflasche für meinen Mann besorgen, damit er selbstständig im Wohnzimmer Wasser lassen kann.
6. Mein Mann soll eine Windelhose tragen in der Zeit, in der ich außer Haus bin.
7. Mit meinem Mann vereinbaren, dass er eine Stunde, bevor ich das Haus verlasse, nichts mehr trinkt.
8. Entspannungsübungen, damit mich die Situation nicht mehr so stresst.
9. Meinen Mann anrufen, wenn ich mich verspäte.
10. Meinem Mann sagen, dass ich es nicht in Ordnung finde, wenn er auf kleine Verspätungen so ungehalten reagiert.
11. Mir sagen: „Mein Mann kann auch mal eine halbe Stunde warten.“

„Du musst selbst die Veränderung sein, die du in der Welt sehen willst.“

(Mahatma Gandhi)

Problemlöse-
training für
pflegende
Angehörige
von Schlaganfall-
Betroffenen

⑤ Hilfreiche Veränderungsschritte auswählen

Im fünften Schritt geht es darum, aus den gesammelten Lösungsideen die besten Veränderungsschritte auszuwählen. Zur Erleichterung der Auswahl werden die gesammelten Ideen hinsichtlich Umsetzbarkeit und Nutzen beurteilt.

Beachten Sie bei der Einschätzung der Umsetzbarkeit Ihren eigenen Aufwand (z. B. Zeit, Kraft, Geld). Bedenken Sie aber auch die Akzeptanz der Lösungsidee durch Ihren Partner. Bei der Einschätzung des Nutzens vergegenwärtigen Sie sich nochmals die von Ihnen in Schritt 3 gesetzten Ziele.

Für die Kennzeichnung Ihrer Bewertung verwenden Sie bitte folgende Zeichen:

Umsetzbarkeit: sehr schwierig (- -), eher schwierig (-), neutral (-/+), eher einfach (+), sehr einfach (+ +), unklar (?)

Nutzen: sehr gering (- -), eher gering (-), neutral (-/+), eher groß (+), sehr groß (+ +), unklar (?)

Beispiele:

1. Mir weniger für einen Einkauf (z. B. nur ein Geschäft) vornehmen.
→ Ich müsste dann täglich einkaufen gehen. Dies würde einen Mehraufwand für mich bedeuten. Das Haus könnte ich dadurch auch nicht länger als eine Stunde verlassen. Umsetzbarkeit: -, Nutzen: -

4. Die Nachbarin fragen, ob sie meinem Mann nach einer Stunde auf die Toilette helfen kann.
→ Dies wäre sicherlich sehr hilfreich. Die Nachbarin wäre bestimmt einverstanden. Ich müsste aber immer die Zeiten genau mit ihr abstimmen. Mein Mann würde diese Lösung jedoch ablehnen. Umsetzbarkeit: - -, Nutzen: +

Für die Kennzeichnung Ihrer Bewertung verwenden Sie bitte folgende Zeichen:
Umsetzbarkeit: sehr schwierig (- -), eher schwierig (-), neutral (-/+), eher einfach (+),
sehr einfach (+ +), unklar (?)
Nutzen: sehr gering (- -), eher gering (-), neutral (-/+), eher groß (+), sehr groß (+ +),
unklar (?)

Nr.	Lösungsideen	Umsetzbarkeit	Nutzen
1	Mir weniger für einen Einkauf (z. B. nur ein Geschäft) vorsehen. → zu aufwendig	- -	-
②	Freitagnachmittag nicht einkaufen gehen, da dies die Haupteinkaufszeit ist.	+ +	+
3	Einen ehrenamtlichen Besuchsdienst für meinen Mann engagieren. → Ich glaube, mein Mann möchte keinen Besuchsdienst.	-	+ +
4	Die Nachbarin fragen, ob sie meinem Mann nach einer Stunde auf die Toilette helfen kann. → Mein Mann würde sich niemals von der Nachbarin auf die Toilette bringen lassen.	- -	+
⑤	Eine Urinflasche für meinen Mann besorgen, damit er selbstständig im Wohnzimmer Wasser lassen kann.	+ +	+ +
6	Mein Mann soll eine Windelhose tragen in der Zeit, in der ich außer Haus bin. → Das würde mein Mann nie akzeptieren.	- -	-
7	Mit meinem Mann vereinbaren, dass er eine Stunde, bevor ich das Haus verlasse, nichts mehr trinkt.	+	?
8	Entspannungsübungen, damit mich die Situation nicht mehr so stresst.	+/-	?
⑨	Meinen Mann anrufen, wenn ich mich verspäte.	+ +	+
10	Meinem Mann sagen, dass ich es nicht in Ordnung finde, wenn er auf kleine Verspätungen so ungehalten reagiert.	-	?
11	Mir sagen: „Mein Mann kann auch mal eine halbe Stunde warten.“	-	- -

„Es ist verrückt, die gleichen Dinge zu tun, die man schon immer getan hat, und dabei zu erwarten, dass man andere Ergebnisse erzielt als in der Vergangenheit.“

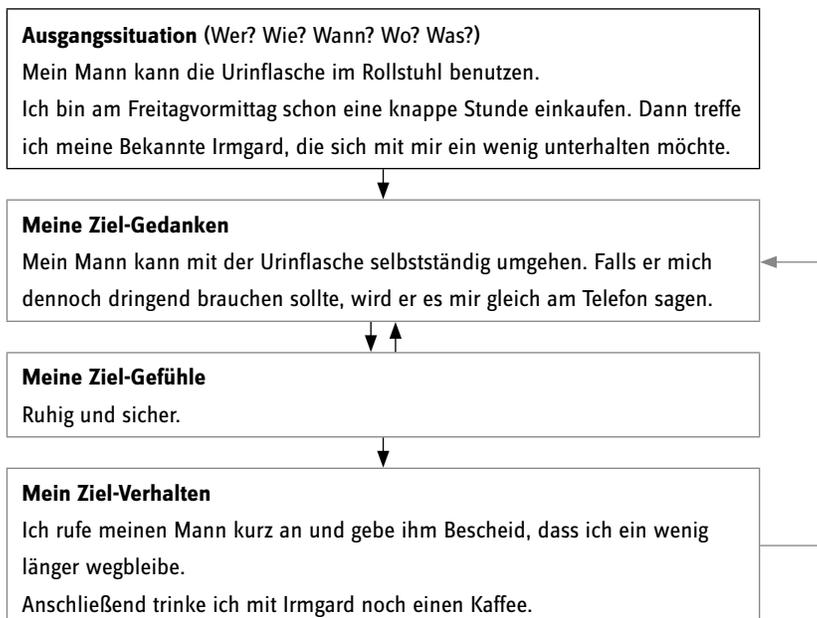
(Unbekannter Autor)

Drei Lösungsideen werden von Frau Friedrich sowohl hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit als auch ihres Nutzens positiv bewertet:

2. Freitagnachmittag nicht einkaufen gehen.
5. Eine Urinflasche für ihren Mann besorgen, damit er selbstständig im Wohnzimmer Wasser lassen kann.
9. Ihren Mann anrufen, wenn sie sich verspätet.

Frau Friedrich möchte diese drei Lösungsideen kombinieren und beschreibt die angestrebten Veränderungsschritte mithilfe des bereits bei Schritt 1 verwendeten Schaubilds.

Frau Friedrich füllt das Schaubild von Schritt 1 nochmals aus und fügt die drei Lösungsideen ein.



⑥ Umsetzen und überprüfen

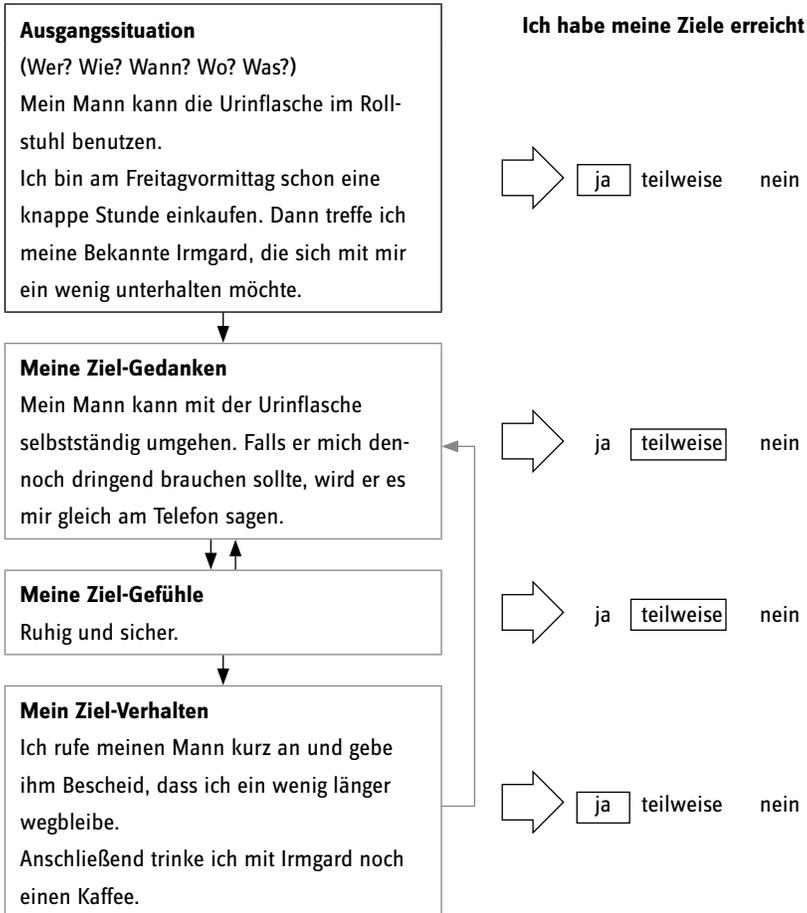
Frau Friedrich erzählt, dass ihr Mann zu Beginn nicht sonderlich begeistert war, als sie die Anschaffung einer Urinflasche ansprach. Er versuchte schließlich doch, sie zu benutzen, und es klappte ganz gut. Die Abmachung mit dem Telefonanruf gefiel ihm.

Frau Friedrich betrachtet nochmals die im dritten Schritt festgelegten Ziele:

1. Ziel-Gedanken: Weniger Gedanken an meinen Mann machen, wenn ich das Haus verlasse.
2. Ziel-Gefühle: Entspannt und gelassen.
3. Ziel-Verhalten: Das Haus manchmal länger als eine Stunde verlassen.

Mit dem Erreichen des dritten Ziels ist Frau Friedrich sehr zufrieden. Sie war in den letzten beiden Wochen dreimal länger als eine Stunde weg. Einmal sogar etwas über zwei Stunden. Sie war auch insgesamt entspannter und gelassener. Trotzdem hat Frau Friedrich angegeben, dass sie bei den Ziel-Gedanken und Ziel-Gefühlen ihre Ziele nur teilweise erreicht hat.

Frau Friedrich berichtet, dass, gerade wenn sie längere Zeit allein unterwegs ist und nicht so unter Druck steht, sie öfters daran denken muss, was wohl ist, wenn ihr Mann nicht mehr leben wird. Sie fragt sich auch, ob sie wirklich alles tut, um zu verhindern, dass ihr Mann noch einmal einen Schlaganfall erleidet. Ähnliche Gedanken gehen ihr auch abends vor dem Einschlafen durch den Kopf. An diesem grüblerischen Gedanken möchte Frau Friedrich weiterarbeiten und wendet die sechs Schritte mithilfe der Arbeitsblätter nochmals an (siehe S. 137-139).





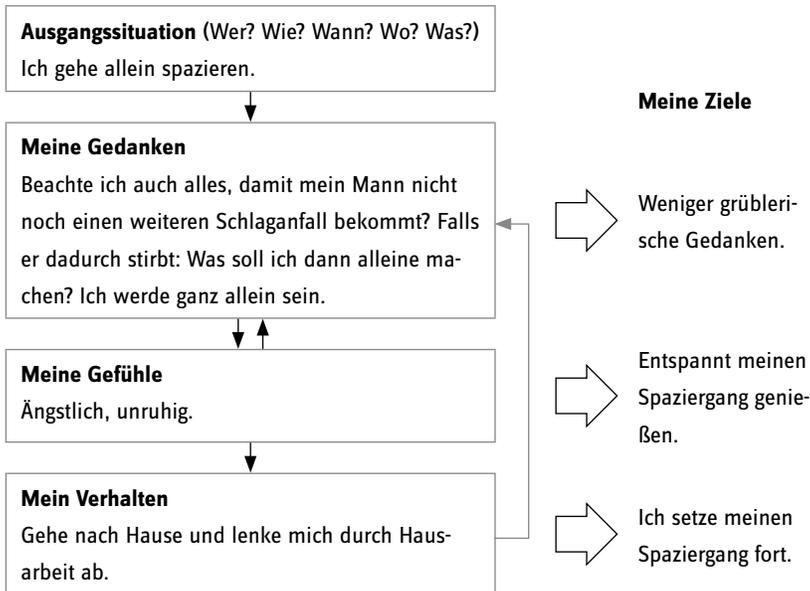
Wenn die ausgewählten Lösungsschritte nicht umgesetzt werden konnten, betrachten Sie Ihren tatsächlichen Lösungsversuch noch einmal genauer. Nehmen Sie hierzu ein neues Arbeitsblatt 1 mit den vier Feldern (Ausgangssituation, Gedanken, Gefühle, Verhalten) zur Hand und tragen die nicht gelungenen oder nur teilweise gelungenen Lösungsschritte ein. Überlegen Sie sich, warum die Umsetzung nicht gelungen ist. Denken Sie gegebenenfalls über Zwischenschritte nach, die für Sie einfacher umzusetzen sind. Vielleicht hilft auch ein unterstützender Satz, den Sie sich in der Situation in Erinnerung rufen. Sammeln Sie auch hier Ideen und wählen die vielversprechendsten aus. Lassen Sie sich dabei ruhig unterstützen. Haben Sie die Lösungsschritte wie geplant umgesetzt und dennoch die Ziele nicht erreicht, dann überlegen Sie, ob Sie Ihre Ziele verändern wollen oder andere Lösungsschritte notwendig sind. Gehen Sie hierfür nochmals die Liste mit Ihren Lösungsideen durch. Beachten Sie v. a. auch die Ideen, von denen Sie positiven Nutzen erwarten, deren Umsetzung Sie aber negativ beurteilen.

Beispiel:

4. Einen ehrenamtlichen Besuchsdienst für Ihren Mann engagieren. Umsetzbarkeit: -, Nutzen: + +

Frau Friedrich gibt an, sie glaube, dass ihr Mann einen solchen Besuchsdienst nicht möchte. Deshalb habe sie die Umsetzbarkeit negativ bewertet. Bei näherer Betrachtung stellt Frau Friedrich fest, dass sie darüber mit ihrem Mann noch nie gesprochen habe und sie eigentlich nichts darüber sagen könne, wie ihr Mann auf einen solchen Vorschlag reagieren würde. Frau Friedrich beschließt, eine solche Möglichkeit mit ihrem Mann zu besprechen.

Arbeitsblatt 1 (Tatsachen betrachten und Ziele setzen - Schritte 1 und 3)



Arbeitsblatt 2 (Ideen sammeln und bewerten - Schritte 4 und 5)

Nr.	Lösungsideen	Umsetzbarkeit	Nutzen
①	Ich sage mir: Ich tue mein Bestes!	++	+
2	Ich gehe nur noch in Begleitung spazieren.	-	+
③	Ich sage mir: Ich konzentriere mich auf den Augenblick.	++	?
4	Ich besuche ein Entspannungstraining.	-	?
5	Ich spreche mit meinem Mann über meine Ängste.	-	?
⑥	Ich spreche mit meiner Tochter über meine Ängste.	+/-	+
⑦	Die Verhinderung eines neuen Schlaganfalls steht nicht in meiner Macht.	++	?
8	Ich will nicht mehr daran denken.	++	-
9	Ich sage mir, vielleicht ist es besser, wenn er nicht mehr leiden muss.	--	--

Umsetzbarkeit: sehr schwierig (--), eher schwierig (-), neutral (-/+), eher einfach (+), sehr einfach (++), unklar (?)

Nutzen: sehr gering (--), eher gering (-), neutral (-/+), eher groß (+), sehr groß (++), unklar (?)

Arbeitsblatt 3 (Veränderungsschritte auswählen, Erfolg bewerten - Schritte 5 und 6)

<p>Ausgangssituation (Wer? Wie? Wann? Wo? Was?) Ich gehe allein spazieren. (Ich habe meine Ängste mit meiner Tochter besprochen.)</p>	<p>Ich habe meine Ziele erreicht</p> <p>➔ ja teilweise <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Meine Ziel-Gedanken Ich tue mein Bestes und konzentriere mich auf den Augenblick. Die Verhinderung eines neuen Schlaganfalls steht nicht in meiner Macht.</p>	<p>➔ ja <input type="checkbox"/> teilweise nein</p>
<p>Meine Ziel-Gefühle Entspannt.</p>	<p>➔ ja <input type="checkbox"/> teilweise nein</p>
<p>Mein Ziel-Verhalten Ich setze meinen Spaziergang fort.</p>	<p>➔ <input type="checkbox"/> ja teilweise nein</p>

„Ein Mann will ein Bild aufhängen. Den Nagel hat er, nicht aber den Hammer. Der Nachbar hat einen. Also beschließt unser Mann, hinüberzugehen und ihn auszuborgen. Doch da kommt ihm ein Zweifel: Was, wenn der Nachbar mir den Hammer nicht leihen will? Gestern schon grüßte er mich nur so flüchtig. Vielleicht war er in Eile. Vielleicht hat er die Eile nur vorgeschützt, und er hat was gegen mich. Und was? Ich habe ihm nichts getan; der bildet sich da etwas ein. Wenn jemand von mir ein Werkzeug borgen wollte, ich gäbe es ihm sofort. Und warum er nicht? Wie kann man einem Mitmenschen einen so einfachen Gefallen abschlagen? Leute wie dieser Kerl vergiften einem das Leben. Und dann bildet er sich noch ein, ich sei auf ihn angewiesen. Bloß weil er einen Hammer hat. Jetzt reicht's mir wirklich. - Und so stürmt er hinüber, läutet, der Nachbar öffnet, doch bevor er „Guten Tag“ sagen kann, schreit ihn unser Mann an: „Behalten Sie Ihren Hammer!“
(aus Paul Watzlawick: Anleitung zum Unglücklichsein, Piper 2003)



Negative Selbstgespräche erkennen und stoppen

Wir nehmen unsere Umwelt durch allerlei persönliche Filter wahr. Hierbei spielen viele Faktoren eine Rolle, wie z. B. die eigenen Werte und Erwartungen, frühere Erfahrungen, die augenblickliche Stimmung usw. Das Wahrgenommene versuchen wir wiederum einzuordnen, zu erklären und zu beurteilen. Bei diesen Prozessen steuern wir unsere Wahrnehmung häufig so, dass wir unangenehme Gefühle vermeiden und das „Chaos“ der Welt vereinfachen. Hierbei wenden wir nicht selten eine Reihe von Denkmechanismen an, die gleichzeitig die Grundlage für Leid erzeugende Gedanken sind. Die Wichtigsten dieser Mechanismen, die gerade in schwierigen Situationen auftreten, sind:

1. Verallgemeinerungen („Alle sind gegen mich“)
2. Negative Filter (Gute Informationen werden ignoriert, nur negative Informationen werden in Betracht gezogen)
3. Ablenken (sich und den anderen nicht ernst nehmen)
4. Bagatellisieren und Normalisieren (alles als „normal“ ansehen)
5. Alles-oder-Nichts-Denken (Schwarz-Weiß-Sehen/Denken): verhindert Kompromisse und kleine Schritte
6. Gedankenlesen (Ich weiß, was der andere denkt und fühlt, ohne mit ihm je darüber gesprochen zu haben)
7. Weglassen von Informationen (So verrät z. B. die Aussage „Ich muss das tun“ nicht, wer der Antreiber ist)

„Es sind nicht die Dinge, die uns unglücklich machen, es ist unsere Sicht der Dinge.“

(Epiktet)

Problemlöse-
training für
pflegende
Angehörige
von Schlaganfall-
Betroffenen



Beispiele für negative Gedanken: Frau Friedrich

Bei näherem Überlegen fallen Frau Friedrich einige Beispiele für negative Selbstgespräche ein, die gehäuft an „schlechten Tagen“ auftreten:

- a) Mein Mann motzt mich immer an. (→ Verallgemeinerung)
- b) Durch den Schlaganfall meines Mannes kann ich alle meine Pläne begraben. (→ Alles-oder-Nichts-Denken)
- c) Mein Sohn kommt nur selten zu Besuch, weil ihn der Anblick seines Vaters zu sehr belastet. (→ Gedankenlesen)
- d) Ich muss mich für meinen Mann völlig aufopfern. (→ Weglassen von Informationen)
- e) Wenn meine Tochter anruft und sich nach meinem Befinden fragt, wechsle ich schnell das Thema. (→ Ablenken)

Bei näherer Betrachtung fällt Frau Friedrich auf, dass ihr Mann eigentlich nur „motzt“ (Beispiel a), wenn sie länger als erwartet aus dem Haus war und er auf die Toilette muss. Hinsichtlich ihrer Zukunftspläne (Beispiel b) merkt Frau Friedrich, dass sie sich überhaupt nicht mehr gestattet, an eigene Vorhaben zu denken. Bei näherer Überlegung fallen ihr durchaus zukünftige Vorhaben ein (z. B. die Teilnahme an einem Kurs in Aquarellmalen), die sich mit Organisationsgeschick realisieren ließen. Mit ihrem Mann hat sie darüber bislang noch nicht gesprochen. Mit ihrem Sohn hat Frau Friedrich ebenfalls noch nicht gesprochen (Beispiel c). Sie bemerkt aber, dass sie ihn bereits seit Monaten nicht mehr eingeladen oder ihn von sich aus angerufen hat. Frau Friedrich merkt an, dass ihr Mann nie von ihr verlangt hat, dass sie sich völlig für ihn aufopfert. Sie fühlt sich in der Pflege-rolle manchmal sehr hin- und hergerissen zwischen ihrem Verantwortungsgefühl zur partnerschaftlichen Unterstützung, die sie durchaus gerne leistet, und dem Gefühl, dass sie manchmal völlig überlastet ist. Frau Friedrich meint, dass es ihr schwerfalle, darüber mit ihrem Mann oder ihrer Tochter (Beispiel e) zu sprechen. Die Beispiele zeigen, dass wir durch Gedankenmechanismen unsere Umwelt und unsere eigenen Möglichkeiten durch eine negative Brille sehen. Es lohnt sich, dies als Signal zu nehmen, innezuhalten und die dahinterliegenden Gefühle wahrzunehmen.

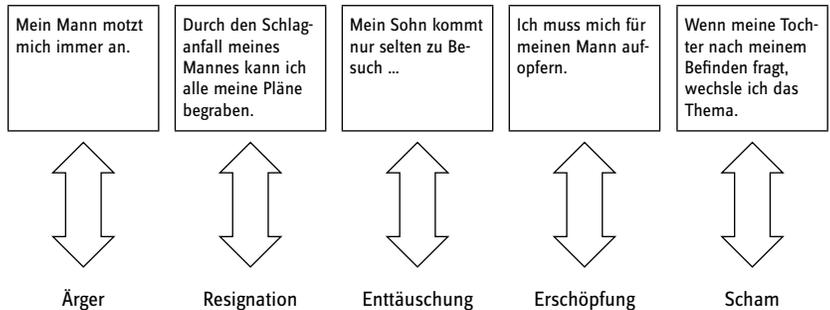
„Das Problem zu erkennen ist wichtiger, als die Lösung zu erkennen, denn die genaue Darstellung des Problems führt zur Lösung.“
(Albert Einstein)



Gedanken und Gefühle

Die negativen Gedanken gehen immer mit Gefühlen einher, die wir häufig nicht bewusst wahrnehmen.

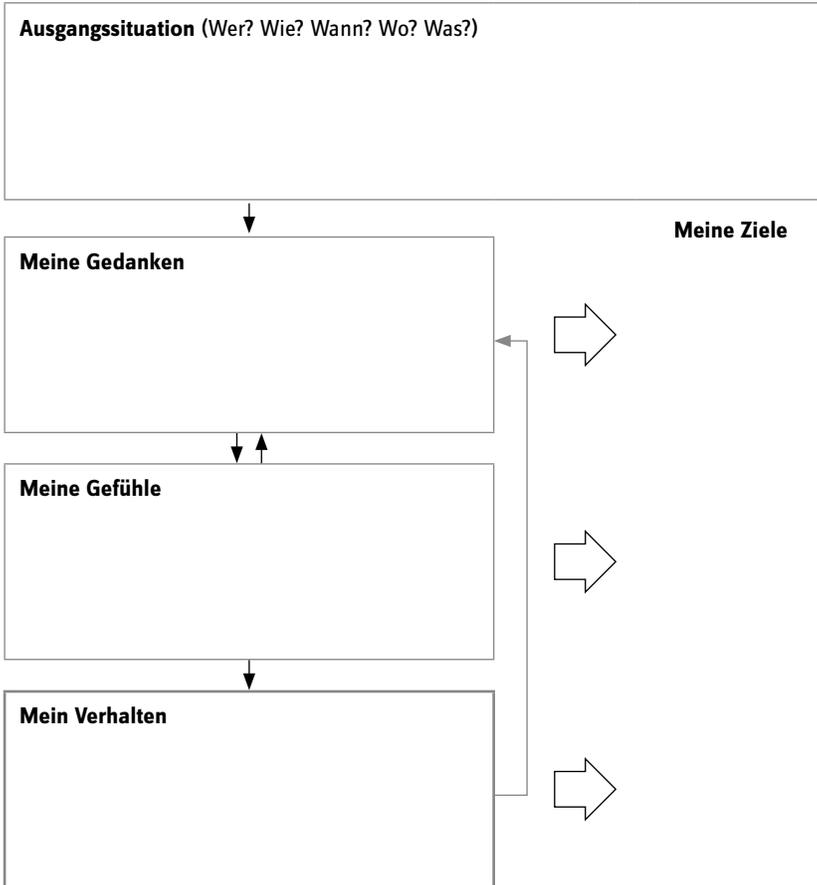
Frau Friedrich benennt die hinter ihren negativen Gedanken stehenden Gefühle:



Negative Gedanken erzeugen wiederum vermehrt negative Gefühle, die wiederum Ursache für neue negative Gedanken sind. Um diesen Teufelskreis zu durchbrechen, muss die Situation näher betrachtet werden. Hierfür analysieren Sie wie bei „Tatsachen betrachten“ (Schritt 1) neben ihren Gedanken und Gefühlen auch die jeweilige Ausgangssituation sowie ihre Reaktion (Verhalten) mithilfe von Arbeitsblatt 1. Wählen Sie möglichst eine typische Situation, die Sie in letzter Zeit selbst erlebt haben.

Arbeitsblatt 1 (Tatsachen betrachten: erlebte Situation beschreiben und Ziele setzen - Schritte 1 und 3)

Problemlöse-
training für
pflegende
Angehörige
von Schlaganfall-
Betroffenen



Arbeitsblatt 3 (Ausgewählte Veränderungsziele formulieren, umsetzen und überprüfen - Schritte 4 und 5)

<p>Ausgangssituation (Wer? Wie? Wann? Wo? Was?)</p>	<p>Ich habe meine Ziele erreicht</p> <p>➡ ja teilweise nein</p>
<p>Meine Ziel-Gedanken</p>	<p>➡ ja teilweise nein</p>
<p>Meine Ziel-Gefühle</p>	<p>➡ ja teilweise nein</p>
<p>Mein Ziel-Verhalten</p>	<p>➡ ja teilweise nein</p>

Flowchart connections:
 - Downward arrow from 'Ausgangssituation' to 'Meine Ziel-Gedanken'.
 - Upward arrow from 'Meine Ziel-Gefühle' to 'Meine Ziel-Gedanken'.
 - Downward arrow from 'Meine Ziel-Gedanken' to 'Meine Ziel-Gefühle'.
 - Downward arrow from 'Meine Ziel-Gefühle' to 'Mein Ziel-Verhalten'.
 - A vertical line on the right side of the boxes, with arrows pointing left to the 'ja teilweise nein' options for 'Meine Ziel-Gedanken', 'Meine Ziel-Gefühle', and 'Mein Ziel-Verhalten'.

Problemlöse-
training für
pflegende
Angehörige
von Schlaganfall-
Betroffenen

Problemlösetraining für pflegende Angehörige von Demenz- Patienten

Problemlöse-
training für
pflegende
Angehörige
von Demenz-
Patienten



Einleitung

148

Problemlöse-
training für
pflegende
Angehörige
von Demenz-
Patienten

„Ein Problem zu lösen ist die beste Art, es loszuwerden.“

(Brendan Francis)

Sehr geehrte Leser,

die vorliegenden Materialien sollen Sie bei der Lösung von Problemen unterstützen. Anhand eines Beispiels aus der Sicht einer Frau, die ihren an einer Demenz erkrankten Mann pflegt, wird das Problemlösetraining in sechs Schritten erklärt. Die mit dem Glühbirnensymbol gekennzeichneten Punkte sind zusätzliche allgemeine Hinweise zum Umgang mit negativen Gedanken und Gefühlen.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

„Erfolgreiche Menschen haben nicht weniger Probleme als erfolglose. Sie gehen nur anders damit um.“
(Unbekannter Autor)

Das Problemlösetraining in sechs Schritten soll Sie bei einem wirkungsvollen Umgang mit Problemen unterstützen:

1. **Tatsachen betrachten (Seite 151-153):** Vor jeder Problemlösung steht die Problemanalyse. Betrachten Sie hierfür eine typische Situation, in der Sie das Problem selbst erlebt haben.
2. **Zuversichtlich an die Lösung von Problemen herangehen (Seite 154):** Sie lösen Schwierigkeiten leichter, wenn Sie hoffnungsvoll und positiv eingestellt sind. Dies gelingt einfacher, wenn Sie hierbei Ihre Aufmerksamkeit von den Problemen auf mögliche Veränderungsschritte lenken. Beachten Sie dabei Ihre eigenen Stärken und würdigen Sie auch kleine Schritte in Richtung ihrer Ziele.
3. **Ziele setzen (Seite 155):** Welche Ziele möchten Sie erreichen?
4. **Ideen sammeln (Seite 156):** Welche Lösungsschritte fallen Ihnen zur Erreichung Ihrer Ziele ein? Lassen Sie Ihrer Fantasie freien Lauf und bewerten Sie Ihre Ideen nicht!
5. **Veränderungsschritte auswählen (Seite 157-159):** Überlegen Sie sich die Vor- und Nachteile jeder einzelnen Lösungsidee. Beachten Sie deren Umsetzbarkeit und Nutzen. Wählen Sie einen vielversprechenden Lösungsschritt aus und planen Sie dessen Umsetzung.
6. **Umsetzen und überprüfen (Seite 160-161):** Wie funktionieren die ausgewählten Lösungsschritte in der Praxis? Was funktioniert gut, was muss noch verbessert werden?

Beispiel: Ehepaar Arnold

150

Problemlöse-
training für
pflegende
Angehörige
von Demenz-
Patienten

Frau Arnold ist zum Zeitpunkt unserer Kontaktaufnahme 74 Jahre alt und wohnt mit ihrem Mann in einem Vorort von Stuttgart. Bei Herrn Arnold wurde vor zweieinhalb Jahren eine Demenz vom Alzheimer-Typ diagnostiziert. Frau Arnold waren bereits vor vier Jahren Veränderungen an ihrem Mann aufgefallen, als er große Probleme hatte, während eines Sylt-Urlaubs wieder in ihr Hotelzimmer zu finden, obwohl sie bereits das fünfte Mal dort abgestiegen waren. Da ihr Mann bis dato über einen sehr guten Orientierungssinn verfügt hatte, verstand sie zunächst nicht, was sie davon zu halten hatte. In den folgenden Monaten beobachtete sie besorgt, dass ihr Mann auch weitere Probleme im Alltag hatte. Da sie immer gerne zusammen Gesellschaftsspiele gemacht hatten, fiel ihr zunächst auf, dass er große Probleme hatte, neue Spiele zu erlernen. Als er etwa ein Jahr darauf fragte, wie die Söhne ihrer Tochter hießen, entschloss sie sich, den Hausarzt nach einer Einschätzung zu fragen. Dieser empfahl ihr, mit ihrem Mann eine Gedächtnis-Sprechstunde in einer nahe gelegenen Klinik aufzusuchen. Nach umfangreichen Tests wurden die Arnolds einige Wochen später zu einem Gespräch eingeladen, in dem ihnen die befürchtete Diagnose mitgeteilt wurde: Alzheimer-Demenz. In der Klinik bekamen sie hilfreiche Tipps für den Umgang mit dieser Krankheit und die Empfehlung, sich mit uns in Verbindung zu setzen.

Als wir das Ehepaar Arnold kennenlernen, ist Herr Arnold bereits stark abhängig von der Hilfe seiner Frau. Ist sie nicht in der Nähe, wird er unruhig, schaut sich viele Male besorgt um und wiederholt, dass er gerne nach Hause möchte. Sein Gang und seine Haltung unterscheiden ihn nicht von seinen Altersgenossen, seine Verwirrtheit tritt aber mittlerweile stark in den Vordergrund und äußert sich in häufigem Nachfragen, wo er sich befinde. Frau Arnold geht sehr liebevoll mit ihrem Mann um, verliert aber im Verlaufe des Kennenlernens auch hin und wieder die Geduld mit ihm.

Wie sie erzürnt äußert, bekommt sie statt Hilfe sehr oft den Ratschlag, ihren Mann doch in ein Pflegeheim zu geben.

Von uns verspricht sie sich neue Impulse, die ihr möglicherweise helfen, gelassener mit ihrem Mann umzugehen, da sie sich gerne, solange sie die Kraft dazu hat, um ihn kümmern möchte. Wir fragen sie nach ihren größten Problemen und legen ihr die Probleme vieler anderer pflegender Angehöriger vor, um ein Bild davon zu bekommen, welche Probleme im Alltag von Herrn und Frau Arnold auftauchen.

① **Tatsachen betrachten:** Problembereiche erfassen (Fr. Arnold)

Das erste Erfassen von Problembereichen geschieht beim ersten Hausbesuch mithilfe der Problemkarten. Frau Arnold gibt folgende belastende Bereiche an, die sie in vier Gruppen zusammenfasst:

Verhalten meines Mannes

- Mein Mann fragt immer die gleichen Fragen
- Mein Mann ist manchmal aggressiv

Angebunden sein

- Das Zurückstellen meiner Lebensplanung
- Ich habe keine Zeit für mich
- Mein Mann kann nicht allein gelassen werden
- Die fehlende Unterstützung
- Meine Einsamkeit

Die Angst um meinen Mann

- Die Angst, meinen Mann zu verlieren
- Das Leid und Leiden meines erkrankten Angehörigen beschäftigen mich häufig

Meine Erschöpfung

- Ich kann schlecht schlafen
- Meine Erschöpfung
- Meine Gereiztheit

① **Tatsachen betrachten:** Auswahl einer Situation, die Sie in letzter Zeit erlebt haben

Beispiel: Frau Arnold erzählt von einer typischen Situation aus dem Problembereich „Verhalten meines Mannes“. Die Arnolds sind Besitzer des Hauses, in dem sie wohnen. Herr Arnold hatte sich in den Jahren vor der Erkrankung gerne und viel um die Instandhaltung des Hauses gekümmert. Es handelt sich dabei um eine Wohnung über zwei Stockwerke, die das Ehepaar bewohnt, sowie eine kleinere Wohnung unterm Dach. Bis letztes Jahr hatte diese ein Student bewohnt. Seit dessen Auszug steht die Wohnung leer, da Frau Arnold sich die Option offenlassen will, einen ihrer Enkelsöhne dort wohnen zu lassen, wenn dieser sein Studium beendet hat. Er hatte seiner Großmutter versichert, ihr bei der Pflege helfen zu wollen, wenn sie diese nicht mehr allein bewältigen kann. Da Herr Arnold als ehemaliger Bankkaufmann für die Buchhaltung verantwortlich war, wartet er auch heute noch auf die Bankauszüge, um zu kontrollieren, ob die Miete eingegangen ist. Da dies nicht der Fall ist, fragt er seine Frau wiederholte Male über mehrere Tage, wo die Miete bleibe. Wenn sie ihm wahrheitsgemäß antwortet, versteht er dennoch nicht, warum die Wohnung nicht wieder vermietet sei, und macht seiner Frau diesbezüglich Vorwürfe. Wenn sie ihm aus diesem Grund gar nicht antwortet, reagiert er oft sehr ungehalten und möchte den Studenten wegen der fehlenden Miete zur Rede stellen und klingelt wutentbrannt an der Wohnungstüre. Da dieses Thema ihren Mann einen Großteil der Zeit beschäftigt, wünscht sie sich, dass wir dieses Problem zunächst angehen.

Frau Arnold fasst die Ausgangssituation, ihre Gedanken, Gefühle und ihr Verhalten zusammen.

Ausgangssituation (Wer? Wie? Wann? Wo? Was?)

Mein Mann beschäftigt sich beinahe täglich mit unseren Bankauszügen und fragt mich jedes Mal, wo denn die Miete unserer Dachgeschosswohnung sei. Unabhängig davon, was ich ihm sage, regt er sich sehr auf. Dies passiert mehrere Male in der Woche.

**Meine Gedanken**

Egal, was ich ihm erzähle, ich kann es ihm nicht recht machen, er versteht die Zusammenhänge einfach nicht mehr. Am besten antworte ich ihm nicht mehr.

**Meine Gefühle**

Gestresst, unruhig, ärgerlich und manchmal traurig.

**Mein Verhalten**

Ich versuche ihm das Fehlen des Betrages zu erklären, ihn zu beruhigen oder ihn zu ignorieren.



„Es ist weniger schwierig, Probleme zu lösen, als mit ihnen zu leben.“

(Teilhard de Chardin)

② Zuversichtlich an die Lösung von Problemen herangehen

Umgang und Wahrnehmung von Problemen sind sehr von persönlichen Haltungen geprägt. Manche von uns versuchen beispielsweise, Probleme um jeden Preis zu vermeiden. Andere wiederum sehen sie als Herausforderungen. Häufig bewerten wir ihre Lösbarkeit spontan, bevor wir über Lösungsmöglichkeiten nachgedacht haben. Für das Lösen von Problemen gibt es hinderliche und förderliche Einstellungen.

Hinderliche ProblemlöseEinstellungen:

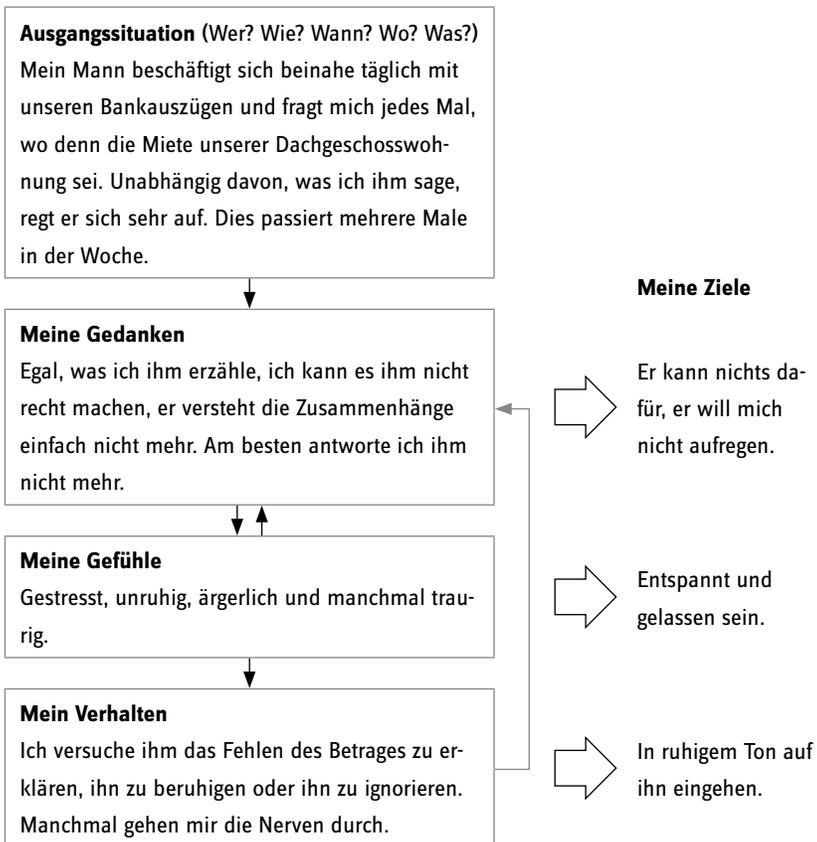
- Ich habe keine Probleme!
- Probleme müssen vermieden oder mit allen Mitteln bekämpft werden.
- Ich kann das Problem nicht lösen. Es ist zwecklos, dass ich mich bemühe.
- Das ist nicht meine Aufgabe, das Problem zu lösen.
- Ich habe das schon immer so gemacht.
- Wenn ich das angehe, wird alles nur noch schlimmer.

Förderliche ProblemlöseEinstellungen:

- Probleme sind ganz normale, alltägliche und unvermeidliche Lebensereignisse.
- Probleme sind Herausforderungen oder Gelegenheiten, an denen man wachsen und sich weiterentwickeln kann.
- Für die meisten Probleme gibt es eine Lösung. Bei Problemen halte ich inne und überlege mir, wie ich vorgehe.
- Ich gebe nicht einfach auf, wenn eine Lösung nicht schnell gefunden wird.
- Ich versuche mein Bestes. Wenn ich dennoch nicht weiterkomme, versuche ich andere Betrachtungsweisen, suche andere Lösungswege oder hole mir Hilfe. Vielleicht muss ich auch akzeptieren, dass ich meine angestrebten Ziele in diesem Punkt nicht oder nur teilweise erreichen kann.

③ Ziele setzen

Frau Arnold überlegt sich anhand der ausgewählten Situation ihre Ziel-Gedanken, ihre Ziel-Gefühle und ihr Ziel-Verhalten.



„Fantasie haben heißt nicht, sich etwas ausdenken; es heißt, sich aus den Dingen etwas machen.“
(Thomas Mann)

④ Ideen sammeln

Im nächsten und vierten Schritt geht es darum, für die Erreichung der gesetzten Ziele Lösungs- und Veränderungsideen zu entwickeln. Hierfür sollten Sie so viele Ideen wie möglich sammeln. Bewerten Sie diese zunächst noch nicht! Letztlich werden nicht alle durchführbar sein, aber einige werden dem Finden neuer Lösungen dienen (→ Quantität führt zu Qualität!). Ideen können sich sowohl auf die Ausgangssituation als auch auf die Gedanken und das Verhalten beziehen. Lassen Sie sich von Freunden, Verwandten oder anderen pflegenden Angehörigen unterstützen. Eine gute und positive Stimmung hilft Ihnen dabei.

Frau Arnold hat für die auf der vorangehenden Seite dargestellte Situation folgende Ideen:

1. Ihm die Erklärung für die fehlende Miete aufschreiben und ihm den Aufschrieb geben, sobald er fragt.
2. Die Bankauszüge vor ihm verstecken.
3. Einen ehrenamtlichen Besuchsdienst für meinen Mann engagieren.
4. Ihm geduldig die Wahrheit sagen.
5. Doch noch mal jemanden in die obere Wohnung einziehen lassen.

Von ihrer Familie kommt folgende Idee:

6. Ich bitte meinen Enkel oder die Bank, mir Bankauszüge zu entwerfen, auf denen Miet-einnahmen verzeichnet sind.

„Du musst selbst die Veränderung sein, die du in der Welt sehen willst.“

(Mahatma Gandhi)

⑤ Hilfreiche Veränderungsschritte auswählen

Im fünften Schritt geht es darum, aus den gesammelten Lösungsideen die besten Veränderungsschritte auszuwählen. Zur Erleichterung der Auswahl werden die gesammelten Ideen hinsichtlich Umsetzbarkeit und Nutzen beurteilt.

Beachten Sie bei der Einschätzung der Umsetzbarkeit Ihren eigenen Aufwand (z. B. Zeit, Kraft, Geld). Bedenken Sie aber auch die Akzeptanz der Lösungsidee durch Ihren Partner. Bei der Einschätzung des Nutzens vergegenwärtigen Sie sich nochmals die von Ihnen in Schritt 3 gesetzten Ziele.

Für die Kennzeichnung Ihrer Bewertung verwenden Sie bitte folgende Zeichen:

Umsetzbarkeit: sehr schwierig (- -), eher schwierig (-), neutral (-/+), eher einfach (+), sehr einfach (+ +), unklar (?)

Nutzen: sehr gering (- -), eher gering (-), neutral (-/+), eher groß (+), sehr groß (+ +), unklar (?)

Beispiele:

1. Ihm die Erklärung für die fehlende Miete aufschreiben und ihm den Aufschrieb geben, sobald er fragt.
→ Ich könnte ihm ja nichts über seine Erkrankung schreiben, sondern einfach, dass die Wohnung für seinen Enkel leer steht. Wie er darauf reagiert, kann ich nicht einschätzen. Umsetzbarkeit: ++, Nutzen: ?

6. Ich bitte meinen Enkel, mir Bankauszüge zu entwerfen, auf denen Mieteinnahmen verzeichnet sind.
→ Dies wäre wahrscheinlich sehr hilfreich. Aber ich kann meinen Mann nicht anlügen, das wäre nicht in Ordnung. Umsetzbarkeit: - -, Nutzen: ++

Für die Kennzeichnung Ihrer Bewertung verwenden Sie bitte folgende Zeichen:

Umsetzbarkeit: sehr schwierig (- -), eher schwierig (-), neutral (-/+), eher einfach (+),
sehr einfach (+ +), unklar (?)

Nutzen: sehr gering (- -), eher gering (-), neutral (-/+), eher groß (+), sehr groß (+ +),
unklar (?)

	Lösungsideen	Umsetz- barkeit	Nutzen
①	Ihm die Erklärung für die fehlende Miete aufschreiben und ihm den Aufschrieb geben, sobald er fragt.	+ +	?
2	Die Bankauszüge vor ihm verstecken. → Ich glaube, er käme dahinter, und dann müsste ich ihn anlügen.	+ +	-
3	Einen ehrenamtlichen Besuchsdienst für meinen Mann engagieren. → Ich glaube, mein Mann möchte keinen Besuchsdienst.	-	+
4	Ihm geduldig die Wahrheit sagen. → Er würde es nicht immer akzeptieren, und ich würde es nicht immer hinbekommen.	-/+	-/+
5	Doch noch mal jemanden in die obere Wohnung einziehen lassen. → Bekomme ich die Person dann raus, wenn ich die Wohnung für meinen Enkel brauche?	--	+ +
6	Ich bitte meinen Enkel, mir Bankauszüge zu entwerfen, auf denen Mieteinnahmen verzeichnet sind.	--	+ +

„Es ist verrückt, die gleichen Dinge zu tun, die man schon immer getan hat, und dabei zu erwarten, dass man andere Ergebnisse erzielt als in der Vergangenheit.“

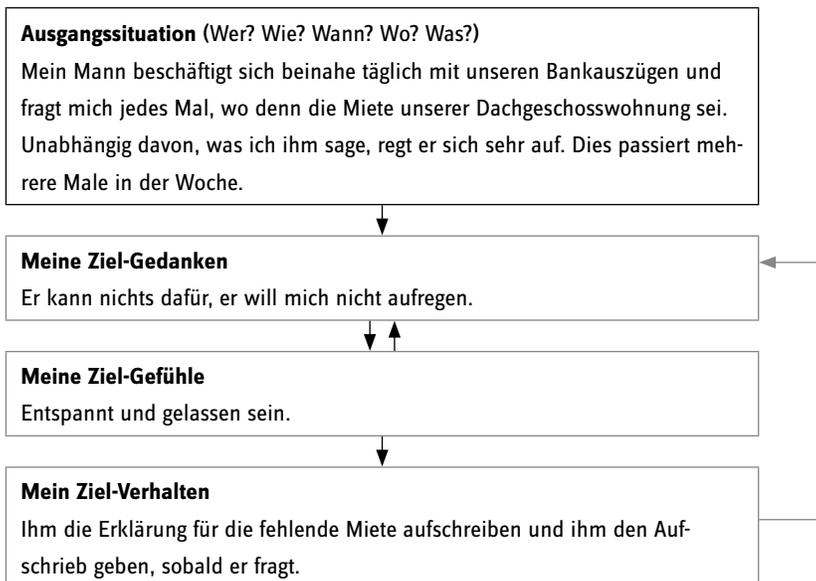
(Unbekannter Autor)

Lösungsidee 1 wird von Frau Arnold sowohl hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit als auch ihres Nutzens positiv bewertet:

1. Ihm die Erklärung für die fehlende Miete aufschreiben und ihm den Aufschrieb geben, sobald er fragt.

Frau Arnold möchte diese Lösungsidee zunächst ausprobieren und beschreibt die angestrebten Veränderungsschritte mithilfe des bereits bei Schritt 1 verwendeten Schaubilds.

Frau Arnold füllt das Schaubild von Schritt 1 nochmals aus und fügt ihre Lösungsideen ein.



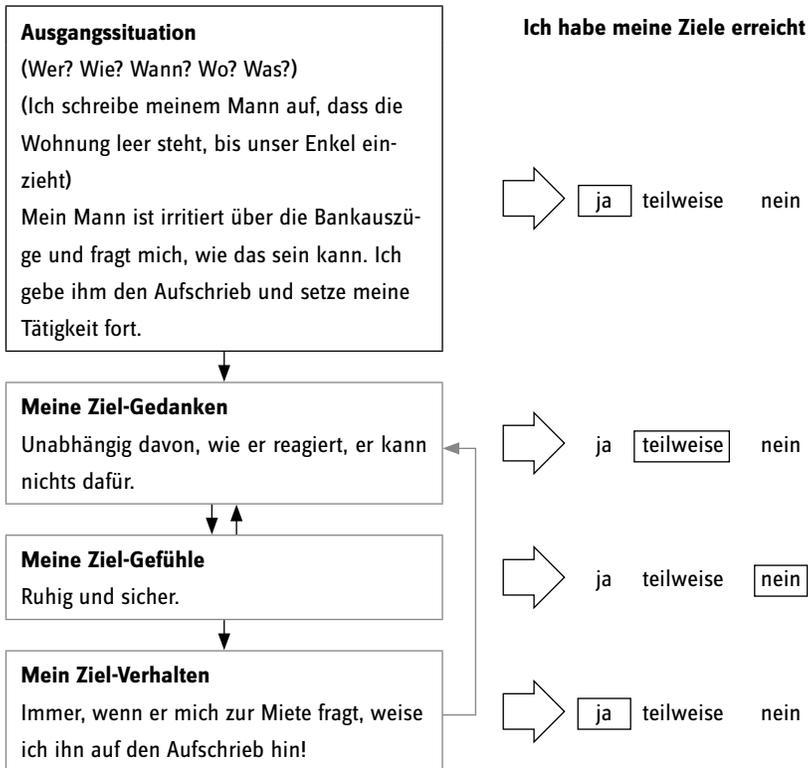
⑥ Umsetzen und überprüfen

Frau Arnold erzählt, dass ihr Mann zu Beginn sehr irritiert war und erstaunt nachfragte, ob sie jetzt nicht mehr mit ihm rede und was er falsch gemacht habe. Positiv sieht sie, dass ihr Mann seither nicht zur Dachwohnung gestürmt ist und sich entsprechend nicht so stark aufgeregt hat.

Frau Arnold betrachtet nochmals die im dritten Schritt festgelegten Ziele:

1. Ziel-Gedanken: Sie hat sich immer wieder aktiv ins Gedächtnis gerufen, dass sein Verhalten nur ein Ausdruck seiner Stärken ist – er war früher in Geldangelegenheiten sehr korrekt.
2. Ziel-Gefühle: Da er den Zettel nicht parat hat, fragt er genauso oft nach einer Erklärung für das fehlende Geld wie zuvor, was sie nach wie vor aufregt. Aber sie ist nicht mehr so verärgert. Dafür ist sie aber häufiger traurig.
3. Ziel-Verhalten: Sie hat sich konsequent an ihre eigenen Vorgaben gehalten, überlegt aber flexibler zu reagieren.

Mit dem Erreichen des ersten Ziels ist Frau Arnold sehr zufrieden. Früher hat sie seine Ausbrüche oft persönlich genommen. Insgesamt ist sie noch nicht überzeugt, dass dieser Lösungsansatz dauerhaft bei der Umsetzung ihrer Ziele hilft, da ihr Mann sehr oft traurig wirkt, weil sie es ihm nicht erklärt, sondern sich fast wortlos wieder ihrer Aufgabe zuwendet.



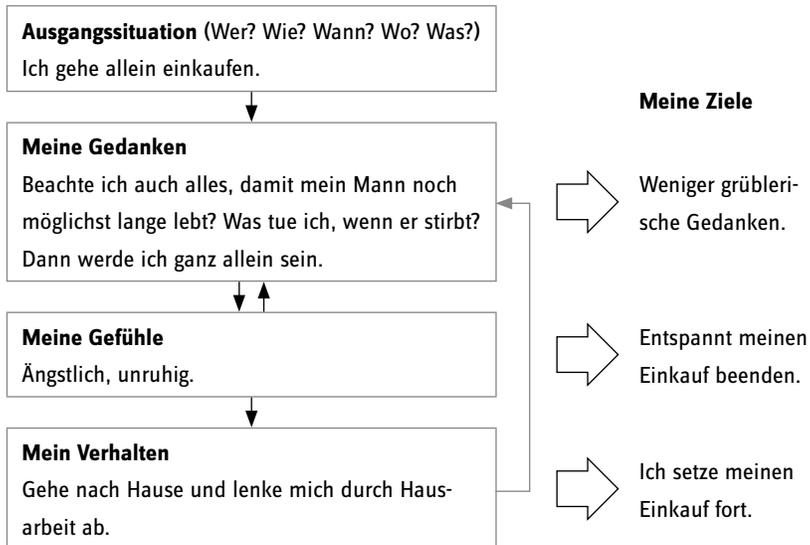


Wenn die ausgewählten Lösungsschritte nicht umgesetzt werden konnten, betrachten Sie Ihren tatsächlichen Lösungsversuch noch einmal genauer. Nehmen Sie hierzu ein neues Arbeitsblatt 1 mit den vier Feldern (Ausgangssituation, Gedanken, Gefühle, Verhalten) zur Hand und tragen die nicht gelungenen oder nur teilweise gelungenen Lösungsschritte ein. Überlegen Sie sich, warum die Umsetzung nicht gelungen ist. Denken Sie gegebenenfalls über Zwischenschritte nach, die für Sie einfacher umzusetzen sind. Vielleicht hilft auch ein unterstützender Satz, den Sie sich in der Situation in Erinnerung rufen. Sammeln Sie auch hier Ideen und wählen die vielversprechendsten aus. Lassen Sie sich dabei ruhig unterstützen. Haben Sie die Lösungsschritte wie geplant umgesetzt und dennoch die Ziele nicht erreicht, dann überlegen Sie, ob Sie Ihre Ziele verändern wollen oder andere Lösungsschritte notwendig sind. Gehen Sie hierfür nochmals die Liste mit Ihren Lösungsideen durch. Beachten Sie v. a. auch die Ideen, von denen Sie positiven Nutzen erwarten, deren Umsetzung Sie aber negativ beurteilen.

Beispiel:

Ich bitte meinen Enkel, mir Bankauszüge zu entwerfen, auf denen Mieteinnahmen verzeichnet sind. Umsetzbarkeit: --, Nutzen: + +

Frau Arnold gibt an, sie wolle ihren Mann nicht hinters Licht führen. Deshalb habe sie die Umsetzbarkeit negativ bewertet. Nach ein paar Wochen unserer Beratung und mit zunehmendem Wissen darum, dass in erster Linie die Umgebung in der Verantwortung steht, dem demenziell Erkrankten das Gefühl zu geben, sich noch zurechtzufinden, und Verwirrendes möglichst fernzuhalten, erzählt Frau Arnold, dass sie die Idee nochmals aufgenommen hat. Ihr Enkel habe sie ermuntert, es einfach auszuprobieren, und hat ihr dafür Bankauszüge entworfen und sogar eine kleine Mieterhöhung eingetragen. Sie erzählt, dass sie es erst nicht übers Herz gebracht hat, aber als die Situation trotz des Aufschriebs eskalierte, setzte sie den Lösungsschritt um. Zu ihrer Überraschung nahm ihr Mann die Bankauszüge entgegen, warf einen Blick darauf, heftete sie ab und verlor kein Wort über das Gelesene. Wir besprachen ihr schlechtes Gewissen bezüglich dieser Notlüge, und sie meinte, dass die positiven Auswirkungen auf ihren Mann so groß seien, dass sie gelernt habe, ihr Verhalten zu akzeptieren.

Arbeitsblatt 1 (Tatsachen betrachten und Ziele setzen - Schritte 1 und 3)


Arbeitsblatt 2 (Ideen sammeln und bewerten - Schritte 4 und 5)

Nr.	Lösungsideen	Umsetzbarkeit	Nutzen
①	Ich sage mir: Ich tue mein Bestes!	++	+
2	Ich gehe nur noch in Begleitung einkaufen und lasse mich ablenken.	-	+
③	Ich sage mir: Ich konzentriere mich auf den Augenblick.	++	?
4	Ich besuche ein Entspannungstraining.	-	?
5	Ich spreche mit meinem Mann über meine Ängste.	-	?
⑥	Ich spreche mit meiner Tochter über meine Ängste.	+/-	+
⑦	Die Verhinderung einer zusätzlichen Erkrankung meines Mannes steht nicht in meiner Macht.	++	?
8	Ich will nicht mehr daran denken.	++	-
9	Ich sage mir, vielleicht ist es besser, wenn er nicht mehr leiden muss.	--	--

Umsetzbarkeit: sehr schwierig (--), eher schwierig (-), neutral (-/+), eher einfach (+), sehr einfach (++), unklar (?)

Nutzen: sehr gering (--), eher gering (-), neutral (-/+), eher groß (+), sehr groß (++), unklar (?)

Arbeitsblatt 3 (Veränderungsschritte auswählen, Erfolg bewerten - Schritte 5 und 6)

<p>Ausgangssituation (Wer? Wie? Wann? Wo? Was?) Ich gehe allein spazieren. (Ich habe meine Ängste mit meiner Tochter besprochen)</p>	<p>Ich habe meine Ziele erreicht</p> <p>➔ ja teilweise <input checked="" type="checkbox"/> nein</p>
<p>Meine Ziel-Gedanken Ich tue mein Bestes und konzentriere mich auf den Augenblick. Die Verhinderung einer zusätzlichen Krankheit steht nicht in meiner Macht.</p>	<p>➔ ja <input checked="" type="checkbox"/> teilweise nein</p>
<p>Meine Ziel-Gefühle Entspannt.</p>	<p>➔ ja <input checked="" type="checkbox"/> teilweise nein</p>
<p>Mein Ziel-Verhalten Ich setze meinen Einkauf fort</p>	<p>➔ <input checked="" type="checkbox"/> ja teilweise nein</p>

„Ein Mann will ein Bild aufhängen. Den Nagel hat er, nicht aber den Hammer. Der Nachbar hat einen. Also beschließt unser Mann, hinüberzugehen und ihn auszuborgen. Doch da kommt ihm ein Zweifel: Was, wenn der Nachbar mir den Hammer nicht leihen will? Gestern schon grüßte er mich nur so flüchtig. Vielleicht war er in Eile. Vielleicht hat er die Eile nur vorgeschützt, und er hat was gegen mich. Und was? Ich habe ihm nichts getan; der bildet sich da etwas ein. Wenn jemand von mir ein Werkzeug borgen wollte, ich gäbe es ihm sofort. Und warum er nicht? Wie kann man einem Mitmenschen einen so einfachen Gefallen abschlagen? Leute wie dieser Kerl vergiften einem das Leben. Und dann bildet er sich noch ein, ich sei auf ihn angewiesen. Bloß weil er einen Hammer hat. Jetzt reicht's mir wirklich. - Und so stürmt er hinüber, läutet, der Nachbar öffnet, doch bevor er „Guten Tag“ sagen kann, schreit ihn unser Mann an: „Behalten Sie Ihren Hammer!“
(aus Paul Watzlawick: Anleitung zum Unglücklichsein, Piper 2003)



Negative Selbstgespräche erkennen und stoppen

Wir nehmen unsere Umwelt durch allerlei persönliche Filter wahr. Hierbei spielen viele Faktoren eine Rolle, wie z. B. die eigenen Werte und Erwartungen, frühere Erfahrungen, die augenblickliche Stimmung usw. Das Wahrgenommene versuchen wir wiederum einzuordnen, zu erklären und zu beurteilen. Bei diesen Prozessen steuern wir unsere Wahrnehmung häufig so, dass wir unangenehme Gefühle vermeiden und das „Chaos“ der Welt vereinfachen. Hierbei wenden wir nicht selten eine Reihe von Denkmechanismen an, die gleichzeitig die Grundlage für Leid erzeugende Gedanken sind. Die Wichtigsten dieser Mechanismen, die gerade in schwierigen Situationen auftreten, sind:

1. Verallgemeinerungen („Alle sind gegen mich“)
2. Negative Filter (Gute Informationen werden ignoriert, nur negative Informationen werden in Betracht gezogen)
3. Ablenken (sich und den anderen nicht ernst nehmen)
4. Bagatellisieren und Normalisieren (alles als „normal“ ansehen)
5. Alles-oder-Nichts-Denken („Schwarz-Weiß-Sehen/Denken“): verhindert Kompromisse und kleine Schritte
6. Gedankenlesen (Ich weiß, was der andere denkt und fühlt, ohne mit ihm je darüber gesprochen zu haben)
7. Weglassen von Informationen (So verrät z. B. die Aussage „Ich muss das tun“ nicht, wer der Antreiber ist)

„Es sind nicht die Dinge, die uns unglücklich machen, es ist unsere Sicht der Dinge.“

(Epiktet)



Beispiele für negative Gedanken: Frau Arnold

Bei näherem Überlegen fallen Frau Arnold einige Beispiele für negative Selbstgespräche ein, die gehäuft an „schlechten Tagen“ auftreten:

- a) Mein Mann versteht mich nie. (→ Verallgemeinerung)
- b) Durch die Demenz meines Mannes kann ich alle meine Pläne begraben. (→ Alles-oder-Nichts-Denken)
- c) Meine Tochter kommt nur selten zu Besuch, weil sie der Anblick ihres Vaters zu sehr belastet. (→ Gedankenlesen)
- d) Ich muss mich für meinen Mann völlig aufopfern. (→ Weglassen von Informationen)
- e) Wenn meine Tochter anruft und sich nach meinem Befinden fragt, wechsle ich schnell das Thema. (→ Ablenken)

Bei näherer Betrachtung fällt Frau Arnold auf, dass ihr Mann sie sehr oft versteht (Beispiel a), ihr Fokus aber auf den Missverständnissen liegt. Hinsichtlich ihrer Zukunftspläne (Beispiel b) merkt Frau Arnold, dass sie sich überhaupt nicht mehr gestattet, an eigene Vorhaben zu denken. Bei näherer Überlegung fallen ihr durchaus zukünftige Vorhaben ein (z. B. die Teilnahme an einem Kurs in Aquarellmalen), die sich mit Organisationsgeschick realisieren ließen. Mit ihrer Familie hat sie darüber bislang noch nicht gesprochen. Mit ihrer Tochter hat Frau Arnold ebenfalls noch nicht gesprochen (Beispiel c). Sie bemerkt aber, dass sie sie bereits seit Monaten nicht mehr eingeladen oder sie von sich aus angerufen hat. Frau Arnold merkt an, dass ihr Mann nie von ihr verlangt hat, dass sie sich völlig für ihn aufopfert. Sie fühlt sich in der Pflegerolle manchmal sehr hin- und hergerissen zwischen ihrem Verpflichtungsgefühl zur partnerschaftlichen Unterstützung, die sie durchaus gerne leistet, und dem Gefühl, dass sie manchmal völlig überlastet ist. Frau Arnold meint, dass es ihr schwerfalle, darüber mit ihrem Mann oder ihrer Tochter (Beispiel e) zu sprechen. Die Beispiele zeigen, dass wir durch Gedankenmechanismen unsere Umwelt und unsere eigenen Möglichkeiten durch eine negative Brille sehen. Es lohnt sich, dies als Signal zu nehmen, innezuhalten und die dahinterliegenden Gefühle wahrzunehmen.

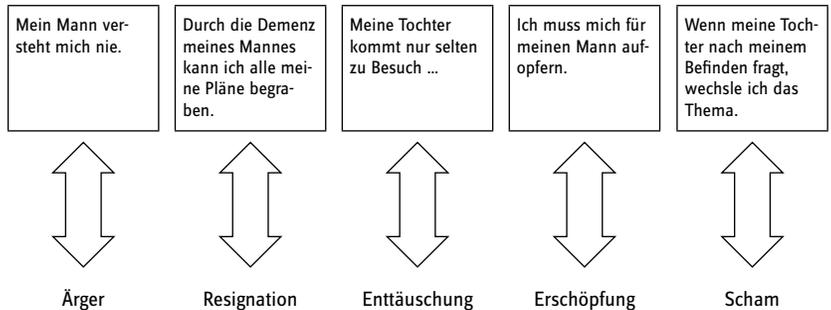
„Das Problem zu erkennen ist wichtiger, als die Lösung zu erkennen, denn die genaue Darstellung des Problems führt zur Lösung.“
(Albert Einstein)



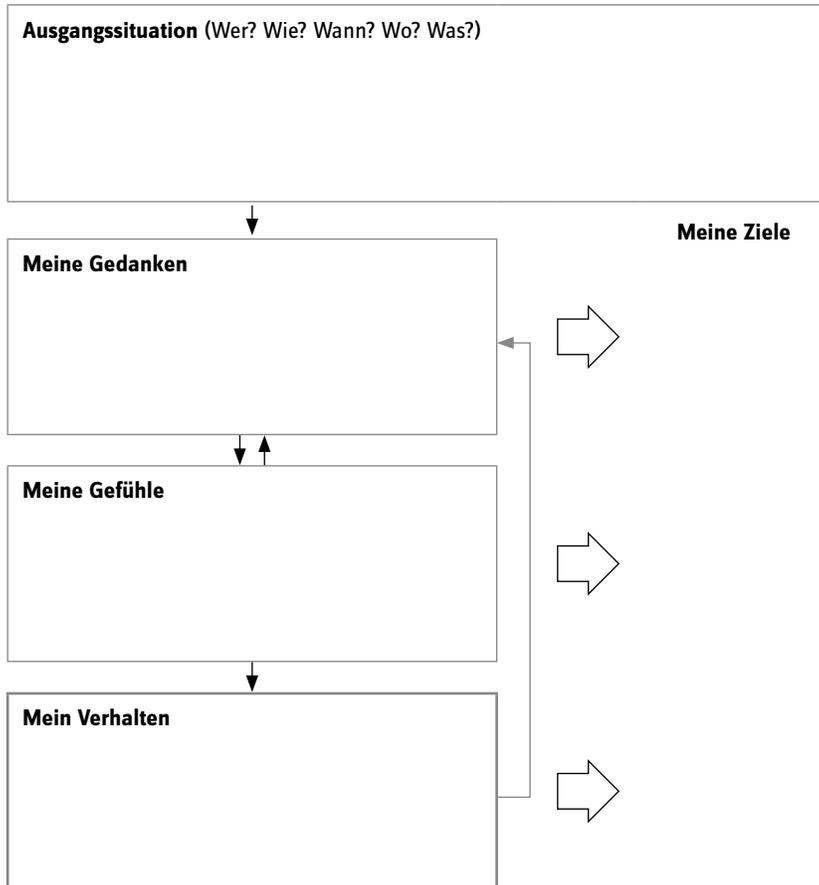
Gedanken und Gefühle

Die negativen Gedanken gehen immer mit Gefühlen einher, die wir häufig nicht bewusst wahrnehmen.

Frau Arnold benennt die hinter ihren negativen Gedanken stehenden Gefühle:



Negative Gedanken erzeugen wiederum vermehrt negative Gefühle, die wiederum Ursache für neue negative Gedanken sind. Um diesen Teufelskreis zu durchbrechen, muss die Situation näher betrachtet werden. Hierfür analysieren Sie wie bei „Tatsachen betrachten“ (Schritt 1) neben Ihren Gedanken und Gefühlen auch die jeweilige Ausgangssituation sowie Ihre Reaktion (Verhalten) mithilfe von Arbeitsblatt 1. Wählen Sie möglichst eine typische Situation, die Sie in der letzten Zeit selbst erlebt haben.

Arbeitsblatt 1 (Tatsachen betrachten: erlebte Situation beschreiben und
Ziele setzen - Schritte 1 und 3)

Arbeitsblatt 3 (Ausgewählte Veränderungsziele formulieren, umsetzen
 und überprüfen - Schritte 4 und 5)

Ausgangssituation (Wer? Wie? Wann? Wo? Was?)	Ich habe meine Ziele erreicht <input type="checkbox"/> ja teilweise nein
Meine Ziel-Gedanken	<input type="checkbox"/> ja teilweise nein
Meine Ziel-Gefühle	<input type="checkbox"/> ja teilweise nein
Mein Ziel-Verhalten	<input type="checkbox"/> ja teilweise nein

The diagram shows a vertical flow of four boxes: 'Ausgangssituation', 'Meine Ziel-Gedanken', 'Meine Ziel-Gefühle', and 'Mein Ziel-Verhalten'. Arrows indicate a downward flow from 'Ausgangssituation' to 'Meine Ziel-Gedanken', from 'Meine Ziel-Gedanken' to 'Meine Ziel-Gefühle', and from 'Meine Ziel-Gefühle' to 'Mein Ziel-Verhalten'. A double-headed arrow connects 'Meine Ziel-Gedanken' and 'Meine Ziel-Gefühle'. To the right of each box is a feedback section titled 'Ich habe meine Ziele erreicht' with three options: 'ja', 'teilweise', and 'nein'. A vertical line on the right side of the boxes has arrows pointing left to each of the four feedback sections.

Kartenset



Kartenset

<p>1 Ich bin verantwortlich für die Haushaltstätigkeiten (Kochen, Einkaufen, Putzen, ...)</p>	<p>1 Ich bin verantwortlich für die Haushaltstätigkeiten (Kochen, Einkaufen, Putzen, ...)</p>
<p>2 Mein Wissen über die Erkrankung und Pflege meines Partners/Angehörigen erscheint mir nicht ausreichend.</p>	<p>2 Mein Wissen über die Erkrankung und Pflege meines Partners/Angehörigen erscheint mir nicht ausreichend.</p>
<p>3 Das Leid und Leiden meines Partners/Angehörigen beschäftigten mich häufig.</p>	<p>3 Das Leid und Leiden meines Partners/Angehörigen beschäftigten mich häufig.</p>
<p>4 Meine Gesundheit ist beeinträchtigt.</p>	<p>4 Meine Gesundheit ist beeinträchtigt.</p>

5

Krankenkasse, Pflegedienst oder Ärzte berücksichtigen meine Anliegen zu wenig.

5

Krankenkasse, Pflegedienst oder Ärzte berücksichtigen meine Anliegen zu wenig.

6

Ich bin verantwortlich für die organisatorischen und finanziellen Angelegenheiten meines Partners/Angehörigen (Termine, Pflegekasse, ...).

6

Ich bin verantwortlich für die organisatorischen und finanziellen Angelegenheiten meines Partners/Angehörigen (Termine, Pflegekasse, ...).

7

Ich habe Angst, dass ich eines Tages nicht mehr in der Lage bin, meinen Partner zu pflegen (eigene Erkrankung, Überforderung...).

7

Ich habe Angst, dass ich eines Tages nicht mehr in der Lage bin, meinen Partner zu pflegen (eigene Erkrankung, Überforderung...).

8

Bestimmte Verhaltensweisen meines Partners/Angehörigen sind mir unangenehm (z.B. Essverhalten, Äußerungen).

8

Bestimmte Verhaltensweisen meines Partners/Angehörigen sind mir unangenehm (z.B. Essverhalten, Äußerungen).

Kartenset

<p>9 Ich habe niemanden, der meinen Partner/Angehörigen stundenweise betreut.</p>	<p>9 Ich habe niemanden, der meinen Partner/Angehörigen stundenweise betreut.</p>
<p>10 Mein Schlaf ist gestört (Einschlafen, Durchschlafen).</p>	<p>10 Mein Schlaf ist gestört (Einschlafen, Durchschlafen).</p>
<p>11 Die Pflege meines Partners/Angehörigen strengt mich körperlich an.</p>	<p>11 Die Pflege meines Partners/Angehörigen strengt mich körperlich an.</p>
<p>12 Es fällt mir schwer, meinen Partner/Angehörigen stundenweise allein (oder mit einer anderen Person) zu lassen.</p>	<p>12 Es fällt mir schwer, meinen Partner/Angehörigen stundenweise allein (oder mit einer anderen Person) zu lassen.</p>

1 3

Ich fühle mich häufig unter Druck
(Zeit, Partner).

1 3

Ich fühle mich häufig unter Druck
(Zeit, Partner).

1 4

Ich habe oder nehme mir nicht genug
Zeit für meine eigenen Interessen.

1 4

Ich habe oder nehme mir nicht genug
Zeit für meine eigenen Interessen.

1 5

Ich fühle mich erschöpft und kraftlos.

1 5

Ich fühle mich erschöpft und kraftlos.

1 6

In bin verantwortlich für die
Beschäftigung oder Unterhaltung
meines Partners/Angehörigen.

1 6

In bin verantwortlich für die
Beschäftigung oder Unterhaltung
meines Partners/Angehörigen.

Kartenset

17

Ich habe Angst, dass sich der Gesundheitszustand meines Partners verschlechtert.

17

Ich habe Angst, dass sich der Gesundheitszustand meines Partners verschlechtert.

18

Außerhalb der Pflegekonstellation kommt es zu Konflikten und Spannungen mit anderen Personen (Kinder, Verwandte, Nachbarn).

18

Außerhalb der Pflegekonstellation kommt es zu Konflikten und Spannungen mit anderen Personen (Kinder, Verwandte, Nachbarn).

19

Ich habe Angst, dass meinem Partner/Angehörigen etwas passiert (Schlaganfall, Tod).

19

Ich habe Angst, dass meinem Partner/Angehörigen etwas passiert (Schlaganfall, Tod).

20

Es gibt Situationen, in denen ich gereizt oder ungeduldig bin.

20

Es gibt Situationen, in denen ich gereizt oder ungeduldig bin.

21

Ich fühle mich häufig einsam und isoliert (wegen fehlender Sozialkontakte, ...).

21

Ich fühle mich häufig einsam und isoliert (wegen fehlender Sozialkontakte, ...).

22

Es gibt Situationen, in denen mein Partner gereizt oder aggressiv ist.

22

Es gibt Situationen, in denen mein Partner gereizt oder aggressiv ist.

23

Es gibt Situationen, in denen ich denke, dass ich meinem Partner/Angehörigen nicht gerecht werde.

23

Es gibt Situationen, in denen ich denke, dass ich meinem Partner/Angehörigen nicht gerecht werde.

24

Mein Partner/Angehöriger kann seine bzw. unsere Situation nicht richtig einschätzen.

24

Mein Partner/Angehöriger kann seine bzw. unsere Situation nicht richtig einschätzen.

Kartenset

<p>25 Meine Gedanken kreisen immer wieder um dieselben Themen.</p>	<p>25 Meine Gedanken kreisen immer wieder um dieselben Themen.</p>
<p>26 Mein Partner/Angehöriger will oder kann nicht essen/trinken.</p>	<p>26 Mein Partner/Angehöriger will oder kann nicht essen/trinken.</p>

<p>27 Wir befinden uns in einer schwierigen finanziellen Situation.</p>	<p>27 Wir befinden uns in einer schwierigen finanziellen Situation.</p>
<p>28 Ich habe zu wenige Gelegenheiten, in denen ich mich über meine Situation austauschen kann.</p>	<p>28 Ich habe zu wenige Gelegenheiten, in denen ich mich über meine Situation austauschen kann.</p>

2 0

Mein Partner/Angehöriger ist harn-/stuhlinkontinent oder muss sehr häufig auf die Toilette.

2 0

Mein Partner/Angehöriger ist harn-/stuhlinkontinent oder muss sehr häufig auf die Toilette.

3 0

Mein Partner/Angehöriger ist deprimiert/antriebslos.

3 0

Mein Partner/Angehöriger ist deprimiert/antriebslos.

3 1

Mein Partner/Angehöriger kann sich nichts merken.

3 1

Mein Partner/Angehöriger kann sich nichts merken.

3 2

Mein Partner/Angehöriger möchte oder kann nicht allein gelassen werden.

3 2

Mein Partner/Angehöriger möchte oder kann nicht allein gelassen werden.

Kartenset

<p>33 Mein Partner/Angehöriger gibt sich nicht genügend Mühe (wenig Training, kein gesundheitsbewusstes Verhalten, ruft mich ständig).</p>	<p>33 Mein Partner/Angehöriger gibt sich nicht genügend Mühe (wenig Training, kein gesundheitsbewusstes Verhalten, ruft mich ständig).</p>
<p>34 Manchmal fühle ich mich niedergeschlagen.</p>	<p>34 Manchmal fühle ich mich niedergeschlagen.</p>

<p>35 Mein Partner/Angehöriger kann sich nicht mit mir verständigen.</p>	<p>35 Mein Partner/Angehöriger kann sich nicht mit mir verständigen.</p>
<p>36 Ich vermisse gemeinsame Aktivitäten mit meinem Partner.</p>	<p>36 Ich vermisse gemeinsame Aktivitäten mit meinem Partner.</p>

③ ⑦

Meine beruflichen und privaten Anforderungen lassen sich nur schwer vereinbaren.

③ ⑦

Meine beruflichen und privaten Anforderungen lassen sich nur schwer vereinbaren.

③ ③

Meine Bedürfnisse nach Nähe/ körperlichem Kontakt kann ich mit meinem Partner nicht leben.

③ ③

Meine Bedürfnisse nach Nähe/ körperlichem Kontakt kann ich mit meinem Partner nicht leben.

Materialband

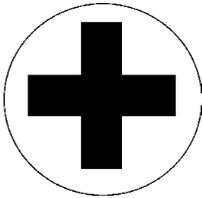


Inhaltsverzeichnis

Umgang mit dem erkrankten Angehörigen	188
Entspannung muss sein	193
Depression.....	198
Entlastung und Unterstützung.....	204
Umgang mit herausforderndem Verhalten.....	209
Stürze vermeiden	214
Betreuungsrecht - Vorsorgen ist besser.....	219
Umgang mit Schmerzen	228
Bewegung tut gut.....	234
Rund um die Pflegeversicherung.....	240
Ernährung.....	249

Hinweis:

Alle Informationen zu Gesetzen und rechtlichen Vorschriften sind auf dem Stand von Oktober 2010. Die Inhalte der Seiten wurden nach bestem Wissen und Gewissen erstellt. Für die dargestellten Informationen wird kein Anspruch auf Vollständigkeit, Aktualität und Richtigkeit erhoben. Es kann keine Verantwortung für Schäden übernommen werden, die durch das Vertrauen auf die Inhalte dieser Materialien oder deren Gebrauch entstehen.



Im Notfall schnell handeln!

Ohne Ihnen unnötigerweise Angst machen zu wollen, ist es wichtig, auf bestimmte Notfälle vorbereitet zu sein, um schnell und richtig handeln zu können!

Hier sind für Sie Nummern für den Notfall eingetragen:

112 (Feuerwehr) oder 19 222 (Notarzt/Rettungsdienst)

Hier können Sie die Nummer ihres Hausarztes eintragen:

Warnzeichen eines Schlaganfalls:

- plötzlich einsetzender Schwindel mit Gangunsicherheit;
- halbseitige Lähmungserscheinungen und/oder Taubheitsgefühle auf einer Körperseite;
- einseitig herabhängender Mundwinkel;
- Sehstörungen (z. B. Sehen von Doppelbildern oder Assoziationsbildern), möglicherweise mit plötzlichem kurzzeitigem Erblinden eines Auges;
- Defekte im Gesichtsfeld, z. B. schwarze Löcher beim Sehen;
- erstmalig und plötzlich auftretende sehr heftige Kopfschmerzen;
- Sprachstörungen.

Warnsignale für einen Herzinfarkt:

Ein Herzinfarkt kann plötzlich und sehr intensiv auftreten. Die meisten Herzinfarkte beginnen jedoch langsam mit einem nur geringen Schmerz oder lediglich mit einem Gefühl des allgemeinen Unwohlseins. Warten Sie nicht zu lange damit, Hilfe in Anspruch zu nehmen!

Die Warnzeichen eines Herzinfarkts sind:

- Beschwerden wie Unwohlsein, ein unbehagliches Druckgefühl auf der Brust, ein Völlegefühl oder Schmerzen in der Mitte der Brust, die länger als einige Minuten anhalten oder für einige Zeit verschwinden und wiederkehren;
- Schmerzen oder Unbehagen in einem oder in beiden Armen, im Rücken, im Hals, im Unterkiefer oder im Magen;

- Kurzatmigkeit, die häufig zeitgleich mit oder vor dem Unbehagen in der Brust auftritt;
- Kaltschweiß, Übelkeit mit Brechreiz oder ein Gefühl der Benommenheit.

Bei Brustbeschwerden allein oder beim Auftreten eines oder mehrerer der anderen Symptome rufen Sie unverzüglich einen Notarzt. Jede Minute zählt!

Umgang mit dem erkrankten Angehörigen

Als pflegender Angehöriger sind Sie oft mit neuen Situationen konfrontiert und nicht immer darauf vorbereitet. Die eintretenden Veränderungen und Neuerungen können viele verschiedene Aspekte des Zusammenlebens mit der erkrankten Person betreffen.

Die folgenden Hinweise sollen Sie bei der Betreuung Ihres Angehörigen unterstützen.

Allgemeine Tipps

- Schaffen Sie sich als Betreuungsperson auch Erholungszeiten und eigenen Freiraum, um die Belastungen meistern zu können. Überlegen Sie sich, wer Sie möglicherweise entlasten könnte (z. B. Verwandte, Freunde, ehrenamtlicher Besuchsdienst, ambulanter Dienst).
- Versuchen Sie, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und nachlassender Aufmerksamkeit Ihres Angehörigen mit Geduld zu begegnen.
- Wenn Sie spüren, dass Ihre Aufmerksamkeit immer wieder auf negativen Aspekten und Defiziten ruht, versuchen Sie innezuhalten und innerlich einen Schritt zurückzutreten. Gehen Sie Ihren letzten Tag nochmals durch und schauen Sie, ob es Möglichkeiten für Sie gibt, Situationen oder Augenblicke in einem anderen, vielleicht positiveren oder liebevolleren Licht zu sehen. Oft kann ein veränderter Blickwinkel schon viel bewirken.
- Versuchen Sie, Ihren Angehörigen in seiner Selbstständigkeit so weit wie möglich zu unterstützen.
- Führen Sie Ihrem Angehörigen nicht vor Augen, was er nicht mehr kann. Ermöglichen Sie ihm Erfolgserlebnisse bei alltäglichen Aktivitäten.
- In der Betreuung von erkrankten Angehörigen ist es normal, dass es immer wieder Phasen gibt, in denen man sich der Situation nicht mehr gewachsen und völlig über-

lastet fühlt. Scheuen Sie sich nicht, professionelle Hilfe von außen in Anspruch zu nehmen. Den nächsten Pflegestützpunkt/die nächste Beratungsstelle finden Sie hier (Adresse und Telefonnummer bitte selbst eintragen):

Wenn ihr Angehöriger eine Halbseitenlähmung (Hemiplegie) hat

- Achten Sie darauf, dass Bewegungen und Aktivitäten bewusst über die gelähmte Seite ausgeführt werden.
- Die beeinträchtigte Körperhälfte soll an der offenen Bettseite liegen.
- Die Gesprächspartner sollten, wenn möglich, Ansprache und Blickkontakt zu ihrem Angehörigen immer über die betroffene Seite wählen (d. h., Sie sollten sich bei einer Lähmung der rechten Körperhälfte auch immer rechts neben den Betroffenen setzen).
- Achtung: Das Verletzungsrisiko auf der schwächeren Seite ist durch die eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit oder die Ausfälle besonders hoch! Der Betroffene selbst kann die daraus entstehenden Gefahren meist nur unzureichend abschätzen.
- Sie sollten darauf achten, dass bei längerem Sitzen/Liegen die Position regelmäßig verändert wird, da sonst schmerzhafte Druckstellen bis hin zu Druckgeschwüren entstehen können.
- Achten Sie auf eine gute Körperhaltung, auch wenn der Betroffene im Rollstuhl sitzt (Stützkissen oder Rollstuhltisch verwenden).
- Lagern Sie den gelähmten Arm und/oder die Hand besonders sorgfältig.

Wenn Ihr Angehöriger eine Spastik hat

- Die Spastik ist eine unwillkürliche Anspannung der Muskulatur. Ihr Angehöriger kann sie nicht beeinflussen! Daher werden Aussagen wie „Jetzt lass mal locker!“ zu keiner Besserung führen.
- Innere oder äußere Reize, wie z. B. Kälte, Aufregung, Berührung oder auch Harndrang, können die Spastik verstärken. Sie sollten daher versuchen, die individuellen „Verstärker“ kennenzulernen und dann zu vermeiden.
- Eine Spastik entwickelt sich meist erst einige Zeit nach dem Akutereignis wie einem Schlaganfall. Es ist wichtig, sie so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln, damit sie den Alltag und die Bewegungsfähigkeit nicht zu sehr einschränkt.

- Durch pflegerische Maßnahmen können auch Sie zu Hause die Intensität der Spastik positiv beeinflussen. Sie sollten sich von erfahrenem Pflegepersonal die Lagerungen und Bewegungsabläufe zeigen lassen, die Ihrem Angehörigen bei der Reduktion der Muskelspannung am besten hilft. Ziel dieser Therapie ist die Vermeidung von Gelenkversteifungen und Druckgeschwüren. Außerdem soll die Durchblutung der betroffenen Gliedmaßen erhöht werden, um die Verletzungsanfälligkeit zu reduzieren. All dies erleichtert Ihnen Ihre Aufgaben bei der alltäglichen Pflege.
- Physiotherapie ist nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Neurologie die Therapie der Wahl bei Spastik. Lassen Sie sich von Ihrem Therapeuten beraten, welche ergänzenden therapeutischen Maßnahmen die Spastik individuell lindern, und klären Sie, wie Sie diese auch allein zu Hause ausführen können.
- Spastik kann auch manchmal nützlich sein. Manche Schlaganfall-Betroffene sind erst durch sie wieder in der Lage, zu laufen oder bestimmte andere Bewegungsabläufe auszuführen. Trotzdem sollte so früh wie möglich mit einer Therapie begonnen werden, damit die Spannung in der Muskulatur nicht zu groß und somit eine Bewegung der Extremität generell verhindert wird.

Wenn ihr Angehöriger eine Aphasie hat

In jedem Fall sollten Sie bedenken: Die Sprache ist gestört, nicht das Denken und Wissen der Betroffenen. Aphasie hat nichts mit geistiger Behinderung oder Demenz zu tun. Die Betroffenen können Zusammenhänge begreifen und die Realität wahrnehmen - sie haben aber die Fähigkeit verloren, sich sprachlich wie früher mitzuteilen und/oder die Sprache zu verstehen. Dies wird oft als „Kerker der Sprachlosigkeit“ beschrieben und ist für die Betroffenen besonders quälend. Sie denken, verstehen und fühlen, können sich aber nicht mitteilen.

Für den Umgang mit Aphasikern gibt es einige grundlegende Regeln, die Ihnen helfen sollen, das Verständnis füreinander zu verbessern:

- Ruhe und Geduld bewahren! Menschen mit einer Aphasie brauchen mehr Zeit zum Sprechen. Gedulden Sie sich und warten Sie die Pausen ruhig ab. Es hilft nichts, Ihren Angehörigen unter Druck zu setzen. Wenn er überlegt, helfen Sie nicht sofort mit Wörtern aus, sondern geben Sie ihm Zeit. Wenn Sie ungeduldig werden, kann es hilfreich sein, wenn Sie sich für einige Momente auf ihre eigene Atmung konzentrieren und diese spüren.

- Sprechen Sie in kurzen, einfachen Sätzen und wählen Sie ein langsames Sprechtempo. Sie müssen nicht schreien! In der Regel ist bei einer Aphasie das Gehör intakt. Halten Sie beim Sprechen Blickkontakt, weil sehr viel Information unabhängig vom Gesprochenen übermittelt wird. Sie können daher verstärkt Gestik und Mimik einsetzen.
- Wenn Ihr Angehöriger beim Sprechen nicht weiterkommt und um Hilfe bittet, schlagen Sie ein Schlüsselwort vor und warten Sie geduldig, ob das Wort als Hilfe akzeptiert wird. Bei Wortfindungsproblemen können Sie den ersten Laut vorgeben.
- Oft gelingt es den Betroffenen trotz größter Anstrengung nicht, einen Gedanken zu formulieren oder einen Wunsch zu äußern. Am besten schlagen Sie dann dem Betroffenen vor, es später noch einmal in Ruhe zu versuchen.
- Verbessern Sie Fehler nicht ständig. Wichtig ist, dass Sie verstehen, was gemeint ist. Durch Unterbrechungen und Korrekturen können Sie die Verunsicherung verstärken, sodass Ihr Angehöriger vielleicht nicht einmal mehr versucht, sich verständlich zu machen. Es kommt nicht auf die korrekte Form und Aussprache an, sondern darauf, dass der Betroffene überhaupt einen Inhalt zu vermitteln vermag („Mit dem Herzen hören“; Wenn Sie nicht verstanden haben, was Ihr Angehöriger meint, sollten Sie dies aber nicht vortäuschen, sondern erneut nachfragen oder abwarten).
- Viele Betroffene verstehen z.T. schlechter, als es den Anschein hat. Stereotype Reaktionen im Gespräch, wie z.B. ein Ja an der richtigen Stelle, erhalten auf angenehme Art die Kommunikation aufrecht, ohne dass die Inhalte wirklich verstanden wurden. Seien Sie deshalb nicht verstimmt, wenn ein Ja später nicht als solches vom Betroffenen erinnert wird.
- Führen Sie Gespräche mit Ihrem Angehörigen möglichst in einer ruhigen Umgebung, ohne Zeitdruck und ohne störende Nebengeräusche oder sonstige Ablenkungen. Gespräche in einer Gruppe überfordern einen Menschen mit Aphasie. Sprechen Sie in seinem Beisein nicht mit anderen über den Betroffenen, ohne ihn dabei mit einzubeziehen.
- Das schriftliche Sprachverständnis ist meist in ähnlichem Ausmaß betroffen wie die gesprochene Sprache. Manchmal hilft aber eine schriftliche Vorlage, das Verstehen zu unterstützen und zu verbessern.
- Als Angehöriger sollten Sie versuchen, die Kommunikation trotz der gestörten Sprache aufrechtzuerhalten. Gegenstände, Bilder oder Fotos können gut zur nonverbalen Verständigung eingesetzt werden. Ebenso hilfreich sind oft gemeinsame Beschäftigungen (wie z.B. Malen, Fotografieren oder Spiele), die Spaß machen und Erfolgserlebnisse

- vermitteln können. Eine ständige „Sprachtherapie“ bringt oft nur Streit und Unmut für beide Seiten. Seien Sie kreativ, um unnötigen Stress zu vermeiden.
- Unterstützend ist es auch, wenn Sie den Betroffenen in möglichst viele Alltagsaktivitäten einbeziehen. Kochen Sie gemeinsam oder unternehmen Sie Ausflüge mit Freunden oder der Familie. Suchen Sie ein gemeinsames Hobby, bei dem die sprachlichen Fähigkeiten nicht wichtig sind.
 - Sie sollten bei Ihrer Hilfestellung darauf achten, dass Sie eine Überbehütung vermeiden.
 - Bedenken Sie bitte, dass der Betroffene das Gefühl bekommt, nichts richtig zu machen, wenn Sie ihm alles abnehmen. Versuchen Sie, ihn in seiner Selbstständigkeit zu unterstützen - auch wenn es manchmal mühsam ist und länger dauert.
 - Fordern Sie Ihren Angehörigen nicht dazu auf, vor anderen Personen seine sprachlichen Leistungen oder Fortschritte zu demonstrieren.
 - Regen Sie ihn auf jede erdenkliche Weise zum Sprechen an.
 - Einfache Fragen, die mit Ja oder Nein (Kopfnicken und -schütteln) beantwortet werden können, erleichtern im Notfall die Kommunikation.

Seit seinem Schlaganfall leidet Herr S. an einer Aphasie. Neben seinen Schwierigkeiten beim Schreiben und Lesen verwendet er oft falsche Wörter (z. B. „Löffel“ statt „Gabel“ oder „grün“ statt „gelb“) und manchmal auch Buchstaben (z. B. „Welster“ statt „Fenster“ oder „Wirst“ statt „Wurst“). Zugleich hat er Probleme mit der Grammatik (z. B. „und die Essen war wieder nicht geschmecken“). Da auch das Sprachverständnis beeinträchtigt ist, fällt es Herrn S. sehr schwer, einer Unterhaltung länger zu folgen. In der Sprachtherapie arbeitet die Logopädin mit Herrn S. zusammen an dessen Problemen über vielfältige Methoden und Übungen. Aber natürlich muss Herr S. auch in seinem heimischen Umfeld trainieren, und Frau S. versucht seither, die von uns vorgestellten Regeln einzuhalten und die Tipps zu beherzigen.

Frau S.: „Anfangs hatte ich kaum Geduld. Ich habe meinem Mann viel zu viel abgenommen und konnte nur selten abwarten, was er sagen wollte. Es fiel mir unheimlich schwer, die Veränderung zu akzeptieren. Ich glaube, erst als mir erklärt wurde, was in meinem Mann seit dem Schlaganfall vorgeht, und ich Hilfen an die Hand bekommen habe, kann ich richtig auf ihn reagieren und versuchen, ihn auch ohne Worte zu verstehen.“

Frau S. erzählt uns, dass es immer besser wird, sie aber nach wie vor sehr darunter leidet, dass er sich aus „falscher“ Scham kaum noch in die Öffentlichkeit begibt oder ans Telefon geht. „Aber am schlimmsten ist es für mich, wenn ich den verzweifelten Blick meines Mannes sehe, wenn er um Worte ringt. Umso schöner, dass er so tolle Fortschritte macht und ich ihm dabei helfen kann.“

Entspannung muss sein

Dass Stress Symptome wie hohen Blutdruck, Schlaflosigkeit, oder Verdauungsstörungen hervorrufen kann, ist den meisten bekannt. Doch trotz dieses Wissens scheint es schwierig zu sein, bewusst Phasen der Entspannung in den Alltag einzubauen. Dabei wissen die meisten aus Erfahrung, bei welchen Tätigkeiten oder Situationen sie am besten loslassen können. Alles, was wir gern und mit Freude tun, baut Stress ab: Lesen, Musizieren, Handarbeiten, Beschäftigung mit Tieren, Saunabesuch, Sport, ein Schaumbad usw.

Neben diesen Möglichkeiten gibt es Techniken, die gezielt entwickelt wurden, um uns tief zu entspannen. Diese können meist mit einem geringen Zeitaufwand durchgeführt werden. Sie müssen aber erlernt werden, um den erwünschten Effekt zu erzielen. Die am intensivsten erforschten Methoden heißen Progressive Muskelentspannung (oder auch Jacobson genannt) und Autogenes Training. Neben diesen beiden gibt es noch viele weitere Methoden, die u. a. Entspannung zum Ziel haben, z. B. Yoga, Meditation oder Qi Gong. Auch Übungen zur Atementspannung können in diesem Zusammenhang sehr hilfreich sein. Tiefes, bewusstes Atmen steigert zudem die Leistung des Kreislaufsystems und begünstigt die Sauerstoffaufnahme.

Bei allen Entspannungstechniken ist es wichtig, dass man sie regelmäßig, wenn möglich täglich, übt, um damit Erfolg zu haben.

Schnelle Atementspannung

Unsere Atmung verändert sich in stressigen Situationen - sie wird flacher und schneller. Dadurch wird unser Stressempfinden noch weiter verstärkt. D. h., es besteht eine Wech-

selwirkung zwischen Atmung und körperlichem sowie geistigem Befinden – diese läuft in Stresssituationen immer wieder gleich ab.

So können Sie die Atementspannung üben:

Konzentrieren Sie sich mit geschlossenen Augen auf Ihre Atmung. Legen Sie eine oder beide Hände auf den unteren Teil Ihres Bauches und spüren Sie, wie sich Ihr Bauch beim Atmen bewegt. Atmen Sie ganz bewusst und tief durch die Nase ein, halten Sie den Atem für einen Moment und lassen Sie die Luft langsam durch den Mund wieder ausströmen. Führen Sie diese einfache Atemübung für mindestens zehn Atemzüge durch. Für manche Personen ist es hilfreich, wenn Sie beim Einatmen die Atemzüge zählen (eins, zwei, drei, ..., zehn) und das Ausatmen mit einem Wort wie „Ruhe“ oder „Entspannung“ verbinden. Diese Übung ist einfach und in fast allen Situationen durchzuführen.

Progressive Muskelentspannung

Die Progressive Muskelentspannung (oder -relaxation) wurde erstmals Ende der 1920er-Jahre von Edmund Jacobson beschrieben, deshalb wird sie oft auch nur „Jacobson“ genannt. Der Übende lernt nacheinander die wichtigsten Muskelgruppen seines Körpers zu entspannen, indem einzelne Muskelgruppen (z. B. die Hände, die Schultern oder die Zehen) für einige Sekunden willentlich angespannt und anschließend deutlich länger entspannt und gelockert werden. Man lernt dabei Anspannungs- und Entspannungszustände im Körper genauer zu unterscheiden. Damit geht ein allgemeines Entspannungsgefühl einher. Die Progressive Muskelentspannung stellt eine einfache, sehr körperbezogene Form der Entspannung dar. Sie brauchen anfangs eine halbe Stunde Zeit, um die unten aufgeführte Beispielübung durchzuführen. Mit zunehmendem Training lässt sich die Übung durch das Verbinden mehrerer Muskelgruppen erheblich abkürzen. Durch Schnellentspannungen kann man in Stresssituationen sehr schnell reagieren.

Der Hauptvorteil des Verfahrens besteht in seiner nahezu uneingeschränkten Anwendbarkeit. Außerdem ist die Methode sowohl leicht als auch schnell zu erlernen. Wir stellen Ihnen hier eine vereinfachte, kurze Version vor. Im Internet, sowie in entsprechenden Büchern können Sie Beschreibungen finden, die umfangreicher sind.

Übung: Progressive Muskelentspannung

Bei jeder Muskelgruppe wird der folgende Ablauf hintereinandergereicht:

1. Konzentrieren Sie sich auf die Muskelgruppe.
2. Spannen Sie willentlich die Muskelgruppe an.
3. Die Spannung soll fünf bis sieben Sekunden dauern (für die Füße kürzer).
4. Lockern Sie die Muskelgruppe.
5. Konzentrieren Sie sich 30 bis 45 Sekunden (auch schon während des Lockerns) auf die Muskelgruppe.

„Dominant“ umschreibt bei Rechtshändern die rechte Seite (Arm, Hand, Bein, Fuß), bei Linkshändern die linke Seite.

Der Ablauf wird Ihnen noch einmal detailliert in Punkt 1 verdeutlicht, danach wenden Sie bitte obigen Ablauf an. Sie können die Übung im entspannten Sitzen oder im Liegen ausführen. Der wichtigste Satz während des gesamten Trainings lautet:

Erfühlen Sie die unterschiedlichen Empfindungen bei der Anspannung und bei der Entspannung!

1. Dominante Hand und Unterarm:

Spannen Sie die Muskeln Ihrer dominanten Hand und Ihres dominanten Unterarms an, indem Sie Ihre Hand zur Faust ballen, ganz fest, fühlen Sie den Druck, die Spannung, die Muskeln arbeiten ganz stark, und lassen Sie nun locker (sieben Sekunden). Lassen Sie ganz locker, entspannen Sie sich. Versuchen Sie, die Muskeln nicht mehr zu kontrollieren. Lassen Sie sie ganz ruhig liegen. Vergleichen Sie im Geiste die Gefühle der Anspannung, die Sie vor wenigen Sekunden in Ihrer rechten Hand und in Ihrem Unterarm erlebt haben, mit dem Gefühl der Entspannung, das sich allmählich einstellt. Je genauer Sie auf die Ruhe und Gelassenheit achten, desto stärker werden Sie die Wirkung der Entspannung genießen. Fühlen Sie, wie die Entspannung und die Ruhe sich immer weiter ausbreiten (45 Sekunden).

2. Dominanter Oberarm:

Spannen Sie die Muskeln Ihres Oberarms an, indem Sie den Ellenbogen anwinkeln. Spannen Sie den Bizeps (Oberarmmuskel) an.

3. Nichtdominante Hand und Unterarm:

Spannen Sie die Muskeln der anderen Hand und des anderen Unterarms wie oben unter Punkt 1 beschrieben an, indem Sie die Hand zur Faust ballen.

4. Nichtdominanter Oberarm:

Spannen Sie die Muskeln Ihres anderen Oberarms an, indem Sie den Ellenbogen anwinkeln. Spannen Sie den Bizeps (Oberarmmuskel) an.

5. Stirn:

Spannen Sie die Stirnmuskeln an, indem Sie Ihre Augenbrauen so hochziehen, wie Sie können, und legen Sie Ihre Stirn in Falten.

6. Obere Wangenpartie und Nase:

Spannen Sie die Muskeln in der Mittelpartie Ihres Gesichts an, indem Sie die Augen fest schließen und die Nase kraus (nach oben) ziehen.

7. Untere Wangenpartie und Kiefer:

Spannen Sie die Muskeln der unteren Gesichtspartie an, indem Sie Lippen und Zähne fest aufeinanderpressen und die Zunge nach oben drücken.

8. Nacken und Hals:

Spannen Sie Ihre Nackenmuskeln an. Dies können Sie hinbekommen, indem Sie versuchen, Ihren Hals in alle Richtungen gleichzeitig zu bewegen. Wenn Sie das tun, kann sich Ihr Hals nicht bewegen, aber Sie spüren das Zittern, weil alle Muskeln gegeneinanderarbeiten.

9. Brust, Schultern und obere Rückenpartie:

Spannen Sie die großen Muskeln der oberen Rückenpartie an, indem Sie die Schultern nach hinten drücken, als ob Sie versuchten, die Schulterblätter zusammenzuführen.

10. Bauchmuskulatur:

Spannen Sie Ihre Bauchmuskeln an.

11. Dominanter Oberschenkel:

Spannen Sie die Oberschenkelmuskeln Ihres dominanten Beines an. Ähnlich wie im Nackenbereich gibt es auch im Oberschenkel viele Muskeln, die gegeneinanderarbeiten. Sie können sie alle auf einmal anspannen, indem Sie das Bein leicht anheben und den Oberschenkel hart machen.

12. Dominanter Unterschenkel:

Spannen Sie Ihre Wade an, indem Sie Ihren Fuß und Ihre Zehenspitze nach vorne richten. Dehnen Sie nicht zu stark, denn dieser Muskel verkrampft leicht.

13. Dominanter Fuß:

Spannen Sie Ihren Knöchel und Ihr Schienbein an, indem Sie Fuß und Zehen gegen Ihr Gesicht richten.

14. Nichtdominanter Oberschenkel:

Spannen Sie die Oberschenkelmuskeln Ihres nichtdominanten Beines an. Sie können sie alle auf einmal anspannen, indem Sie das Bein leicht anheben und den Oberschenkel hart machen.

15. Nichtdominanter Unterschenkel:

Spannen Sie Ihre Wade an (s. o.).

16. Nichtdominanter Fuß:

Spannen Sie Ihren Knöchel und Ihr Schienbein an (s. o.).

Autogenes Training

Wer regelmäßig Autogenes Training übt, wird ruhiger und gelassener. Viele Spitzensportler wenden ebenfalls diese Methode an. Es erfolgt dabei eine Umschaltung von Anspannung auf Entspannung. Ein besonderer Nutzen des Autogenen Trainings liegt darin, dass der erholsame Entspannungszustand durch den Übenden selbst hervorgerufen wird. Mit dieser Methode können Sie gezielt Störungen des Wohlbefindens und sogar von Organen positiv beeinflussen und diese z. T. sogar beseitigen. Autogenes Training wird auch immer mehr bei Konzentrationsstörungen und Problemen durch Angst- oder Spannungszustände

sowie beim Schlafen eingesetzt. Erfolg versprechend ist die Methode aber auch bei allgemeiner Nervosität oder Stress.

Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass Autogenes Training nur unter fachmännischer Anleitung und Aufsicht erlernt werden soll. Es empfiehlt sich daher, einen Kurs zum Autogenen Training zu belegen. Solche Kurse werden üblicherweise bei Volkshochschulen für wenig Geld angeboten. Wegen der unbestrittenen positiven Auswirkungen des Autogenen Trainings bieten auch manche Krankenkassen solche Kurse kostenlos oder sehr preisgünstig für ihre Mitglieder an. Fragen Sie doch einfach mal nach. Im Zweifelsfall kann auch Ihr Hausarzt weiterhelfen - und falls sich das Autogene Training positiv auf eine Erkrankung auswirken könnte, kann die Krankenkasse sogar die Kosten übernehmen.

Als Einstieg in die Entspannung und Übungsanleitung zu Hause eignen sich auch CDs. Wenn Sie daran Interesse haben, fragen Sie auch bei Ihren Krankenkassen nach. Diese bieten solche CDs z. T. kostenlos für ihre Mitglieder an.

Entscheidend für den Erfolg sind Geduld und regelmäßiges Üben: Es kann bei allen Verfahren Tage oder Wochen dauern, bis die Wirkung spürbar ist.

Depression

Depression im Alter

Freunde oder nahe Verwandte sterben, der Kontakt zu den Kindern bricht ab, Krankheiten machen das Leben schwer - ältere Menschen erleben oft Schicksalsschläge, durch die sie eine Depression entwickeln können. Das ist leider nicht jedem bekannt, weshalb unbedacht Sätze wie „Das gehört halt zum Alter dazu“ oder „Stell Dich nicht so an“ fallen können.

Gerade bei Senioren werden Depressionen oft übersehen, da die Symptome teilweise weniger ausgeprägt sind als bei jüngeren Menschen oder auch eher als Teil des Alterns betrachtet werden. Daher werden nur etwa 40% der Depressionen von älteren Menschen erkannt, und nur etwas mehr als 10% werden angemessen behandelt.

Die Betroffenen selbst trauen sich häufig nicht über ihre seelische Belastung zu sprechen, weil sie befürchten müssen, in irgendeiner Form abgestempelt zu werden. Deshalb kontaktieren viele erst sehr spät oder nie einen Arzt. Die richtige Therapie wird dadurch enorm verzögert. Die Konsequenzen reichen von verminderter Lebensqualität und Leistungsfähigkeit im weniger schwerwiegenden Fall bis hin zu erheblichen Problemen im seelischen und körperlichen Bereich. Die Kontakte zur Umwelt, wie sie in Partnerschaft, Familie, Freundschaften, Nachbarschaft und Ähnlichem gepflegt werden, leiden darunter im Besonderen.

Symptome

(A) Zu den Hauptmerkmalen einer Depression gehören (über zwei Wochen):

- Depressive Verstimmung, also tief greifende Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Gefühllosigkeit
- Die Unfähigkeit, wirkliche Freude zu empfinden bei Tätigkeiten, die früher als positiv empfunden wurden

(B) Weitere häufige Symptome einer Depression sind (über zwei Wochen):

- Schwunglosigkeit und/oder bleierne Müdigkeit und/oder innere Unruhe
- Fehlendes Selbstvertrauen und/oder fehlendes Selbstwertgefühl
- Verminderte Konzentrationsfähigkeit und/oder starke Grübelneigung und/oder Unsicherheit beim Treffen von Entscheidungen
- Starke Schuldgefühle und/oder vermehrte Selbstkritik
- Negative Zukunftsperspektiven und/oder Hoffnungslosigkeit
- Hartnäckige Schlafstörungen
- Verminderter Appetit
- Tiefe Verzweiflung und/oder Todesgedanken

Tab. 31: Hauptmerkmale und Symptome einer Depression

Sollten bei Ihnen neben mindestens einem Hauptmerkmal (A) weitere vier Symptome aus „(A) Hauptmerkmale“ und „(B) Weitere Symptome“ über einen Zeitraum von über zwei Wochen zutreffen, sollten Sie auf jeden Fall baldmöglichst mit einem Arzt oder einem Psychotherapeuten offen über Ihre Beschwerden sprechen. Falls Sie sich bei einem

niedrigeren Punktwert unwohl und depressiv fühlen sollten, sprechen Sie dies bei Ihrem Hausarzt ebenfalls an.

Behandlung

Zur Behandlung bei Depression kommen am häufigsten Psychotherapie oder medikamentöse Therapien zum Einsatz. Die heute verschriebenen sogenannten Antidepressiva sind meist gut verträglich. Bei der Einnahme besteht auch keine Suchtgefahr. Die stimmungsaufhellende Wirkung setzt bei einer Vielzahl von Wirkstoffen allerdings erst Tage bis Wochen nach Beginn der regelmäßigen Einnahme ein. Es ist deshalb wichtig, dass Sie mit Ihrem Hausarzt oder dem entsprechenden Facharzt die Vor- und Nachteile der Medikamente besprechen. Denn nur wenn Sie selbst von der Behandlung überzeugt sind, werden Sie das Medikament auch regelmäßig und über einen ausreichend langen Zeitraum einnehmen.

Sollten Sie über einen Internetanschluss verfügen, finden Sie viele hilfreiche Informationen zum Thema Depression unter www.kompetenznetz-depression.de.

Wenn Sie glauben, dass bei Ihrem Angehörigen oder Ihnen eine Depression vorliegt, sprechen Sie dies bitte offen bei Ihrem Hausarzt an!

„Schlimm war nicht so sehr die Traurigkeit, wie ich immer dachte. Eigentlich fühlte ich eher nichts. Schlimm war v. a., dass ich keine Kraft mehr für die Betreuung meiner Frau hatte.“ Herr F. pflegt seit fast zwei Jahren seine Ehefrau. Vor einem Jahr ging es ihm zunehmend schlechter. „Bis dahin hatte ich wirklich gut funktioniert. Aber ich glaube, so richtig verstanden, was mit meiner Frau passiert war, hatte ich nicht. Ich dachte, dass es schon bald wieder so werden würde wie vor dem Schlaganfall.“ Herr F. kämpfte noch ein halbes Jahr allein gegen seine Depression an, sah dann aber ein, dass er sich um Hilfe bemühen musste. Er suchte seinen Hausarzt auf. „Ehrlich gesagt war ich überrascht, wie verständnisvoll mein Hausarzt reagierte. Dabei hatte ich mich so geschämt (...) Ich musste akzeptieren, dass ich krank war, aber mir wäre es trotzdem lieber gewesen, wenn ich körperlich krank gewesen wäre. Ich glaube, das hätten die anderen besser verstanden.“ Von seinem Hausarzt bekam Herr F. damals hilfreiche Ratschläge und Adressen von Anlaufstellen. „Ich bekam Medikamente und Gespräche

bei einem Psychotherapeuten. Ich war zunächst richtig skeptisch und habe es eigentlich nur meiner Frau zuliebe gemacht, aber es hat wirklich geholfen.“

Der pflegende Angehörige

An den Folgen eines Schlaganfalls und der Entwicklung einer Demenz leiden neben den Betroffenen in erster Linie die nahen Angehörigen. Oft müssen sie miterleben, wie sich der Pflegebedürftige körperlich, seelisch und geistig verändert und immer stärker von äußerer Hilfe abhängig wird. Sie ordnen häufig ihre eigenen Bedürfnisse den Bedürfnissen des gepflegten oder betreuten Angehörigen weitgehend unter. Sie müssen oft nicht nur tagsüber, sondern auch nachts Hilfe leisten. Bei plötzlichem Eintreten der Pflege- oder Betreuungsbedürftigkeit (z. B. nach einem Schlaganfall) sind sie gezwungen, von heute auf morgen eine völlig neue Rolle zu übernehmen. Sie müssen sich um alles kümmern und Entscheidungen treffen, die ihnen manchmal sehr schwerfallen. Freunde, Bekannte oder gar Verwandte ziehen sich aus Hilflosigkeit nicht selten zurück. Zusätzlich belastet die Pflegenden häufig das Gefühl, dass sie ihre Familie oder Freunde vernachlässigen. Dabei gönnen sie sich am wenigsten Zeit für sich selbst.

Eine andauernde Überbelastung kann zahlreiche weitere negative Folgen haben. Diese können von Zukunftsängsten, Schuldgefühlen, sozialer Isolation, aggressiven Auseinandersetzungen, Erschöpfungszuständen bis zu einer schwerwiegenden Depression reichen. Manchmal sind es aber auch weitere Lebensereignisse (z. B. der Tod eines nahen Angehörigen) oder Konflikte, die gar nichts mit der Pflegesituation direkt zu tun haben, die das Fass zum Überlaufen bringen.

Lassen Sie es am besten nicht so weit kommen und holen Sie sich rechtzeitig Unterstützung. Bei Fragen rund um die Pflege, wohnortnahe Entlastungs- und Schulungsangebote, Besuchsdienste usw. wenden Sie sich am besten an den nächstliegenden Pflegestützpunkt:

Adresse und Telefonnummer einfügen:

Der Pflege- oder Betreuungsbedürftige

Das Wichtigste im Umgang mit einem Depressiven oder Angstkranken ist Verständnis. Dies ist oft besonders schwierig, da man sich nicht wirklich in die Lage des anderen versetzen kann, wenn man es selbst noch nicht erlebt hat. Jeder war schon einmal melancholisch; aber depressiv zu sein ist eine weit darüber hinausgehende Erfahrung von Niedergeschlagenheit oder dem „Gefühl“, gar nichts mehr zu fühlen, von Wertlosigkeit und Selbstzweifeln, von Einschränkungen bezüglich des Denkens und Entscheidens, von Energielosigkeit, möglicherweise dem Wunsch, tot zu sein, und, und, und. Als Außenstehender kann man in keiner Weise nachvollziehen, wie quälend Depressionen und die oftmals damit einhergehenden Ängste sind. So ist es nicht verwunderlich, dass der Betroffene glaubt, er sei der einzige Mensch auf der Welt, der in dieser Art und Weise fühlt und denkt.

Wenn Ihr pflegebedürftiger Angehöriger depressiv ist, sollten Sie ihn dahingehend unterstützen, seinen augenblicklichen Zustand als Erkrankung zu akzeptieren, die möglicherweise gut behandelbar ist. Ziehen Sie Ihren Hausarzt oder Neurologen zurate.

Der Umgang mit einem depressiven Pflegebedürftigen kann eine große Herausforderung darstellen. Die häufig auftretende abweisende Art oder ein völliger Rückzug sind eine echte Herausforderung im Umgang miteinander. Wenn es oft auch schwerfällt, sollten Sie trotzdem versuchen, folgende Dinge zu vermeiden:

- deutliches Unverständnis zeigen und sich unterkühlt verhalten,
- Ihren Angehörigen kritisieren oder ständig korrigieren,
- die Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Perspektivlosigkeit („Es ist ja alles so schlimm“) bzw. die Sichtweise („Brille“) des Betroffenen übernehmen,
- mit Ihrem Angehörigen diskutieren, wer recht hat,
- Ihren Angehörigen in dessen depressivem Erleben nicht ernst nehmen,
- versuchen, dem Patienten einzureden, es gehe ihm besser oder gut (schönreden),
- Ihren Angehörigen bei wichtigen Entscheidungen übergehen oder
- Selbstmordankündigungen „überhören“.

Die Selbstmordgefahr ist eine häufige Begleiterscheinung einer Depression. Wenn Ihr Angehöriger sich dahingehend äußert, dann sprechen Sie das Thema Selbstmord offen an!

Sprechen Sie mit ihm, sofern dies möglich ist, über seine Sorgen. Dies verschafft dem Depressiven – wie auch dem Gesunden – Entspannung und hilft ihm so über akute Selbstmordgedanken hinweg. Wenn möglich, treffen Sie am besten klare Abmachungen mit Ihrem Angehörigen (z. B. dass er sich nichts antut, dass er sich bei Ihnen meldet und es anspricht, wenn er Selbstmordgedanken hat). Scheuen Sie nicht davor, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Gehen Ihnen viele Fragen und Sorgen durch den Kopf?

Stellen Sie sich als ein Busfahrer vor. Hinter Ihnen sind eine ganze Reihe von Fahrgästen versammelt. Diese Fahrgäste sind Ihre Gedanken, Gefühle, Sorgen, Körperempfindungen und Erinnerungen. Während Sie durch Ihr Leben fahren, melden sich mal der eine, mal der andere oder auch mal mehrere Ihrer Fahrgäste zu Wort und fordern von Ihnen, dass Sie links abbiegen, dass Sie rechts abbiegen, dass Sie schneller oder aber langsamer fahren sollen. Die Fahrgäste kommen auch zu Ihnen nach vorn, wenn Sie nicht tun, was sie sagen. Vielleicht halten Sie irgendwann an und möchten alle Passagiere rauswerfen. Sie steigen aber nicht aus. Vielleicht versuchen Sie mit ihnen zu verhandeln, dass sie nur ruhig sind. Wenn Sie sich aber mit Ihren Fahrgästen beschäftigen und versuchen, diese zu kontrollieren, verlieren Sie leicht Ihr Ziel aus den Augen und die Kontrolle über Ihren Bus.

Welcher Fahrgast ist bei Ihnen gerade am lautesten?

Bedenken Sie immer, dass Ihre Fahrgäste (Gedanken, Gefühle, Sorgen, ...) Sie nicht zwingen können, irgendetwas gegen Ihren Willen zu tun! Bleiben Sie am Steuer, richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihre Fahrtrichtung und lassen Sie sich davon nicht von Ihren Fahrgästen abbringen!

Gezielte Entspannungsübungen können sehr unterstützend darin sein, dass Sie sich nicht so viel mit ihren Fahrgästen (Gedanken, Gefühlen, Sorgen, ...) beschäftigen.

Entlastung und Unterstützung

„Auszeit“ von der Pflege

In Deutschland werden etwa 1,4 Millionen pflegebedürftige Menschen zu Hause von Angehörigen betreut. (Schwieger-)Töchter und (Ehe-)Partnern tragen dabei zu 80% die Hauptlast. Über die Hälfte der Pflegenden steht dabei rund um die Uhr zur Verfügung. Wie Sie selbst am besten wissen, verändert sich dadurch nicht nur der Tagesablauf; auch die Tätigkeiten, die durchgeführt werden müssen, können sehr anstrengend sein.

Häufig wird der Kontakt zu anderen Menschen auf ein Minimum beschränkt. Dies alles kann neben seelischen auch zu körperlichen Erkrankungen führen oder bereits bestehenden Beschwerden verstärken.

Ambulante Hilfen

Auf Dauer kann die Pflege von Angehörigen enorme Kräfte kosten. Daher sollten Sie als Pflegender ebenso auf Ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen achten – auch wenn Sie denken, dass Sie keine Zeit dafür haben. Die Verantwortung für kurze Zeit anderen Personen zu übergeben kann helfen, dass Sie Ihre Pflegeaufgabe lange wahrnehmen können und sich nicht ausgebrannt fühlen.

Um sich selbst eine kurze Auszeit von Ihren pflegerischen Aufgaben zu gönnen, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Wenn es darum geht, dass Ihr Angehöriger ein wenig Ansprache hat, sind Besuchs- und Betreuungsdienste eine gute Möglichkeit. Mobile soziale Dienste machen Ihnen das Leben leichter, indem sie für Sie einkaufen gehen, Ihnen Ihre Kehrwoche abnehmen, Spaziergänge anbieten oder Ihrem Angehörigen bei der Körperpflege oder beim Essen helfen.

Daneben sind ambulante Pflegedienste dafür da, Ihren Angehörigen beim Baden, Waschen oder auch bei der Lagerung zu unterstützen. Sie sind ebenfalls zuständig, wenn Verbände gewechselt, der Blutzuckerspiegel überprüft oder Medikamente überwacht werden müssen.

Viele Kommunen bieten allgemeine Informationen und Beratung an.

„Auch mal Zeit für mich haben!“

Nach diesem Grundsatz pflegt Frau Dehner (66) ihren Mann, der vor eineinhalb Jahren einen Schlaganfall erlitt. „Anfangs fiel es mir nicht leicht, meinen Mann in die Tagespflege zu geben. Aber jetzt, wo ich weiß, wie wohl er sich dort fühlt, kann ich die Nachmittage auch wirklich genießen und Energie tanken.“ Frau Dehner erzählt uns, dass sie die Pflege ihres Mannes anfangs sehr mitgenommen hat und sie nicht immer mit Ruhe und Gelassenheit auf die neue Situation und sein verändertes Verhalten reagieren konnte. „Manchmal dachte ich, mir fällt die Decke auf den Kopf!“ Seit sie sich auch wieder um sich selbst kümmert und dies auch ohne Schuldgefühle tun kann, ist sie auch im Umgang mit ihrem Mann wieder viel gelassener. „Und wissen Sie was?“, fragt uns Frau Dehner am Ende des Gesprächs: „Mein Mann hat sogar Freunde in der Tagespflege gefunden!“

Urlaub von der Pflege

Wie Sie vielleicht wissen, gibt es die Möglichkeit, Urlaub von der Pflege zu nehmen.

Pflege kurzzeitig abgeben

Durch die Verhinderungs- und die Kurzzeitpflege ist es Pflegenden auf gesetzlicher Grundlage möglich, die Pflege kurzzeitig in andere Hände zu geben.

Einen Anspruch auf „Verhinderungspflege“ haben Sie dann, wenn es Ihnen aus verschiedenen Gründen (z. B. Urlaub, Krankheit oder Sonstiges) nicht möglich ist, die normalen Leistungen der Pflege zu erbringen. In diesem Fall übernimmt die Pflegekasse die für die Betreuung entstehenden Kosten bis zu einem Betrag von 1.510 Euro (ab 2012: 1.550 Euro). Dieser Betrag wird zusätzlich zu den Pflegesachkosten übernommen und kann für maximal 28 Tage mit mehr als acht Stunden Betreuungszeit im Jahr gewährt werden. Diese vier Wochen müssen aber nicht zusammenhängen. In Ausnahmefällen ist es auch möglich, dass bestimmte Leistungen nur stundenweise erbracht werden.

Wird der Pflegebedürftige in dieser Zeit von Personen betreut, die:

- nicht für einen Pflegedienst arbeiten und
- nicht mit ihm bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind (d. h. Kinder, Geschwister, Enkel oder Neffen und Nichten ersten Grades) oder
- nicht mit ihm in einem Haus leben,

können von den Pflegekassen in der Regel nur Kosten bis zur Höhe des Pflegegelds übernommen werden. Wird die Pflege als Sachleistung, d. h. als Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst, in Anspruch genommen, bleibt auch in dieser Zeit alles wie bisher. Beachtet werden muss, dass diese Leistung nur möglich ist, wenn die pflegende Person den Angehörigen schon mindestens sechs Monate betreut hat.

Bei der „Kurzzeitpflege“ wird der Pflegebedürftige für die Zeit, in der der Pflegende sich nicht um ihn kümmern kann oder sich von seinen pflegerischen Aufgaben erholt, in eine stationäre Einrichtung aufgenommen. Auch hier gilt, dass diese Leistung nur möglich ist, wenn die pflegende Person den Angehörigen schon mindestens sechs Monate betreut hat. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn sich mehrere Personen bei der Pflege abgewechselt haben.

Die Kurzzeitpflege kann aber auch in anderen Situationen einspringen, z. B.:

- wenn sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen so stark verschlechtert, dass kurzfristig ein erhöhter Pflegeaufwand besteht,
- wenn der pflegende Angehörige aufgrund von gesundheitlichen oder anderen Problemen ausfällt,
- wenn die Wohnung umgebaut werden muss oder
- in der Übergangsphase zwischen einem stationärem Aufenthalt im Krankenhaus und der Pflege zu Hause.

Höchstbetrag von 1.510 Euro

Wenn Ihnen aber im Zusammenhang mit der Ersatzpflege tatsächliche Kosten entstanden sind, die über das Pflegegeld hinausgehen (z. B. durch Verdienstausschluss bei unbezahltem Urlaub oder Fahrtkosten), können diese erstattet werden. Allerdings dürfen die Gesamtkosten auch in diesem Fall den Höchstbetrag von 1.510 Euro für die 28 Tage nicht überschreiten. Deshalb sollten Sie in diesem Fall mit den für Sie einspringenden Personen einen Honorarvertrag abschließen. Dieser sollte als Honorar einen Höchstbetrag von 53,92

Euro pro Einsatztag für maximal 28 Tage im Jahr enthalten. Für weitere Auskünfte wenden Sie sich bitte an die jeweils zuständige Pflegekasse.

Kann die Ersatzpflege nicht zu Hause stattfinden, kann der Pflegebedürftige z. B. in einem Wohnheim für Behinderte oder in einer Pflegeeinrichtung mit Kurzzeitpflege untergebracht werden. Hier werden allerdings nur die Pflegekosten bis zu einem Höchstbetrag von ebenfalls 1.510 Euro übernommen. Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung müssen dagegen selbst bezahlt werden. Während der Zeit der Ersatzpflege wird kein Pflegegeld bezahlt. Das gilt nicht für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege (Stand Januar 2010).

Gemeinsamer Urlaub

Es gibt viele Möglichkeiten, mit dem Pflegebedürftigen gemeinsam Urlaub zu machen. Es gibt Anbieter, die es ermöglichen, dass der Pflegende im Hotel Urlaub macht, während der Pflegebedürftige im nahen Pflegeheim betreut wird, ebenso wie es Anbieter gibt, die Pflegefachkräfte zur Urlaubsbegleitung bereitstellen. Zudem gibt es die Möglichkeit, dass der Pflegebedürftige in ein „Urlaubspflegeheim“ fährt und die betreuende Person zu Hause Urlaub von der Pflege macht.

Wenn Sie Interesse an diesen Angeboten haben, können Sie sich im Internet oder in einem Reisebüro weiter informieren.

Checkliste Reisevorbereitungen		
Urlaubsort/ Unterbringung	Klima-/Höhenlage prüfen Behindertengerechte Einrichtung (Reisebüro)? Reha-Klinik vor Ort, um Therapien wahrnehmen zu können? (Vorher Kostenübernahme prüfen lassen)	
Reiseunterlagen	Auslandskrankenschein und -versicherung prüfen Material/Notfallnummer der Versicherung mitnehmen Notrufnummern des Landes in Geldbörse stecken Sprachführer/-helfer für Gespräch mit Arzt, Apotheker oder für Notrufmeldung „Emergency Information“: Notiz in englischer Sprache, wer im Notfall benachrichtigt werden soll	
Untersuchungen/ Arztbesuch	Rechtzeitig Termin beim Hausarzt vereinbaren (Grund: Reisezielabstimmung) Evtl. Umstellung von Medikamenten Rezeptausstellung für ausreichenden Medikamentenvorrat Ausstellung eines Attests über Diagnose und Behandlung (ggf. zusätzlich in Englisch) Durchführung notwendiger Impfungen	
Medikamente/ Hilfsmittel	Medikamentenliste mit Dosierung mitnehmen (Achtung: evtl. Zeitverschiebung für Einnahmezeiten beachten!) Reiseapotheke zusammenstellen und packen, Medikamente zwischen Reise- und Handgepäck aufteilen Bei Flugreisen Information über evtl. Sonderbestimmungen für Medikamente und Hilfsmittel bei Flugreisen oder am Urlaubsort Ersatzbatterien für elektronisch-medizinische Geräte	
Reisen	Bahn:	Platzreservierung, ggf. mit Tisch
	Flugzeug:	Sitzplatzwahl im Schwerpunkt des Flugzeuges wg. Druckveränderungen Regelung der Fluggesellschaft prüfen (z. T. Behindertentransport nur mit Begleitperson erlaubt)
	Generell:	Viel trinken wg. Austrocknungsgefahr Bei längerer Reisedauer regelmäßige Bewegung wg. Thrombosegefahr Ggf. Kissen/Tischchen zur Lagerung betroffener Gliedmaßen mitnehmen Armlagerung vor sich im Blickfeld Möglichst nicht allein reisen
Eigene Notizen		

Tab. 32: Checkliste Reisevorbereitungen

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit:

Montag bis Donnerstag von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr können sie sich unter der kostenpflichtigen Telefonnummer (12 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz) informieren:

- Fragen zur Pflegeversicherung 0 18 05/ 99 66-03
- Fragen zur Krankenversicherung 0 18 05/ 99 66-02

Gehörlosentelefon:

- Schreibtelefon 0 18 05/ 99 66-07

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales:

Montag bis Donnerstag von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr können sie sich unter der kostenpflichtigen Telefonnummer (14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz) informieren:

- Fragen zur Rente 0 18 05/ 67 67-10
- Informationen für Behinderte 0 18 05/ 67 67-15
- Fragen zu Unfallversicherung/Ehrenamt 0 18 05/ 67 67-11

Gehörlosentelefon:

- Schreibtelefon 0 18 05/ 67 67-16

Umgang mit herausforderndem Verhalten

Was als „herausfordernd“ wahrgenommen wird, ist individuell sehr unterschiedlich. Jeder von uns kann diesbezüglich viele Situationen aus seinem Leben berichten. Wir sind mit „herausforderndem Verhalten“ bei Weitem nicht nur in Pflegekonstellationen konfrontiert. Und doch kann es besonders schwerfallen, wenn der Partner oder die Mutter plötzlich oder auch allmählich neue und bislang völlig unbekannte Verhaltensgewohnheiten zeigt. Wenn der bisher gewohnte Umgang und Alltag nicht mehr möglich ist, z. B. wenn die Person sich an vieles nicht mehr erinnern kann, nicht mehr richtig orientiert ist, sich zurückzieht, soziale Kontakte meidet, Dinge verräumt, immer wieder das Gleiche fragt oder ganz einfach überfordert ist, Gespräche zu führen. Eine ganz besonders schwerwiegende Herausforderung sind aggressive Verhaltensweisen.

Herausforderndes Verhalten ließe sich bei genügend Hintergrundinformationen wahrscheinlich häufig erklären und kann aus Sicht des Betroffenen in der Situation Sinn machen. Für

die Außenstehenden erscheint das Verhalten aber häufig unpassend, provozierend oder ermüdend. Hilfreich ist in jedem Fall, wenn das schwierige Verhalten besser verstanden wird. Dies kann sowohl durch ein besseres Verständnis der Erkrankung und der damit verbundenen physiologischen Ursachen erfolgen (z. B. bei einer Demenz, nach einem Schlaganfall oder einem Schädel-Hirn-Trauma) als auch durch ein besseres Verständnis der spezifisch individuellen und situativen Verhaltensweisen des Pflegeempfängers.

- Gibt es Zusammenhänge mit der Biografie?
- Lassen sich Verhaltensweisen über die Persönlichkeit erklären?
- Können Grundbedürfnisse (z. B. frieren, schwitzen, Schmerzen, Durst, Hunger, Harn-drang, Verstopfung) nicht adäquat zum Ausdruck gebracht werden?
- Welche Motive spielen sonst noch eine Rolle (z. B. etwas suchen, Drang nach Bewe-gung, sich verlassen fühlen, Langeweile)?
- Nebenwirkungen von Medikamenten?
- Wie sind die zugrunde liegenden Gefühle (z. B. Verunsicherung, Angst, Wut, Abhängig-keit, Niedergeschlagenheit)?

Wenn Sie keine Erklärung finden, sprechen Sie mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden dar-über - oder fragen Sie Ihren Hausarzt! Für viele ist auch der Besuch einer Selbsthilfegrup-pe sehr unterstützend.

Jeden Abend fällt Herr May negativ im Seniorenheim auf, da er von Tür zu Tür geht, ins Zimmer der anderen Bewohner schaut und unabhängig davon, ob diese fernsehen oder lesen, das Licht löscht. Die Bewohner protestieren lauthals und werfen auch mal einen Schuh nach Herr May. Nachdem sich die Situation zuspitzt, fragen die Mitarbei-ter des Heimes bei den Familienangehörigen nach, ob sich diese einen Reim auf das Verhalten von Herrn May machen können. Die Kinder von Herrn May erzählen, dass er fast 50 Jahre in einem Busunternehmen arbeitete und den größten Teil seines Berufs-lebens dafür verantwortlich war, dass abends alle Lichter gelöscht und alle Zimmer abgeschlossen waren. Dieses sehr verantwortungsvolle Verhalten war nun angesichts der Ähnlichkeit der Flure und des Gebäudes jeden Abend wieder aktuell für Herrn May. Die Mitarbeiter des Seniorenheimes nehmen Herrn May nun immer auf ihre Abschluss-runde mit, wenn sie jedem Bewohner eine gute Nacht wünschen, und lassen Herrn May die Türen zumachen und auf Wunsch der Bewohner auch das Licht ausmachen.

Manchmal kommt es vor, dass Herr May nachts aufwacht und dann nochmals einen Kontrollgang macht, aber damit können die Mitarbeiter und Bewohner mittlerweile gut umgehen.

Versuchen Sie immer wieder, Verständnis zu zeigen, wenn dies auch mitunter schwerfällt

- Sinnlose Diskussionen sollten vermieden werden;
- Anschuldigungen und Vorwürfe besser überhören;
- akzeptieren, dass der Leistungsmaßstab, der für Gesunde gilt, nicht mehr angewendet werden kann;
- Zuwendung bringt mehr als kritisieren und beschuldigen.

Wenn Ihr Angehöriger an einem eingeschränkten Gedächtnis oder einer eingeschränkten Aufmerksamkeit leidet

- Wichtig sind eine möglichst gleichbleibende Umgebung und eine feste Tagesstruktur, die Sicherheit bietet.
- Sorgen Sie für eine entspannte Atmosphäre im Haus und geben Sie dem erkrankten Angehörigen ausreichend Zeit für die Aufgaben, die er ausführen kann und soll.
- Geben Sie Orientierungshilfen in der Wohnung. Ein großer Kalender, in den die wichtigen Termine eingetragen werden, und Uhren mit großen Zifferblättern oder digitaler Anzeige erleichtern z. B. die zeitliche Orientierung.
- Die Abfrage von reinem „Wissen“ ist entmutigend für alle Beteiligten. Versuchen Sie lieber, den erkrankten Angehörigen mit alten Bildern, Erinnerungsstücken oder Fragen zu aktivieren und zum Erzählen zu bringen.

Hilfen für die Kommunikation

- Wahrnehmungsprobleme ausgleichen (Hilfsmittel wie Hörgerät, Brille oder Prothesen prüfen);
- ruhiger Umgang, Augenkontakt herstellen;
- klare, langsame Aussprache;

- einfache und wiederholende Sprache;
- Fragen stellen, die mit Ja oder Nein zu beantworten sind (z. B. nicht fragen, was es zum Mittagessen gab, sondern ob es geschmeckt hat);
- nonverbale Kommunikation einsetzen;
- Gefühle hinter einer Aussage ansprechen, nicht die Aussage selbst;
- alltägliche Tätigkeiten immer wieder verbalisieren und evtl. vormachen;
- bei aggressiver Reaktion den Blickkontakt vermeiden und sich gegebenenfalls aus der angespannten Situation entfernen;
- in schwierigen Situationen die Aufmerksamkeit Ihres Angehörigen auf etwas anderes lenken.

Wie gehen Sie mit Ihrem Ärger um?

Manchmal lässt sich Ärger nicht vermeiden. Immer wieder das Gleiche zu hören, immer wieder das Gleiche erklären zu müssen kann uns mit der Zeit sehr dünnhäutig werden lassen. Es gibt einige Hauptgründe für unseren Ärger und mögliche Strategien, damit umzugehen:

- Mit Schuldzuweisungen an den pflegenden Angehörigen machen wir ihn für den eigenen Schmerz verantwortlich, häufig gepaart mit einem Gefühl der eigenen Ohnmacht. In solchen Momenten vergessen wir, dass wir in jedem Moment eine neue Entscheidung treffen und die Situation verändern können.

Mögliche Strategien:

- Erinnern Sie sich, dass Ihr Angehöriger im Moment sein Bestes tut, was er gerade tun kann. Nehmen Sie sein Verhalten nicht persönlich.
- Machen Sie sich einen Plan, wie Sie das Problem lösen können. Überlegen Sie sich zuerst verschiedene Alternativen und wählen Sie die mit den besten Konsequenzen aus.
- In solchen Momenten greifen wir leicht bestimmte Verhaltensweisen heraus und formulieren sie in übertriebener Weise als „schrecklich“, „furchtbar“, „unausstehlich“. Die Verhaltensweisen erscheinen dann, wie mit einer Lupe betrachtet, stark vergrößert.

Mögliche Strategien:

- Seien Sie „angemessen“ negativ (z. B. die Situation ist enttäuschend, aber nicht entsetzlich oder schrecklich).
 - Beantworten Sie die Frage: Wie schlecht oder schlimm ist es wirklich?
 - Machen Sie einen Schritt zurück und betrachten Sie das gesamte Bild - nehmen Sie Positives genauso wahr wie Negatives.
 - Das ist im Moment ärgerlich, aber es sieht nächste Woche schon wieder anders aus.
 - Von außen betrachtet ist das alles keine große Sache.
- Wir verallgemeinern in solch kritischen Situationen einzelne Verhaltensweisen auf die ganze Person. Wir malen den Pflegebedürftigen in den schlimmsten Farben, als „undankbar“, „selbstüchtig“ und verwenden Generalisierungen wie „Du bist immer so ...“ oder „Du hast mich nie verstanden ...“

Mögliche Strategien:

- Seien sie spezifisch und genau. Bleiben Sie bei den Fakten.
 - Beschreiben Sie das Verhalten und nicht die Person als Ganzes.
 - Es ist nicht mehr als ein Problem. Ich muss meinen Angehörigen nicht zum Ungeheuer machen.
 - Formulieren Sie Ihre Gedanken oder Äußerungen neu, dass sie nicht mehr die Worte „immer“, „alle“, „nie“ und „jeder“ enthalten.
 - Betrachten Sie Ausnahmen. Erinnern Sie sich, dass Ihr Angehöriger sich manchmal entgegen manchen Tendenzen ganz anders verhält.
 - Seien Sie fair - wie oft passiert das tatsächlich?
 - Es passiert nicht immer auf die gleiche Weise. Es gibt eine Menge Ausnahmen.
- Eine andere Ursache für Ärger sind Fehldeutungen. Ohne dies genau zu wissen, sagen wir beispielsweise „Du hast das nur getan, um mich zu ärgern!“

Mögliche Strategien:

- Erinnern Sie sich, dass Sie über die Motive Ihres Angehörigen nur spekulieren - sie aber nicht wirklich kennen.
- Finden Sie andere Erklärungen für das Verhalten Ihres Angehörigen.
- Wenn ich wütend werde, hilft mir das nicht herauszufinden, was wirklich vorgeht.

- Wenn Ihr betreuungsbedürftiger Angehöriger mit seinem Verhalten Ihre persönlichen Vorlieben, Wünsche und Bedürfnisse nicht wahrnimmt.

Mögliche Strategien:

- Finden Sie heraus, wie die Bedürfnisse Ihres Angehörigen mit seinem Verhalten zusammenhängen.
- Ich bekomme nicht, was ich möchte, aber das ist nicht der Weltuntergang.
- Ich hätte die Dinge lieber anders, aber ich komme damit trotzdem zurecht.

Verurteilen Sie sich nicht, wenn Sie sich ärgern oder wütend auf Ihren Angehörigen sind. Versuchen Sie aber, einen Umgang mit den möglicherweise frustrierenden Seiten der Pflege zu finden. Neben den genannten Strategien hilft manchmal einfach ein tiefer Atemzug, nehmen Sie eine kurze Auszeit und gehen dann zurück in die Situation - manchmal wird es aber auch Situationen und Verhalten geben, für die es keine andere befriedigende Lösung gibt, als sie so zu akzeptieren, wie sie sind.

Sollten Sie sich von dem herausfordernden Verhalten Ihres Angehörigen überfordert fühlen oder merken, dass Sie sich in Ihren Reaktionen selbst nicht wiedererkennen, Sie Impulse zu verbalen oder auch körperlichen Aggressionen haben, wenden Sie sich bitte umgehend an Ihren Hausarzt oder an eine der folgenden Beratungsstellen:

Adresse:

Stürze vermeiden

Sicher bewegen - Stürze vermeiden

Wie Sie vielleicht schon an sich selbst oder im Bekannten- und Verwandtenkreis erfahren haben, sind viele Senioren einfach nicht mehr so sicher auf den Beinen wie früher. Meist sind dafür zurückgehende Muskelkraft, Probleme mit dem Gleichgewicht, dem Gehen oder dem Sehen verantwortlich. Auch ein künstliches Gelenk im Bereich der Hüfte oder des Kniegelenkes verursacht oft ein unsicheres Gefühl beim Gehen. Dies kann zu vermehrten Stürzen führen. Gerade in höherem Alter aber bleiben Stürze selten ohne Folgen. In Deutschland erleiden allein dabei etwa 100.000 ältere Menschen jährlich einen

Bruch der Hüfte. Neben den Schmerzfolgen sind hierdurch oft auch die Mobilität und die gesamte Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigt.

Die meisten Unfälle ereignen sich zu Hause - und das bei Tätigkeiten, die wir schon tausendmal getan haben. Wichtig ist für Sie also: typische Gefahrenquellen in der Wohnung vermeiden. Schon kleine Änderungen können viel bewirken. Im Folgenden möchten wir Ihnen einige Tipps vorstellen, wie Sie Stürze vermeiden können und weiterhin sicher durchs Leben gehen:

Sich bewegen (siehe auch Thema „Bewegung“)

Unsicherheiten beim Gehen oder Aufstehen sind häufig auf mangelhafte Kraft und ungenügendes Gleichgewicht zurückzuführen. Oft können auch die Muskeln nicht mehr so gut zusammenarbeiten wie früher - die Koordination wird schlechter. Diese Veränderungen, die mit den Jahren auftreten, müssen Sie aber nicht einfach so hinnehmen. Wie Studien gezeigt haben, können Sie durch gezielte Kräftigungsübungen und Übungen zur Verbesserung des Gleichgewichts Ihr individuelles Sturzrisiko und das Ihres Angehörigen positiv beeinflussen. Kurse, in denen solche speziellen Übungen durchgeführt werden, werden von Sportvereinen, Krankenkassen oder Volkshochschulen angeboten.

Stolperfallen beseitigen

Ein Teppich auf einer rutschigen Unterlage führt oft zu einer unfreiwilligen Rutschpartie. Legen Sie unter solche Teppiche einen rutschfesten „Stopper“. Vorsicht auch bei Teppichbrücken. Hier geraten Sie leicht ins Stolpern. Sind die Türschwellen wirklich notwendig? Sie sind ebenso wie lose Kabel auf dem Fußboden große Gefahrenquellen. Lassen Sie diese unbedingt fachgerecht verlegen oder sorgen Sie dafür, dass das Verlängerungskabel hinter dem Sofa verläuft, wo niemand darüberstolpern kann.

Oft ist auch nicht ausreichend Platz zwischen den Möbeln, um sich sicher bewegen zu können. Sie oder Ihr Angehöriger müssen sich vielleicht mit einer Gehhilfe oder einem Rollstuhl in Ihrer Wohnung bewegen können. Deshalb ist es wichtig, schon vorher Platz für die „Wege“ in der Wohnung zu schaffen.



Rutschfallen im Badezimmer

Gerade im Bad sind Hilfsmittel sehr wichtig. Sie sind ja wahrscheinlich schon gut ausgestattet. Trotzdem ist es wichtig, dass Sie Ihre Hilfsmittel in regelmäßigen Abständen auf ihre Sicherheit hin überprüfen lassen. Was nützt der Haltegriff, wenn er eines Tages aus der Wand fällt und Sie stürzen?

Eine Wasserpfütze kann schnell zur gefährlichen Rutschfalle werden – wischen Sie deshalb Wasserpfützen immer sofort und gründlich auf.

Gefahrenquelle Küche

In der Küche sollte alles gut zu erreichen sein. Das Ein- und Ausräumen von Tellern, Töpfen und so weiter darf keine Anstrengung verursachen – vermeiden Sie deshalb zu hohe Schränke. Wenn dies nicht möglich ist, lagern Sie die Dinge, die Sie täglich oder häufig brauchen, so, dass sie gut erreichbar sind. Wenn Sie doch einmal nach oben müssen, sorgen Sie dafür, dass Sie einen sicheren Stand auf der Trittleiter haben und feste Schuhe tragen.

Balancieren Sie nicht mit vielen Tellern beladen oder vollen Tellern durch die Wohnung. Besser: Essen, Trinken und Geschirr einfach und ohne Risiko mit einem Küchenwagen durch die Wohnung transportieren.

Sturzgefahr auf der Treppe

Eine Treppe ohne Handlauf oder ohne Geländer ist immer gefährlich. An einer glatten Wand können Sie sich schließlich im Fall der Fälle nicht festhalten. Für fast alle Hausflure und Wohnungen sind im Fachhandel geeignete Geländer erhältlich. Bitte überprüfen Sie auch regelmäßig, dass diese fest und sicher angebracht sind.

Außerdem sollten Sie sich beim Treppensteigen nicht hetzen lassen. Wie schnell übersieht man in der Eile eine Stufe, und schon ist ein Sturz passiert!

Nicht im Dunkeln tappen

Im gesamten Haushalt ist eine helle Beleuchtung wichtig, die nicht blendet. Das gilt insbesondere für den Bereich der Treppen und die Wege, die Sie nachts häufig zurücklegen – also vom Schlafzimmer ins Badezimmer und zur Toilette. Achten Sie darauf, dass die

Lichtschalter für Sie gut erreichbar sind. Auch Ihre Nachttischleuchte sollten Sie vom Bett aus bequem einschalten können, ohne fast aus dem Bett zu fallen. Übrigens: Ohne Betätigung eines Schalters können Lampen nachts mit Bewegungsmeldern angeschaltet werden. Auch hier berät Sie der Fachhandel gerne über Ihre individuellen Möglichkeiten.

Die richtige Kleidung

Auch mit der richtigen Kleidung können Sie die Sturzgefahr beeinflussen. Achten Sie darauf, dass Ihre Kleidung bequem ist. Bei sehr weitgeschnittener Kleidung besteht die Gefahr, dass Sie an Möbelstücken hängen bleiben. Ist die Kleidung zu eng, können Sie sich nicht gut genug bewegen, um ein Straucheln abzufangen.

Viele Senioren haben nachts im Bett kalte Füße. Außerdem rutscht man beim nächtlichen Toilettengang in Hausschuhen unter Umständen leicht aus. Mit Anti-Rutsch-Socken können Stürze vermieden und die Füße warm gehalten werden. Gerade bei älteren Menschen, die sich häufig schwer tun, Schuhe mit Fersenhalt anzuziehen, können so Angenehmes und Nützliches miteinander verbunden werden. Socken mit einer Rutschhemmung sind im Fachhandel erhältlich.

Schuhe mit hohen Absätzen, d. h. mit mehr als vier Zentimetern Absatzhöhe, steigern das Risiko für einen Sturz – besonders dann, wenn die Auftrittsfläche klein ist. Daher sollten Sie darauf achten, dass Sie Schuhe mit möglichst flachen und breiten Absätzen tragen, die Ihnen einen festen Halt im Fersenbereich geben. Schuhe ohne ausreichenden Fersenhalt müssen mit den Zehen „festgehalten“ werden. Daher sind sie immer eine Quelle für Gangunsicherheit und können Ursache von Stürzen sein. Schuhe mit Klettverschlüssen lassen sich leicht schließen und bieten Ihnen trotzdem einen festen Halt. Schnürsenkel nützen nämlich nichts, wenn sie offen sind, sondern erhöhen nur zusätzlich das Sturzrisiko.

Wenn Sie selbst oder Ihr Angehöriger häufiger stürzen, sollten Sie über Hüftprotektoren nachdenken. Das ist eine Art zweite Unterhose, in die seitlich Polster eingearbeitet sind, die im Falle eines Sturzes die Wucht des Aufpralls abmildern. Sie sind sehr effektiv, da sie die Zahl der Brüche des Oberschenkelhalses bei Stürzen stark senken. Die Hüftprotektoren werden mittlerweile in verschiedenen Ausführungen angeboten. Lassen Sie sich von Ihrem Fachhändler beraten.

Telefon

Und für den Fall des Falles: Das Telefon sollte immer gut erreichbar sein, um möglichst schnell Hilfe herbeiholen zu können. Ein „mobiles“ Telefon ist daher eine sinnvolle Anschaffung. Ein einfach zu bedienender Hausnotruf kann dazu eine nützliche Unterstützung sein, wenn Sie Ihren Angehörigen immer mal wieder für einige Zeit allein lassen (müssen). Dabei handelt es sich um ein kleines Gerät mit Alarmknopf, das der Pflegebedürftige um den Hals oder am Handgelenk trägt. Im Notfall kann mit einem Knopfdruck Hilfe geholt werden. Informationen dazu erhalten Sie bei fast allen ambulanten Pflegediensten.

Der Sturz ist passiert - was jetzt?

Versuchen Sie, ruhig zu bleiben! Finden Sie heraus, ob sich Ihr Angehöriger beim Sturz verletzt hat:

- Hat Ihr Angehöriger Schmerzen? Und wenn ja, wo?
- Steht ein Körperteil in einer unnatürlichen Stellung?
- Ist der gestürzten Person unwohl oder übel?
- Ist sie ohnmächtig oder bewusstlos?

Sie haben den Eindruck, dass die gestürzte Person wahrscheinlich verletzt, aber dennoch ansprechbar ist. Dann sollten Sie Atmung und Puls überprüfen. Stellen Sie dabei etwas Ungewöhnliches fest oder sind Sie sich unsicher, rufen Sie sofort einen Arzt oder Krankenwagen. Wenn die gestürzte Person stark blutet, holen Sie ebenfalls sofort Hilfe.

Bis die Hilfe eintrifft, sollten Sie Folgendes tun:

- Lagern Sie die gestürzte Person so bequem und schmerzfrei wie möglich und
- decken Sie die betreffende Person zu, sodass sie nicht friert.

Ist die gestürzte Person bewusstlos oder vermuten Sie Probleme mit dem Kreislauf, rufen Sie sofort den Notarzt und leiten entsprechende Maßnahmen der Ersten Hilfe ein. Wenn Sie sich beim Lesen dieser Zeilen unsicher sind, ob Sie diese Maßnahmen noch beherrschen, sollten Sie sich nicht scheuen, einen Auffrischkurs zu besuchen. Es gibt Institutionen, die solche Kurse auch speziell für Senioren anbieten.

Wenn Sie glauben, dass die gestürzte Person nicht verletzt und voll bei Bewusstsein ist, lassen Sie sich bestätigen, dass alles in Ordnung ist und nichts weh tut. Dann können Sie versuchen, die Person folgendermaßen zum Aufstehen anzuleiten:

So können Sie sich am leichtesten auf den Bauch drehen:

Ein Bein aufstellen; den Arm der Gegenseite neben den Kopf legen; dann Becken und Schulter der Seite mit dem aufgestellten Bein nach der Seite drehen, auf der der Arm neben dem Kopf liegt. Danach weiter auf den Bauch drehen.

So kommen Sie in den Vierfüßlerstand:

Anschließend soll sich die gestürzte Person auf den Unterarmen abstützen und das Becken abheben, sodass sie in den Vierfüßlerstand kommt. Dann soll die Person zu einem Sofa oder einem Stuhl kriechen.

Sicher in den Kniestand aufrichten:

Dort soll sie versuchen, sich mit den Händen abzustützen und sich dann in den Kniestand aufzurichten.

Sicher aufstehen:

Einen Fuß aufstellen und sich durch Abstoßen auf die Couch oder den Stuhl setzen oder zum Stehen kommen.

Betreuungsrecht - Vorsorgen ist besser

„Betreuungsrecht - was ist das, und warum soll ich mich damit überhaupt beschäftigen?“, werden wir immer wieder gefragt. Gerade für ältere Menschen kann dieses Recht eine entscheidende Rolle spielen, wenn es beispielsweise um die Entscheidung geht, ob die Ernährung durch eine Sonde sichergestellt werden soll. Aber auch wenn ein Mensch an einer Sprachstörung (Aphasie) leidet, finanzielle Angelegenheiten geregelt werden müssen oder der Betroffene die Folgen seines Handelns nicht mehr in vollem Umfang überblicken kann, springt das Betreuungsrecht ein. Doch gerade in diesem Bereich gibt es häufig Missverständnisse. Viele Ehepartner sind verwundert, wenn man sie fragt, ob sie eine Vollmacht für ihren Partner haben. Sie nehmen an, dass dies in der Heirat bereits inbegriffen ist. Dem ist aber nicht so. Meistens bekommt der Ehepartner zwar im Bedarfsfall

die nötigen Vollmachten zugesprochen. Es ist aber in einzelnen Fällen durchaus möglich, dass plötzlich ein staatlicher Betreuer Rechte zuerkannt bekommt, die man familienintern wählte.

Falls Sie noch keine Vorsorge getroffen haben, möchten wir die wichtigsten Aspekte des Betreuungsrechts zusammenfassend darstellen.

Das Betreuungsrecht umfasst:

1. Patientenverfügung,
2. (Vorsorge-)Vollmacht,
3. gesetzliche Betreuung sowie
4. Betreuungsvereine.

Das Betreuungsrecht betrifft erwachsene Menschen, die wegen einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, seelischen oder geistigen Behinderung ihre Angelegenheiten zumindest teilweise nicht selbst regeln können und deshalb auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Dabei sollen das Selbstbestimmungsrecht des Betreuten so weit wie möglich gewahrt und dessen Wünsche bestmöglich berücksichtigt werden.

Dies gilt natürlich nicht nur für ein Leben nach einer Erkrankung. Manchmal kommt man ganz plötzlich und ohne eigenes Zutun in die Lage, dass man wichtige Angelegenheiten nicht mehr selbstverantwortlich regeln kann – sei es durch einen Unfall, „das Alter“ oder eine Krankheit. Deshalb sollten Sie auf den Fall der Fälle vorbereitet sein, egal wie gut Sie sich im Moment fühlen.

1. Patientenverfügung

Für einen Arzt ist es sehr schwierig, Entscheidungen für einen ihm unbekanntem Patienten zu treffen; v. a. wenn man annehmen muss, dass dieser nur mit schweren Schädigungen weiterleben kann. Wenn keine individuelle Patientenverfügung vorliegt, kann der behandelnde Arzt zwar im Gespräch mit den Angehörigen Vermutungen über die Wünsche, Ängste und Hoffnungen des Betroffenen anstellen. Eine Entscheidung zu treffen ist für Arzt und Angehörige aber keine leichte Aufgabe, denn die Bandbreite der Möglichkeiten ist groß. Sie reicht unter Umständen von einer unbedingten Lebensverlängerung mit

allen medizinischen Mitteln bis hin zu einer Linderung der Schmerzen ohne weiterführende Therapie.

Die individuelle Patientenverfügung ist juristisch gesehen eine Willenserklärung. Der Verfügende, oder im gegebenen Fall der Patient, gibt dem Arzt hierdurch eine Handlungsleitlinie, bestimmte medizinische Maßnahmen durchzuführen oder zu unterlassen. Hierdurch kann der Umgang mit bestimmten Situationen oder Krankheiten geregelt werden. Ihre Willenserklärung ist auch für andere Berufsgruppen, wie etwa die Pflege, verbindlich. In der Patientenverfügung können Sie außerdem die weitgehende Behandlung bei tödlich verlaufenden Erkrankungen einschränken.

Damit Ihre Patientenverfügung auch wirksam ist, müssen Sie diese erstellen, wenn Ihre Geschäftsfähigkeit noch gewährleistet ist. Auch sollten Sie Ihren Willen schriftlich hinterlegen. Nur dann können die Weisungen an den Arzt belegt werden. Um vollkommen sicher zu sein, dass Ihr Wille in der Patientenverfügung auch zum Ausdruck kommt, sollten Sie diese zusammen mit einem Rechtsanwalt, Notar oder Arzt abfassen, der sich auf diesem Gebiet auskennt. Auch wenn ein Gericht einmal eine Betreuung für notwendig erachtet, ist der für Sie bestellte Betreuer an die Weisungen Ihrer Patientenverfügung gebunden (siehe 3. Gesetzliche Betreuung).

Ihre Patientenverfügung kann nur dann berücksichtigt werden, wenn sie im Notfall auch greifbar ist. Sie sollten sie daher immer als Kopie in Ihrer Brieftasche mit sich führen. Eine Alternative dazu ist die gebührenpflichtige Hinterlegung bei der Bundeszentralstelle für Patientenverfügungen des Humanistischen Verbandes Deutschlands in Berlin oder des DRK in Mainz.

Empfohlener Aufbau einer schriftlichen Patientenverfügung nach dem Bundesministerium der Justiz:

Eingangsformel* (Beispiel s. u. im Kasten)

Situationen, für die die Patientenverfügung gelten soll*

Festlegungen zu ärztlichen/pflegerischen Maßnahmen*

Wünsche zu Ort und Begleitung

Aussagen zur Verbindlichkeit

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Organspende

Schlussformel*

Schlussbemerkungen

Datum, Unterschrift*

Aktualisierung(en), Datum, Unterschrift

Anhang: evt. Wertvorstellungen

Besonders wichtige Bestandteile sind mit Sternchen* gekennzeichnet.

Eingangsformel

Ich ... (Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in) bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

2. Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass Sie Ihre Angelegenheiten aus irgendwelchen Gründen nicht mehr selbst regeln können, sollten Sie sich nicht nur über Ihre medizinische Betreuung Gedanken machen, sondern auch andere wichtige Fragen bedenken. Diese könnten lauten: Wer kümmert sich um die alltäglichen Dinge, wenn ich es nicht mehr kann? Entscheidet derjenige auch in meinem Sinn und nach meinem Willen? Wer erledigt meine Bankgeschäfte? Oder wer kümmert sich darum, dass ich gut untergebracht und versorgt bin?

Sie können zur Lösung dieser und noch vieler anderer Fragen eine Vorsorgevollmacht erteilen. D. h., Sie bestimmen schon im Voraus eine oder mehrere Personen, die bereit sind, Ihre Angelegenheiten in Ihrem Sinne zu regeln, falls Sie nicht mehr dazu in der Lage sind. Um dies den Personen zu erleichtern, sollten Sie Anweisungen hinterlassen, wie bestimmte Dinge geregelt werden sollen. Es ist sinnvoll, den oder die Bevollmächtigten schon beim Erstellen der Vorsorgevollmacht mit einzubeziehen. Denn im Gespräch ergeben sich noch manche nützliche Hinweise und zusätzliche Themen.

Wenn Sie keine Vorsorgevollmacht erteilen, bestellt das Vormundschaftsgericht Ihres Wohnorts einen Betreuer, der Ihre Angelegenheiten regelt, wenn es nötig werden sollte.

3. Gesetzliche Betreuung

Das Gericht kann auf verschiedene Weise erfahren, dass ein Betreuer für eine Person nötig ist. Zum einen kann der Betroffene selbst die Bestellung eines Betreuers verlangen. Zum anderen können Hinweise von Angehörigen oder Dritten, wie z. B. Ärzten, dazu führen, dass das Gericht über eine Betreuung entscheidet. Bei der Einrichtung einer Betreuung wird genau festgelegt, welche Aufgaben der Betreuer regeln kann und muss. Außerdem wird die Dauer festgelegt. Spätestens nach sieben Jahren muss vom Gericht erneut über eine Verlängerung oder Aufhebung der Betreuung entschieden werden.

Als Betreuer kommen eine dem zu Betreuenden nahestehende Person, eine ehrenamtlich tätige Person, etwa das Mitglied eines Betreuungsvereins, oder ein selbstständiger Berufsbetreuer infrage.

Wichtig zu wissen

- Wenn der zu Betreuende noch in der Lage ist, seinen Willen frei zu bilden, darf kein Betreuer gegen seinen Willen bestellt werden.
- Schlägt der Betroffene eine geeignete Person vor, muss sich das Gericht an diesen Vorschlag halten.
- Ein Gericht greift erst ein, wenn eine Kontrolle des Bevollmächtigten notwendig wird und der Betreute selbst dazu nicht mehr in der Lage ist.
- Die Einrichtung einer Betreuung heißt nicht, dass der Betreute automatisch geschäftsunfähig wird. Erst wenn ein Gericht einen Einwilligungsvorbehalt angeordnet hat, braucht der Betreute – von bestimmten Ausnahmen abgesehen – die Einwilligung des Betreuers.

Das Betreuungsrecht regelt, wie und in welchem Umfang ein Betreuer für eine hilfsbedürftige Person bestellt wird. Es hat also die Aufgabe, den notwendigen Schutz und die erforderliche Fürsorge für eine hilfsbedürftige Person sicherzustellen und gleichzeitig für ein größtmögliches Maß an Selbstbestimmung zu sorgen.

Aufgaben des Betreuers

Der Betreuer darf die gesetzliche Vertretung des Betreuten grundsätzlich nur in dem ihm zugewiesenen Aufgabenfeld wahrnehmen. Dabei soll der persönliche Kontakt gepflegt und nicht nur der Schriftverkehr übernommen werden. Bei anstehenden Entscheidungen sollte er Ihre Wünsche und Vorstellungen so weit wie möglich umsetzen und nicht einfach über Ihren Kopf hinweg entscheiden.

Außerdem hat der Betreuer dafür zu sorgen, dass der Betreute in seinen verbliebenen Fähigkeiten gefördert wird. Mindestens einmal im Jahr muss der Betreuer dem Vormundschaftsgericht schriftlich oder mündlich Bericht erstatten.

Die Einwilligung in medizinische Maßnahmen kann jedoch der Betreuer nur übernehmen, wenn der Betroffene die Tragweite und Risiken des Eingriffs nicht mehr wahrnimmt. Dies gilt auch, wenn die gesundheitliche Fürsorge ein Teil der Betreueraufgaben ist. In bestimmten Fällen braucht der Betreuer für die Durchführung einer medizinischen Maßnahme immer die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Auch für die Einrichtung

von freiheitsentziehenden Maßnahmen wie z. B. Bettgittern bedarf der Betreuer bei einem nicht-einwilligungsfähigen Betreuten die Genehmigung des Gerichts. Gleiches gilt für die Kündigung und Aufhebung eines Mietvertrags bzw. jegliche andere Art des Eingriffs in den Wohnraum des Betreuten.

Kosten der Betreuung

Bei einer Betreuung entstehen verschiedene Kosten. Die Gerichtskosten richten sich nach dem Vermögen des Betreuten. Es werden fünf Euro pro 5.000 Euro Vermögen und pro Jahr der Betreuung fällig. Allerdings gibt es hier einen Freibetrag von 25.000 Euro, d. h. dass erst für ein Vermögen über 25.000 Euro Gerichtskosten in der o. g. Höhe fällig werden.

Die Vergütung des Betreuers richtet sich in erster Linie danach, ob der Betreuer ehrenamtlich oder beruflich handelt. Wer die Kosten übernimmt, hängt davon ab, ob der Betreute mittellos oder vermögend ist. Als mittellos gilt, wer im Westen ein monatliches Einkommen von weniger als 690 Euro pro Monat (662 Euro/Monat im Osten) bezieht. Außerdem gilt ein Schonbetrag von 2.600 Euro bei Vermögen. Wer mehr als dieses Einkommen pro Monat bzw. den Schonbetrag des Vermögens besitzt, muss die Kosten für den Betreuer ganz oder teilweise tragen.

Ein ehrenamtlicher Betreuer kann sich entweder seine Unkosten (nach Vorlage von Belegen) erstatten lassen oder eine Pauschale in Höhe von 323 Euro jährlich in Anspruch nehmen.

Beim Berufsbetreuer richtet sich die Vergütung nach seiner Ausbildung, der Unterbringung und dem Vermögen des Betreuten sowie der Betreuungszeit. Je nach Situation werden unterschiedliche Pauschalstunden angenommen. Der Betreuer ist dennoch verpflichtet, die Stunden zu leisten, die er für die korrekte Erfüllung seiner Aufgabe benötigt.

	Betreuer lebt im Heim	Betreuer lebt nicht im Heim
1. - 3. Monat	4,5 h/Monat	7 h/Monat
4. - 6. Monat	3,5 h/Monat	5,5 h/Monat
7. - 12. Monat	3 h/Monat	5 h/Monat
Ab dem 12. Monat	2 h/Monat	3,5 h/Monat

Tab. 33: Pauschalstunden bei Mittellosigkeit

	Betreuer lebt im Heim	Betreuer lebt nicht im Heim
1. - 3. Monat	5,5 h/Monat	8,5 h/Monat
4. - 6. Monat	4,5 h/Monat	7 h/Monat
7. - 12. Monat	4 h/Monat	6 h/Monat
Ab dem 12. Monat	2,5 h/Monat	4,5 h/Monat

Tab. 34: Pauschalstunden für Selbstzahler

Diese Pauschalstunden ergeben zusammen mit der Vergütung des Betreuers die monatlichen Kosten für den Berufsbetreuer. Ein Berufsbetreuer ohne Ausbildung erhält 27 Euro pro Stunde. Hat er dagegen eine abgeschlossene Ausbildung oder Lehre, erhält er 33,50 Euro und mit einer Hochschulausbildung 44 Euro pro Stunde.

4. Betreuungsvereine

Betreuungsvereine sind eingetragene Vereine, deren Ziel es ist, ein möglichst selbstbestimmtes Leben ihrer Betreuten sicherzustellen, soziale Akzeptanz und Eingliederung zu fördern und die Öffentlichkeit für die Belange von betreuten Personen zu sensibilisieren. Zu den Aufgaben dieser Vereine gehört es, systematisch ehrenamtliche Betreuer zu gewinnen, weiterzubilden und zu beraten. Außerdem müssen sie seit dem Jahr 2005 auch die Information und Beratung über Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen sicherstellen.

Der Betreuungsverein muss von den zuständigen Behörden anerkannt sein, um vom Vormundschaftsgericht selbst als Betreuer eingesetzt werden zu können und seine Aufgaben wahrnehmen zu dürfen.

Ein Betreuungsverein geht grundsätzlich von der Einzelbetreuung aus, die von seinen ehrenamtlichen Vereinsmitgliedern wahrgenommen wird. Dabei werden sie von hauptamtlichen Fachkräften gefördert, unterstützt und beraten. Betreuer von Betreuungsvereinen können von manchen Formerfordernissen befreit werden.

Zurzeit existieren etwa 850 Betreuungsvereine in Deutschland, die entweder konfessionell oder unabhängig sind. In ihnen organisieren sich die meisten Ehrenamtlichen.

Weitere Informationen können Sie der Broschüre „Betreuungsrecht“ vom Bundesministerium der Justiz entnehmen.

Bestelladresse:

im Internet unter www.bmj.bund.de/enid/Ratgeber/Betreuungsrecht_kh.html

oder per Post: Bundesministerium der Justiz
Mohrenstraße 37
10117 Berlin

Frau Barthel hat vor zwei Tagen einen Schlaganfall mit zeitweiliger Aphasie erlitten. Als Hauptproblem sehen die Ärzte im Moment die Schluckstörungen an, die eine Ernährung durch eine Sonde erforderlich machen. Da Frau Barthel eine Patientenverfügung erstellt hat, in der sie sich u. a. dazu entschied, eine Magensonde zur Ernährung zuzulassen, stimmt ihre Tochter, Frau Most, die von Frau Barthel zur bevollmächtigten Vertrauensperson bestimmt wurde, diesem Eingriff zu.

Frau Barthel hatte wenige Tage vor dem Schlaganfall den Kaufvertrag für eine kleine Eigentumswohnung in unmittelbarer Nachbarschaft zu ihrer Tochter unterschrieben, die jetzt bezahlt werden müsste. Da Frau Barthel dazu aber noch nicht in der Lage ist, möchte Frau Most die notwendigen Schritte in die Wege leiten. Doch ihr Bruder will

erst abwarten, ob seine Mutter nach dem Schlaganfall wieder ohne Hilfe ihren Alltag bewältigen kann. Es kommt zu einem Streit zwischen den Geschwistern. Schließlich erklärt sich Herr Barthel, der Bruder, bereit, die Verhandlungen über die Verschiebung des Kaufes zu führen. Zum Glück ist der Verkäufer bereit, drei Wochen abzuwarten, nach denen eine Prognose über die künftigen Fähigkeiten von Frau Barthel gestellt werden kann. Wenn nach dieser Zeit abzusehen ist, dass Frau Barthel wieder in der Lage ist, allein zu leben, kann der Kauf wie geplant über die Bühne gehen.

Nachdem es Frau Barthel wieder etwas besser geht, erzählt ihr ihre Tochter von dem Streit mit dem Bruder. Frau Barthel will sich bei einem Betreuungsverein über verschiedene Möglichkeiten beraten lassen und eine Vorsorgevollmacht erstellen, damit in Zukunft Streitigkeiten über solche Entscheidungen innerhalb der Familie vermieden werden.

Umgang mit Schmerzen

„Nicht dem Vergnügen, sondern der Schmerzlosigkeit geht der Vernünftige nach.“

Aristoteles

Wie empfinden wir Schmerzen?

Empfindungen sind subjektiv. Aber Liebe, Trauer und eben auch Schmerzen müssen als Resultat umfassender Prozesse im Zentralen Nervensystem gesehen werden. Fast jeder weiß, dass der Gedanke an etwas Schönes dämpfend auf den Schmerz wirken kann. Die emotionale Verfassung ist entscheidend für das Schmerzempfinden: Trauer, Ärger und Niedergeschlagenheit können Schmerzen verstärken, gute Laune dagegen kann schmerzlindernd wirken. Jeder Schmerz ist eine subjektive Empfindung, die von vielen Umständen beeinflusst wird. Das wird besonders deutlich, wenn kleine Kinder Schmerzen haben. Dann reicht es oft aus, auf die schmerzhafte Stelle zu pusten und die Kinder abzulenken. Wenn man sie bitten würde, sich ganz auf die Schmerzen zu konzentrieren, dann würden sie sehr viel länger weinen. An Kindern kann man sich auch verdeutlichen, dass nicht nur die eigene Aufmerksamkeit auf den Schmerz entscheidend für die Wahrnehmung desselben ist. Auch wenn andere uns Aufmerksamkeit schenken, weil deutlich ist, dass wir an

Schmerzen leiden, wird der Schmerz bei uns in den Vordergrund rücken, unabhängig davon, ob wir das mit unserem Verhalten beabsichtigen.

Teufelskreis Schmerz

Schmerzen sind ein Signal des Körpers. Für eine angemessene Reaktion müssen sie richtig eingeordnet werden. Wenn immer wieder auftretende Schmerzen nicht beachtet werden, besteht die Gefahr einer chronischen Schmerzkrankheit. Außerdem baut sich schnell ein Teufelskreis aus Schmerz, Angst und Anspannung auf, wenn Schmerzen dauerhaft ignoriert oder vermieden werden.

Sie haben chronische Schmerzen? Was nun?

Wenn der Schmerz zu einer eigenständigen Krankheit geworden ist, verliert er seine natürliche Warn- und Schutzfunktion. Der Umgang mit chronischen Schmerzen in der Medizin ist heute immer noch ein Problem. Die Bedeutung ist unbestritten, denn jeder Zehnte, also mehr als acht Millionen Deutsche, leidet unter chronischen Schmerzen.

Sprüche wie „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“ oder „Jeder muss sein Kreuz tragen“ sind langfristig keine Hilfen im Umgang mit Schmerzen, zeigen aber deutlich, wie in unserer Gesellschaft mit Schmerzen umgegangen wird. Am besten man redet nicht darüber und erträgt sie still.

Um den Schmerz dauerhaft zu beseitigen, sollte er als natürliche Reaktion des Körpers gesehen werden. Jeder nimmt Schmerzen individuell wahr - und muss deshalb spezifisch behandelt werden.

V.a. Kopf- und Rückenschmerzen lassen Leidgeprüfte ständig zur Tablette greifen. Angesichts der Nebenwirkungen für Magen, Leber und Nieren ist das langfristig keine Lösung. Wenn dann auch Tabletten nicht mehr helfen, verzweifeln viele. Einen Ausweg aus der Schmerzspirale bieten heute jedoch moderne Schmerztherapien.



Ursachen für chronischen Schmerz

Der Beginn einer „Schmerzkarriere“ ist oft eine Form von Vernachlässigung. Jede Art von Schmerz sollte daher beachtet und therapiert werden. Akuter Schmerz hat die Funktion, den Körper vor möglichen oder tatsächlichen Verletzungen zu warnen. Er hält daher nur kurz an. Schmerzrezeptoren, die im ganzen Körper zu finden sind, nehmen potenziell gefährliche Reize wahr und leiten die Information über Nerven ins Rückenmark und von dort weiter ins Gehirn. Hier wird die Wahrnehmung auch im Zusammenhang mit anderen Informationen bewertet. Diese Wahrnehmung und die Verarbeitung finden in mehreren, verschiedenen Gehirnbereichen statt. Damit wir nicht ständig Schmerzen verspüren, besitzt der Körper auch ein System zur Schmerzunterdrückung. Körper eigene Opiate – sogenannte Endorphine – dämpfen normalerweise akute Schmerzreize sehr schnell. Wenn ein Reiz aber sehr stark ist und lange anhält, z. B. nach Unfällen oder Verletzungen, kann dieses System auf Dauer überlastet werden und schließlich seine Funktion einstellen. Die körpereigene Ausschüttung schmerzlindernder Substanzen reicht dann nicht mehr aus, um die ständigen Signale der Nerven im Rückenmark zu unterdrücken. Starke, ständig wiederkehrende Schmerzreize können Nervenzellen auch verändern. Dann kann der sorgfältig aufeinander abgestimmte Regelkreis seine Funktion nicht mehr erfüllen. Danach führen selbst schwache Reize oder bloße Berührungen zu starken Schmerzen. Es bildet sich eine sogenannte Gedächtnisspur oder auch ein Schmerzgedächtnis aus. Als Folge kann das Gehirn sogar selbst Schmerzsignale produzieren und daher Schmerzen ohne Ursache wahrnehmen.

Das beste Beispiel für ein Schmerzgedächtnis ist der sogenannte Phantomschmerz. Noch Jahre nach Amputationen verspüren Patienten immer wieder Schmerzen in einem Körperteil, das gar nicht mehr vorhanden ist. Hier gehen die Schmerzen vom Nervensystem selbst aus. Aber auch eine schlechte Schmerzversorgung während und nach Operationen, bei länger anhaltenden Rückenerkrankungen oder bei Tumorbildungen kann durch Dauerbelastung der Nervenzellen zu chronischen Schmerzen führen.

Im Falle der Phantomschmerzen von Amputierten konnten Wissenschaftler mittlerweile nachweisen, dass es im Gehirn tatsächlich zu Veränderungen kommen kann.

Das hat zum Umdenken in der Schmerzversorgung geführt. Die Empfehlungen lauten heute: Bei starken Schmerzerlebnissen oder Operationen sollte die Schmerzempfindung mit entsprechenden Medikamenten schnell und vollständig unterdrückt werden. Außerdem sollte die Schmerzversorgung auch nach Operationen lange genug beibehalten werden.

Qual ohne Ende ?

Was chronische Schmerzen wirklich bedeuten, kann man nicht nachvollziehen, wenn man nie selbst darunter gelitten hat. Ein akuter Schmerz, so stark er auch sein mag, geht relativ schnell vorbei, und man kennt die Ursache. Wenn dieser Schmerz aber ständig oder immer wiederkehrend das Leben beeinträchtigt, hat er seine Warn- und Schutzfunktion für den Körper verloren. Der Schmerz ist chronisch und somit zu einer eigenständigen Krankheit geworden, die alltägliche Dinge wie Anziehen, Waschen, Bücken, Sitzen oder Stehen zur Qual werden lässt.

Wer unter chronischen Schmerzen leidet, kann meistens seinem Beruf und seinen alltäglichen Verpflichtungen nicht mehr nachgehen. Betroffene leiden oft zusätzlich unter Schlaf- und Essstörungen und als Folge unter Erschöpfungszuständen. Die Energie, soziale Kontakte zu erhalten, kann oft nicht mehr aufgebracht werden, und die soziale Isolation droht. Trotzdem gibt es Hilfe für die Betroffenen. Spezielle Schmerztherapeuten sind mittlerweile in der Lage, chronische Schmerzen über spezielle Behandlungskonzepte, die die Ursachen berücksichtigen, zu heilen.

Checkliste

Wie Sie bereits wissen, gibt es viele Gründe, Schmerzen ärztlich abklären zu lassen. Wenn Sie oder Ihr Angehöriger Schmerzen haben, können Sie sich folgende Fragen stellen:

- Ist die Ursache des Schmerzes bekannt?
 - ➔ Wenn nein, suchen Sie Ihren Haus- oder einen entsprechenden Facharzt auf.
- Haben Sie den Eindruck, dass die Schmerzen medikamentös ausreichend versorgt sind?
 - ➔ Wenn nein, suchen Sie Ihren Haus- oder einen entsprechenden Facharzt auf.
- Wurde Ihnen von ärztlicher Seite gesagt, ob Bewegung oder Schonung gegen den Schmerz hilft?
 - ➔ Wenn nein, fragen Sie bei Ihrem Haus- oder einem entsprechenden Facharzt nach.
- Wenn Sie die bisherigen Fragen mit Ja beantworten können: Kommen Sie mit Ihren Schmerzen oder den Schmerzen und/oder Schmerzäußerungen Ihres Angehörigen zurecht?
 - ➔ Wenn nein, holen Sie sich Rat bei Ihrem Haus- oder einem entsprechenden Facharzt.

Wege aus dem chronischen Schmerz

Das Problem von chronischen Schmerzpatienten ist oft, den richtigen Arzt zu finden, der die Probleme ernst nimmt und richtig einordnet. Viele Schmerztherapeuten sehen Deutschland in dieser Hinsicht als Entwicklungsland an. Bei mehr als 800.000 Patienten

reicht die normale Behandlung mit Schmerzmitteln nicht aus - sie gelten als „behandlungsresistent“. Das bestehende „Schmerzgedächtnis“ im Nervensystem ist nur durch Methoden zu überschreiben, die gut ausgebildete Schmerztherapeuten beherrschen. Da es eine spezielle und standardisierte Ausbildung in der Schmerzbehandlung an deutschen Universitäten bis heute noch nicht gibt, ist es also schwierig, den richtigen Ansprechpartner zu finden.

Oft werden nur die herkömmlichen Schmerzmedikamente verschrieben, die lediglich die körperlichen Symptome behandeln. Da das Phänomen „Schmerz“ aber auch die Psyche betrifft - nämlich die Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung -, ist klar, dass mit dieser Therapie allein das Problem nicht in Griff zu kriegen ist. Das Beispiel „Phantom-schmerz“ verdeutlicht: Schmerz ist auch eine Sache des Kopfes, und das Nervensystem kann ebenfalls zur Entstehung von Schmerzen beitragen (Neuropathie). Schmerzempfinden ohne Beteiligung der Psyche gibt es nicht.

Spätestens wenn die Schmerzen immer wiederkehren oder die Lebensqualität massiv beeinträchtigt ist, suchen die Betroffenen in Ihrer Hoffnung auf Hilfe einen Arzt nach dem anderen auf. Wirkliche Hilfe finden chronische Schmerzpatienten heute v. a. in Schmerzambulanzen oder besonderen Schmerzkliniken. Hier werden umfassende und ganzheitliche Therapiekonzepte angewandt, zu denen neben spezieller medikamentöser Behandlung auch Verhaltenstherapie und Entspannungstraining gehören.

Bei der Behandlung chronischer Schmerzen steht zunächst die absolute Schmerzfreiheit an erster Stelle. Nur dann können Patienten die Erfahrung machen, dass bestimmte Situationen oder Bewegungsmuster schmerzfrei durchgeführt werden können. Dadurch kann das typische Schmerzmuster gelöscht werden. Allein normales Bewegen und Verhalten führt zu einer neuen Hoffnung, die wiederum das körpereigene System zur Schmerzlinderung anregen kann. Die Kontrolle und die Ausschüttung der Endorphine werden dabei vom Gehirn gesteuert. Unterstützt wird dieser Prozess durch den gezielten Einsatz von Physiotherapie. Über die psychische Ebene sollten zusätzlich Situationen gefördert werden, die Schmerzen vergessen lassen oder bei denen die Schmerzen ausgeblendet werden können. Eine unterstützende Strategie sind hierbei Entspannungsverfahren. Sie können helfen, aus dem Teufelskreis von Schmerzerfahrung, Anspannung und Verkrampfung sowie Angst vor neuen Schmerzen auszubrechen. Progressive Muskelentspannung nach

Jacobson, Yoga, Autogenes Training, Meditation, Biofeedback oder Hypnose sind nur einige Verfahren, mit denen man dies erreichen kann (siehe Material „Entspannung“).

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe benötigen, können Sie die Deutsche Schmerzliga kontaktieren:

Deutsche Schmerzliga e.V.

Adenauerallee 18

D-61440 Oberursel

Tel. 0700/375 375 375 (Mo - Fr 9.00 - 12.00 Uhr, 12 Cent/Minute)

Bewegung tut gut

Bewegung ist eine wichtige Voraussetzung für unser Wohlbefinden, um Gesundheit zu erhalten oder zu erreichen.

„Wer rastet, der rostet!“ – ein Spruch, den viele ältere Menschen zur Erklärung ihres hohen Arbeitspensums heranziehen. Sehr treffend bezieht er sich auf die Notwendigkeit von Bewegung. Wie Sie vielleicht wissen, verlieren Menschen im Alter nicht selten einiges an Muskelmasse, was zu geringerer Körperkraft, eingeschränkter Beweglichkeit und bis zum Verlust der körperlichen Selbstständigkeit führen kann. Stark abgebaute Muskulatur stellt außerdem im Falle einer Erkrankung oder Verletzung ein erhebliches Risiko dar. Denn der Körper benötigt für die Immunabwehr und Wundheilung große Mengen an Stickstoff, die er im Notfall durch den Abbau von Muskelgewebe gewinnt. Dabei ist weder der Muskelabbau noch die Fettzunahme schicksalhaft mit dem natürlichen Alterungsprozess verbunden. Durch regelmäßiges körperliches Training und ausreichende Ernährung gelingt es auch dem älteren Menschen, die für den jüngeren Körper typische Muskelmasse zu erhalten.

Außerdem kann sich ein Teufelskreis entwickeln: Wenn Sie sich zu wenig bewegen, verlieren Ihre Gelenke langsam die Belastbarkeit. D. h., Sie werden weniger beweglich, und auch das Tragen Ihres Körpergewichts bereitet den Gelenkknorpeln Probleme. Daraus entstehen Schmerzen, die meist dazu führen, dass sich der Mensch noch weniger bewegt.

Es ist daher in der Pflege notwendig, sowohl die eigene als auch die Beweglichkeit des Pflegebedürftigen zu erhalten. Sie ist entscheidend, um einen anderen Menschen im Leben begleiten zu können.

Mobilität des Erkrankten

Der Erhalt der körperlichen Beweglichkeit ist enorm wichtig für die alltäglichen Dinge des Lebens, wie aufstehen, sich selbst waschen oder anziehen. Wenn dies allein nicht mehr möglich ist, sollten Sie Ihrem Angehörigen so viel Unterstützung bei diesen Aktivitäten geben wie nötig. Denn Menschen, die sich nicht mehr genügend bewegen können, sind zusätzlich in ihrer Gesundheit bedroht, da das Risiko, ein Druckgeschwür oder eine Thrombose zu entwickeln, enorm ansteigt.

Wie können jetzt Sie als pflegender Angehöriger davon Betroffenen beim Aufstehen und Gehen helfen und den Gefahren entgegenwirken?

Probleme beim Gehen

Wenn Sie bei der betreuten Person Probleme beim Gehen oder eine Abnahme der Beweglichkeit feststellen, sollten Sie sich Hilfe von Experten holen. Dies gilt v. a., wenn Arme oder Beine so schmerzen, dass nur eine besondere Lagerung etwas Linderung verschafft.

Es gibt gute Hilfsmittel, die Sie unterstützen können, wenn das Gehen und Aufstehen schwerfällt. Damit erleichtern Sie sich die Arbeit, die Sie leisten müssen. Eventuell sind nach einiger Zeit Anpassungen der Einstellung nötig. Hierzu können Sie sich von Ihrem Arzt, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Sanitätshaus beraten lassen.

Sie sollten auch mit dem betreuenden Arzt oder Therapeuten über die Möglichkeiten sprechen, die Schmerzen auf ein gut erträgliches Maß zu verringern. Helfen können neben Schmerzmitteln z. B. Umschläge oder spezielle Übungen (siehe auch Thema „Schmerz“).

Den Körper in Bewegung halten

- Ermutigen Sie Ihren Angehörigen, so lange wie möglich selbstständig die täglichen Aufgaben in der Pflege zu übernehmen, spazieren zu gehen, zu spielen oder sich im

Haushalt zu engagieren, auch wenn es mühsam ist und Zeit kostet. Über das Erfahren von Lob oder Erfolg steigt die Motivation, Dinge selbstständig zu erledigen.

- Regelmäßiges Üben, am besten von einem Therapeuten angeleitet, ist wichtig! Helfen Sie Ihrem Angehörigen dabei, diese Übungen auch selbstständig zu durchzuführen. Das gilt v. a. bei Krankheiten wie Parkinson, bei Lähmungen oder Arthrose.
- Wenn Ihr Angehöriger die meiste Zeit im Bett verbringt, fragen Sie beim Arzt oder einem Therapeuten nach, welche Übungen geeignet und hilfreich sind. Lassen Sie sich die Übungen und Hilfestellungen zeigen!

Anleitung für die Mobilisation – lassen Sie sich das Bewegen zeigen

Es gibt einige Tricks und Bewegungsabläufe, die es Ihnen enorm erleichtern, eine Person zu bewegen, die dies selbst nur noch in eingeschränktem Maße tun kann. In der Fachsprache nennt man diese Methode „Kinästhetik“. Sie sollten sich von einer Pflegefachkraft oder einem Physiotherapeuten in den Bewegungsübergängen schulen lassen, die für Sie und Ihren Angehörigen ein Problem darstellen oder bei denen Sie sich unsicher sind. Aber Vorsicht: Sich einen Bewegungsablauf nur zeigen zu lassen heißt nicht, ihn sicher zu beherrschen! Sie sollten die Technik ausreichend üben, auch und gerade mit Ihrem Angehörigen und der Fachkraft als Unterstützung. Als Alternative können Sie einen speziellen Kurs besuchen, der vielfach von der Krankenkasse oder der Volkshochschule angeboten wird. So vermeiden Sie, dass Sie Ihren Körper übermäßig belasten.

Wichtig bei der Hilfestellung zur Mobilisation ist aber in jedem Fall, dass Ihr Angehöriger so viel wie möglich selbst tut. Das mag zwar anstrengend sein, verhindert aber, dass Bewegungsfähigkeit und Muskelkraft noch mehr abnehmen. Sie sollten die Geduld aufbringen und mehrere Versuche abwarten, bevor Sie mehr Unterstützung geben, als normalerweise notwendig ist. Ihre Hilfestellung sollte immer unterstützend, begleitend und sichernd sein. Dabei sollten Sie sich der Geschwindigkeit Ihres Angehörigen anpassen. Wenn Sie ihn hetzen und unter Zeitdruck bringen, wird die gestellte Aufgabe, z. B. das Aufstehen aus einem Stuhl, nur viel schwieriger.

Sport nach dem Schlaganfall – geht das überhaupt?

Und ob! Unter dem Motto „Alle können mitmachen“ werden landesweit immer mehr Rehabilitationssportgruppen nach Schlaganfall aufgebaut. Nicht nur gehfähige Schlaganfallpatienten, sondern auch Rollstuhlfahrer können vom gemeinsamen Sport in der Gruppe

profitieren. Dieses Angebot kann die meist erforderliche Einzeltherapie (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) nicht ersetzen – der Sport ist aber eine wertvolle Ergänzung.

Bewegung mit Freude, Spiele mit Spaß, sportliche Aktivitäten und Hirnleistungstraining in der Gruppe führen zu einer besseren Krankheitsbewältigung und mehr Lebensqualität, zu sozialen Kontakten und Austausch mit anderen Betroffenen.

Schlaganfall-Patienten-Pass

Wir möchten Sie noch auf eine weitere Möglichkeit hinweisen, wie Sie und Ihr Angehöriger mehr Sicherheit im Alltag erlangen können und sich so vielleicht auch einen größeren Bewegungsradius zutrauen: der Schlaganfall-Patienten-Pass der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe.

Bei diesem Pass handelt es sich um eine personenbezogene und kompakte Erstinformation für den Notarzt bzw. den Rettungsdienst, in dem die bisherige Krankengeschichte sowie die aktuelle Medikation erfasst sind. Somit ist es den Erstversorgern möglich, die Situation richtig einzuschätzen, auch wenn eine Kommunikation nicht möglich oder erschwert ist. Die Idee zu diesem Pass ging von einer Frau aus, die nach ihrem Schlaganfall unter einer Aphasie litt und Sorge hatte, sich im Notfall nicht verständigen zu können.

Für nähere Informationen über den Ablauf der Passerstellung können Sie sich die kostenlose Broschüre „Schlaganfall-Patienten-Pass“ bei der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe bestellen, oder Sie rufen einfach in deren Service- und Beratungszentrum an und bitten um Zusendung des entsprechenden Datenblattes zur Erstellung des Passes. Der Pass kostet inklusive der aufwendigen Erstellung 10,00 Euro.

Service- und Beratungszentrum

Telefon: 01805 093093 (0,14 Euro/Min.)

Erhöhter Bewegungsdrang bei Demenz

Viele demenziell Erkrankte haben ein besonderes Bedürfnis, sich zu bewegen. Sollten Sie zeitlich oder körperlich selbst nicht mehr in der Lage sein, mithalten zu können, informieren Sie sich doch bei regionalen Beratungsdiensten, ob es in Ihrer Nähe z. B. Ausflugsgruppen gibt oder Freiwilligendienste, die sich stundenweise mit Ihrem Angehörigen

beschäftigen können. Vielleicht gibt es auch Nachbarn, die gerne spazieren gehen und Ihren Angehörigen mitnehmen. Wenn Sie selbst nicht über die Möglichkeiten verfügen, sich auf die Suche nach solchen Angeboten zu begeben, überlegen Sie mal, wer in Ihrem Bekanntenkreis einen Internetanschluss hat. Darüber lässt sich schnell herausfinden, welche Dienste es in Ihrem Umkreis gibt.

Bewegen auch Sie sich als Pflegeperson!

Auch für Sie als Pflegeperson ist es wichtig, dass Sie Ihren Körper beweglich erhalten. Dabei sollte Ihre besondere Sorge Ihrem Rücken gelten. Mit gezielten Übungen können Sie Ihren Rücken fit machen für Ihre anstrengende Aufgabe als pflegender Angehöriger. Neben gezielten Kräftigungsübungen sind auch Übungen zur Lockerung verspannter Muskulatur (v.a. im Bereich des Schultergürtels) und zum Erhalt der Beweglichkeit von großer Bedeutung. Sie können diese Übungen bei einem Physiotherapeuten oder in einer von einem Sportverein betreuten Gruppe erlernen.

Machen Sie Spaziergänge an der frischen Luft! Dabei können Sie entweder Ihren Angehörigen mitnehmen, sodass Sie beide etwas von der Bewegung haben, oder Sie sorgen dafür, dass er während dieser Zeit in guten Händen, z. B. bei einem Besuchsdienst oder Bekannten, ist. Gehen Sie nicht bis zur Erschöpfung, sondern so, dass sie selbst Freude an der Bewegung haben. Das Sonnenlicht, wenn auch nur durch eine Wolkendecke hindurch, tut sein Übriges, um Ihre Laune zu heben. Wenn Sie sich dazu mit einem vertrauten Menschen verabreden, tun Sie es meist auch regelmäßiger, weil Sie den anderen sprichwörtlich „nicht im Regen stehen lassen wollen“. Und gerade die Regelmäßigkeit ist wichtig, denn nur durch kontinuierliches Training können Sie Ihre Fitness, Ausdauer und Widerstandskraft gegen Infektanfälligkeit stärken.

Zur Vorbeugung gegen Stürze können Sie ein spezielles Trainingsprogramm durchführen, das Ihr Gleichgewicht und die Kraft Ihrer Beine verbessert. In dieses Übungsprogramm können Sie Ihren Angehörigen mit einbeziehen. Am besten erlernt man solche Übungen in Kursen der Krankenkasse oder eines Sportvereins. Wir stellen Ihnen aber jetzt beispielhaft zwei Übungen vor, für die Sie keine speziellen Hilfsmittel brauchen.

1. Kniebeugen

Zu Ihrer Sicherheit stellen Sie sich bitte hinter einen Stuhl. Beim In-die-Knie-Gehen sollten Sie darauf achten, dass Ihr Körperschwerpunkt nach hinten unten geht, so als ob Sie sich auf einen tiefen Stuhl setzen wollten. Dann ist die Übung besonders effektiv. Sie sollten insgesamt mit drei Serien von jeweils zehn Wiederholungen der Übung beginnen. Bedenken Sie bitte, dass Sie möglicherweise noch nicht so gut trainiert sind. Sie sollten daher langsam beginnen und im Laufe eines regelmäßigen Übens die Wiederholungs- und Serienzahl steigern.

2. Balance-Übungen mit Luftballon

Wenn Sie das Gefühl haben, dass Ihnen die Übungen im Stehen zu schwer sind und Sie unsicher sind, dann führen Sie sie bitte zuerst im Sitzen durch.

Mögliche Aufgaben mit dem Luftballon:

- Balancieren Sie den Luftballon auf der Hand, dem Handrücken, einem Finger usw.
- Tippen Sie den Luftballon mit den Fingern der rechten und linken Hand nach oben (auch im Wechsel).
- Spielen Sie den Luftballon mit der flachen Hand, dem Handrücken, dem Ellenbogen, dem Kopf und dem Fuß.

Sollten Sie Bedenken haben, dass Ihr Körper die zusätzliche Bewegung oder den Sport nicht „mitmacht“, oder wenn Sie beim Bewegen Schmerzen haben, fragen Sie bitte bei Ihrem Arzt nach. Manche Sportarten sind bei bestimmten Beschwerdebildern nicht empfehlenswert.

Suchen Sie sich eine Sportgruppe!

Informieren Sie sich bei den örtlichen Sportvereinen oder der Volkshochschule, aus welchen Angeboten Sie wählen können. Ob Sie Nordic Walking, Radfahren, Schwimmen, Tanzen oder Gymnastik machen, ist zunächst zweitrangig. Hauptsache, Sie fordern regelmäßig Ihren Kreislauf und Ihre Muskeln. Damit erhöhen Sie Ihre Belastbarkeit und verringern Ihr Sturzrisiko. Beides kommt Ihnen zugute und damit auch der Person, die Sie betreuen. Und wenn es Spaß macht, umso besser!

Das Gruppenangebot hat außerdem den Vorteil, dass Sie gleichzeitig mit anderen Menschen zusammenkommen und einen Freiraum für sich selbst schaffen, in dem Sie reden können. Hinweise zur Gruppenzusammensetzung erhalten Sie beim Sportverein, beim Übungsleiter der jeweiligen Gruppe oder im Programm der Volkshochschule.

Für die Stabilität Ihrer Gelenke ist es von Vorteil, ein leichtes Krafttraining durchzuführen. In vielen Vereinen, Fitness-Studios oder Praxen für Krankengymnastik gibt es auch spezielle Angebote für Senioren. Sie sollten darauf achten, dass Sie durch einen erfahrenen Trainer eingewiesen werden, der auf Ihre speziellen Bedürfnisse und Beschwerden eingeht.

Rund um die Pflegeversicherung

In den meisten Fällen wird die Einstufung in eine der Pflegestufen bereits erfolgt sein. Da es in einzelnen Fällen jedoch zu neuen Begutachtungen kommen wird, anbei das Wichtigste zum Thema Pflegeversicherung.

Pflegegeld

Wenn Ihr Angehöriger pflegebedürftig wird oder auch nur mehr Pflege als bisher benötigt, können Sie oder Ihr Angehöriger Pflegegeld bzw. ein erhöhtes Pflegegeld beantragen. Den Antrag dafür müssen Sie bei der Krankenkasse stellen, die ihn an die Pflegeversicherung weiterleitet.

Die Pflegeversicherung gibt dann beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ein Pflegegutachten in Auftrag. Anhand dieses Gutachtens wird der Betroffene einer von drei Pflegestufen zugeordnet. Nach dieser Pflegestufe richtet sich die Höhe des Pflegegelds.

Begutachtung

Der MDK, der die Begutachtung durchführt, ist eine von anderen Organisationen (und damit auch den Pflegeversicherungen) unabhängige Einrichtung. Grundlage der Begutachtung sind bundesweit einheitliche Begutachtungsrichtlinien (www.mds-ev.de), nach denen sich die Gutachter richten müssen. In ihnen ist die Vorgehensweise bei der Begut-

achtung festgelegt. Sie beschreiben sehr genau, welcher Bedarf an Hilfe im täglichen Leben zu welcher Pflegestufe führt.

Die Gutachter sind im Rahmen ihrer Richtlinien unabhängig. Deshalb kann es durchaus passieren, dass zwei Gutachter die Situation unterschiedlich einschätzen. Wichtig wird dies dann, wenn Sie als pflegender Angehöriger Widerspruch gegen eine Einstufung einlegen, da in diesem Falle ein anderer Gutachter ein erneutes Gutachten erstellt und zu einem anderen Ergebnis kommen kann.

Als Angehöriger können Sie dem Gutachter zusätzliche Informationen zum Pflegebedürftigen (z. B. Kopien von Krankenberichten etc.) vorlegen. Ermitteln Sie bereits im Vorfeld, wie viel Zeit Sie für die Pflege aufwenden. Noch besser sind Notizen oder ein Pflegetagebuch, das Sie in der Woche vor dem Gespräch geführt haben und in dem Sie alle Pflege- und Betreuungsleistungen aufschreiben. Sie können diese dann im Gespräch besser dokumentieren und vergessen nichts Wichtiges.

Die Entscheidung über die Einstufung muss nach dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung bei der häuslichen Versorgung etwa fünf Wochen nach der Antragstellung getroffen werden. Bei einem Aufenthalt des Betroffenen in einem Krankenhaus oder Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung muss dies sogar innerhalb einer Woche geschehen. Ist dies nicht der Fall, sollten Sie sich bei der zuständigen Pflegekasse beschweren. Wenn Leistungen gewährt werden, erfolgt dies aber auf jeden Fall ab dem Zeitpunkt der Antragstellung.

Wichtige Tipps für das Gespräch mit dem Gutachter

Der Besuch des Gutachters muss Ihnen rechtzeitig bekannt gegeben werden. Wenn dieser Termin für Sie ungünstig liegt, haben Sie Anspruch auf einen Ausweichtermin. Sie können aber auch darum bitten, dass eine Terminabsprache mit einer anderen Person, z. B. vom ambulanten Pflegedienst oder anderen Angehörigen, erfolgt.

Die Gutachter haben meist zwischen 20 und 40 Minuten Zeit, sich einen Eindruck von der Pflegesituation zu verschaffen. Versuchen Sie in diesem kurzen Zeitraum, dem Gutachter deutlich zu machen, wie viel Zeit Sie mit Ihrem Angehörigen für das Ausführen von alltäglichen Dingen benötigen. Der Gutachter muss Ihnen genügend Gelegenheit geben, über

den dabei benötigten Zeit- und Hilfeaufwand zu sprechen. Bemühen Sie sich dabei, kurz und prägnant die wichtigsten Informationen zu schildern. Ergänzen Sie aus Ihrer Sicht wichtige Informationen von sich aus, wenn der Gutachter nicht danach fragt.

Die Zeitangaben für Ihre Hilfestellung beim Ausführen von alltäglichen Dingen sind wichtig. Denn der Gutachter muss dokumentieren, wenn seine Einschätzung von Ihrer abweicht. Er muss auch überprüfen, warum er möglicherweise anderer Ansicht ist als Sie. Wenn er im Gutachten nicht auf Ihre abweichende Einschätzung eingeht, hat er einen Formfehler begangen, und sein Gutachten wird unzureichend. Sie können dies überprüfen, da Sie das Recht haben, das Gutachten bei der Pflegekasse einzusehen.

Schildern Sie und auch Ihr Angehöriger den Hilfebedarf realistisch. Eine Beschönigung der Situation verfälscht das Bild und gibt möglicherweise den Ausschlag für eine Fehleinschätzung. Richten Sie Ihren pflege- und betreuungsbedürftigen Angehörigen zu diesem Termin nicht besonders fein her und lassen Sie Ihren Angehörigen nur die Dinge tun, die er sonst auch ausführt. Der Gutachter sollte eine normale Alltagssituation vorfinden.

Leistungen der Pflegekasse sind keine Almosen, sondern ein Rechtsanspruch eines jeden Versicherten. Geben Sie daher den Pflege- und Betreuungsaufwand wahrheitsgemäß an. Dafür sollten Sie sich nicht schämen!

Wenn Sie nicht offen über den Hilfsbedarf reden können, weil Ihr Angehöriger anwesend ist, haben Sie ein Recht auf ein zusätzliches Gespräch ohne den Betroffenen. Es kann bei Ihnen zu Hause oder im Büro des Gutachters geführt werden.

Der Gutachter muss auf Ihre Bitte hin besonders rücksichtsvoll mit Ihrem betroffenen Angehörigen umgehen. Es kann z. B. sein, dass die Defizite des Betroffenen nicht offen angesprochen werden sollen. Dies muss dann berücksichtigt werden.

Pflegestufen

Die Einstufung in eine Pflegestufe erfolgt nur, wenn der Hilfebedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens mehr als 45 Minuten am Tag beträgt und zusätzliche Hilfe im Haus-

halt notwendig ist. Dabei zählen nicht nur die konkrete Handlung als Hilfestellung, sondern auch das Beaufsichtigen und Anleiten.

Es werden nur Aktivitäten berücksichtigt, die sich auf körperliche Grundbedürfnisse beziehen. Tätigkeiten, die das soziale Umfeld oder das geistige Wohlbefinden beeinflussen, werden bei der Einstufung nicht berücksichtigt.

Hilfestellungen bei folgenden Tätigkeiten fließen in die Beurteilung ein

Im Bereich der Körperpflege werden Hilfe bei Waschen, Duschen oder Baden, Zahnpflege, Kämmen und Rasieren sowie Darm- und Blasenentleerung für die Einstufung beurteilt. Weiterhin sind Hilfen beim mundgerechten Zubereiten und bei der Aufnahme der Nahrung relevant. Auch Unterstützung beim Aufstehen, Zubettgehen und bei der Lagerung sowie beim An- und Ausziehen wird berücksichtigt. Dagegen wird der Hilfebedarf beim Gehen, Stehen und Treppensteigen nur berücksichtigt, wenn er im Zusammenhang mit Körperpflege oder Essen steht oder wenn dies notwendig ist, um zum Arzt oder in die Apotheke zu gelangen.

Täglicher Mindestbedarf an Hilfe

	Aktivitäten des täglichen Lebens	Hauswirtschaftliche Hilfe	Gesamter Hilfsbedarf
Pflegestufe 1	45 Minuten/Tag, Bedarf mindestens zwei Mal/Tag	45 Minuten/Tag, Bedarf mehrmals pro Woche	90 Minuten/Tag
Pflegestufe 2	2 Stunden/Tag, Bedarf mindestens drei Mal zu verschiedenen Tageszeiten	1 Stunde/Tag, Bedarf mehrmals pro Woche	3 Stunden/Tag
Pflegestufe 3	4 Stunden/Tag, Bedarf rund um die Uhr	1 Stunde/Tag, Bedarf mehrmals pro Woche	5 Stunden/Tag

Tab. 35: Täglicher Mindestbedarf an Hilfe

Die Zeitangaben beziehen sich auf den durchschnittlichen Betreuungsaufwand. Da dieser von Tag zu Tag unterschiedlich sein kann, ist die mittlere Zeit pro Tag, die sich z. B. über eine Woche ergibt, wichtig.

Hauswirtschaftliche Verrichtungen

Die hauswirtschaftliche Hilfe muss einen Mindestanteil von 45 Minuten pro Tag ausmachen. Sie müssen aber nicht täglich, sondern nur mehrmals pro Woche diese Aufgaben wahrnehmen. Die erforderlichen Zeiten werden meist erreicht, sodass häufig der pflegerische Aufwand über die Einstufung entscheidet.

Zu den relevanten hauswirtschaftlichen Hilfen, die geleistet werden, zählen Einkaufen, Kochen, Putzen, Spülen oder Wäschewaschen (inklusive Bügeln und Einräumen).

Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen	Leistungsumfang					
	Stufe 1 (in €)		Stufe 2 (in €)		Stufe 3 (in €)	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Pflegesachleistungen monatlich bis zu	440	450	1.040	1.100	1.510	1.550
Pflegegeld monatlich bis zu	225	235	430	440	685	700
Tages-/Nachtpflege monatlich bis zu	440*	450*	1.040*	1.100*	1.510*	1.550*

Pflegesachleistungen = ambulanter Pflegedienst, Pflegegeld = nicht professionelle Pflege

* Neben dem Anspruch auf Tagespflege bleibt ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten.

Tab. 36: Leistungen der Pflegeversicherung

Nach dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sollen ab dem Jahr 2015 die Leistungen der Pflegeversicherung auch weiterhin alle drei Jahre angepasst werden.

Wenn Sie Pflegegeld erhalten, sollten Sie Folgendes beachten: Die pflegende Person darf nicht mehr als 30 Stunden pro Woche bei einem Arbeitgeber beschäftigt sein.

Wir möchten Sie in diesem Zusammenhang erneut auf die Möglichkeit der Verhinderungspflege hinweisen, die wir Ihnen bereits unter dem Punkt „Entlastung und Unterstützung“ vorgestellt haben. Die Pflegeversicherung übernimmt auch die entstehenden Kosten bis zu einem Betrag von 1.510 Euro für maximal 28 Tage im Jahr (Stand 2010), wenn Sie als Pflegeperson, aus welchem Grund auch immer, die Pflege Ihres Angehörigen kurzzeitig in

andere Hände geben müssen. Sie müssen jedoch bereits seit mindestens sechs Monaten die Pflege übernommen haben.

Aus der nachfolgenden Tabelle entnehmen Sie bitte die weiteren bisher bekannten Leistungsanpassungen bei der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege.

Leistungen	Leistungsumfang	
	2010	2012
Verhinderungspflege	1.510 €	1.550 €
Kurzzeitpflege	1.510 €	1.550 €

Tab. 37: Leistungen bei Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Pflegezeit

Nach dem neuesten Gesetz haben Beschäftigte Anspruch auf eine unbezahlte, sozialversicherte Freistellung von der Arbeit, um einen nahen Angehörigen mit der Mindestpflegestufe 1 für die Dauer von sechs Monaten zu versorgen. Dafür muss der Arbeitgeber mindestens zehn Tage vor Beginn der Pflegezeit schriftlich informiert werden. Die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen muss dem Arbeitgeber durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des MDK nachgewiesen werden. Die Freistellung von der Arbeit kann auch teilweise erfolgen. Dabei muss mit dem Arbeitgeber eine schriftliche Vereinbarung über den Umfang der Freistellung und die Verteilung der Arbeitszeit geschlossen werden. Die vereinbarte Pflegezeit kann nur mit Zustimmung des Arbeitgebers vorzeitig beendet werden. Jedoch räumt der Gesetzgeber beim Tod der gepflegten Person, der Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder anderen Gründen, die eine häusliche Pflege unzumutbar oder unmöglich machen, eine Übergangsfrist von vier Wochen ein.

Einrichtung von Pflegestützpunkten

Pflegestützpunkte sollen nach dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wohnortnah die unabhängige umfassende Beratung und Vernetzung von medizinisch-pflegerischen Leistungen unter einem Dach bündeln. Hier sollen alle wichtigen Antragsformulare, Informationen und konkreten Hilfestellungen erhältlich sein und aufeinander abgestimmt werden. Dies soll durch den Pflegeberater geschehen, auf den jeder Pflegebedürftige seit Januar 2009 Anspruch hat. Pflegeberater sind speziell weiter-

gebildet und haben auf dem Gebiet der Pflege umfassende Kenntnisse, sei es durch ihren Beruf oder durch besondere Weiterbildungen. Ihre Pflegeversicherung kann Sie darüber informieren, wo sich der nächste Pflegestützpunkt befindet und welcher Pflegeberater Ihr Ansprechpartner ist. Sie sind allerdings nicht gezwungen, die Hilfe „Ihres“ Pflegeberaters in Anspruch zu nehmen, sondern haben die freie Wahl, mit welchem Pflegestützpunkt und Pflegeberater Sie zusammenarbeiten möchten.

Herr Baier pflegt seine Frau nach einem Schlaganfall zu Hause. Noch in der Reha-Klinik wurde vom Sozialdienst eine Begutachtung zur Einstufung in die Pflegeversicherung eingeleitet. Nachdem Frau Baier zwei Wochen zu Hause ist, kommt Herr Meister zur Begutachtung. Herr Meister befragt Frau Baier zehn Minuten lang und will wissen, welche Tätigkeiten sie selbst ausführen könne. Da Frau Baier sich dafür schämt, dass sie sich nicht mehr allein waschen kann und auch keine Kontrolle über Wasserlassen und Stuhlgang hat, antwortet sie: „Ich kann das alles noch alleine. Es dauert zwar ein bisschen länger als früher, aber mein Mann muss mir nicht helfen.“

Nach zwei Wochen erhält Herr Baier den Bescheid, dass seine Frau in keine Pflegestufe eingruppiert werden kann. Nach Rücksprache mit dem ambulanten Pflegedienst, der Herrn Baier bei der Körperpflege seiner Frau unterstützt, legt er Widerspruch ein. Diesmal bereitet sich Herr Baier auf den erneuten Besuch eines Gutachters vor, indem er beginnt, sich die Zeiten zu notieren, die er zur Unterstützung und Beaufsichtigung seiner Frau benötigt. Er bittet außerdem darum, dass der neue Gutachter den Termin mit Schwester Elke vom Pflegedienst, die seine Frau meistens betreut, abstimmt. Herr Baier möchte auch fünf Minuten mit Frau Dr. Zielke, der neuen Gutachterin, sprechen, ohne dass seine Frau dabei anwesend ist. Das Gespräch zwischen Frau Baier und Frau Dr. Zielke verläuft ähnlich wie mit Herrn Meister. Sowohl Herr Baier als auch Schwester Elke können jedoch im nachfolgenden Gespräch ohne Frau Baier nachweisen, dass Frau Baier pro Tag etwa drei Stunden Unterstützung benötigt. Dabei helfen auch die Aufzeichnungen von Herrn Baier, die er über die letzten zwei Wochen geführt hatte.

Frau Dr. Zielke kommt zu dem Ergebnis, dass Frau Baier in die Pflegestufe 2 einzustufen sei. Da Herr Baier den Pflegedienst nur dreimal pro Woche braucht, entscheidet er sich für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung.

Pflegeleistungsergänzungsgesetz

Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz richtet sich an Demenzkranke und Menschen mit geistigen Einschränkungen, wie sie auch nach einem Schlaganfall auftreten können, oder mit psychiatrischen Erkrankungen – also an Menschen mit einem sehr hohen allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsaufwand. Im Falle der Berechtigung stehen Ihnen dann jährlich zusätzlich 1.200 Euro zur Verfügung, die Sie zweckgebunden einsetzen können, um sich selbst Freiräume zu schaffen. In Fällen mit besonders hohem Aufwand können 2.400 Euro jährlich gewährt werden.

Sie können einen Anspruch im Gegensatz zur bisherigen Regelung als sogenannte „Pflegestufe 0“ auch geltend machen, wenn der pflegebedürftige Mensch noch keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält und bestimmte zusätzliche Kriterien erfüllt sind. Dies gilt auch, wenn der Pflegebedürftige auf Dauer in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt.

Diese Kriterien umfassen allgemein gesprochen Weglauftendenzen, Selbst- oder Fremdgefährdung, unangebrachtes Verhalten, Beeinträchtigung des Gedächtnisses oder Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus. Die genauen Kriterien können bei der Pflegeversicherung oder den Selbsthilfeverbänden erfragt werden.

Um diese Leistung zu erhalten, stellen Sie einen formlosen Antrag an die Pflegeversicherung. Der MDK erstellt daraufhin ein Gutachten aus der Aktenlage; d. h., es erfolgt kein erneuter Hausbesuch. Wenn Ihnen die Leistung nicht zuerkannt wird, sollten Sie auf jeden Fall Widerspruch einlegen. Erst dann erfolgt ein erneuter Hausbesuch eines Gutachters.

Die 1.200 Euro dürfen nur zweckgebunden für professionelle Tages-, Kurzzeit- oder Nachtpflege sowie sonstige regionale Betreuungs- und Entlastungsangebote eingesetzt werden. Eine Liste über die Entlastungsangebote erhalten Sie bei der zuständigen Pflegeversicherung. Wichtig zu wissen ist, dass Sie zuerst in Vorleistung gehen müssen und nach Vorlage der Belege oder schriftlichen Nachweise das Geld zurückerstattet bekommen. Wird der Betrag von 1.200 Euro in einem Jahr nicht komplett ausgeschöpft, kann der Rest mit ins nächste Jahr übernommen werden.

Anerkennung als Schwerbehinderter

Sie können für einen Schlaganfall-Betroffenen beim zuständigen Versorgungsamt einen Antrag auf Schwerbehinderung stellen. Voraussetzung ist, dass die Person an einer nicht vorübergehenden, d. h. länger als sechs Monate bestehenden, Funktionsbeeinträchtigung leidet. Die Entscheidung wird auf der Grundlage eines Gutachtens vom behandelnden Arzt getroffen und kann daher von der Einstufung in die Pflegeversicherung abweichen. Als schwerbehindert gilt, wer eine Funktionsbeeinträchtigung von mindestens 50% hat.

Die Einstufung als Schwerbehinderter bringt einige Vorteile mit sich. Im Bereich des Wohnens gilt z. B. ein erhöhter Kündigungsschutz, und Sie haben Anspruch auf eine Wohnberatung der Kommune. Sie erhalten zusätzliche Steuerermäßigungen bei der Kraftfahrzeugsteuer und können sogenannte Nachteilsausgleiche im öffentlichen Verkehr und für das eigene Auto in Anspruch nehmen. Bei einer ausgeprägten Gehbehinderung besteht z. B. Anspruch auf einen Schwerbehindertenparkplatz oder die kostenfreie Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln, z. T. auch für eine Begleitperson. Personen, die durch eine Funktionsbeeinträchtigung von mindestens 80% von der Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen ausgenommen sind, können außerdem die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (§6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 und 8 Rundfunkgebührenstaatsvertrag) bei der GEZ beantragen. Spezielle Informationen zu diesem Thema erhalten Sie sowohl bei den Sozial- als auch bei den Landratsämtern (Versorgungsamt).

Weitere Informationen zum Thema Schwerbehinderung können Sie der Broschüre „Ratgeber für behinderte Menschen“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales entnehmen. Sie können diese Broschüre entweder im Internet oder unter folgender Kontaktadresse bestellen:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)
Öffentlichkeitsarbeit und Internet
Wilhelmstraße 49
10117 Berlin
Telefon: 0 30 18/527-0
Telefax: 0 30 18/527-2236

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit;

Montag bis Donnerstag von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr können Sie sich auch unter der kostenpflichtigen Telefonnummer (12 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz) informieren:

- Fragen zur Pflegeversicherung 0 18 05/ 99 66-03
- Fragen zur Krankenversicherung 0 18 05/ 99 66-02

Gehörlosentelefon:

- Schreibtelefon 0 18 05/ 99 66-07

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales:

Montag bis Donnerstag von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr können Sie sich auch unter der kostenpflichtigen Telefonnummer (12 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz) informieren:

- Fragen zur Rente 0 18 05/ 67 67-10
- Informationen für Behinderte 0 18 05/ 67 67-15
- Fragen zu Unfallversicherung/Ehrenamt 0 18 05/ 67 67-11

Gehörlosentelefon:

- Schreibtelefon 0 18 05/ 67 67-16

Ernährung

Ernährung ist unbestritten eine wichtige Voraussetzung dafür, dass wir gesund sind und uns wohlfühlen. Dennoch wird der Ernährung, wenn es um körperliches und seelisches Wohlbefinden geht, eine untergeordnete Rolle zugeschrieben. Oder werden Sie regelmäßig vom Arzt gefragt, was Sie so im Laufe einer Woche essen und trinken?

V. a. die Ernährung älterer Menschen ist häufig nicht ausgewogen. Dies liegt weniger daran, dass diese Generation gelernt hat, mit wenig auszukommen, sondern vielmehr daran, dass es im höheren Alter oft zu Appetitlosigkeit oder Problemen bei der Nahrungsaufnahme kommt. Daraus kann sich eine Mangelernährung ergeben, die in dieser Altersgruppe schwerwiegende Folgen haben kann: Muskelabbau, Störungen im Bewegungsablauf, erhöhtes Sturzrisiko, Herzrhythmusstörungen, Schwächung des Immunsystems, Störung und Verzögerung der Wundheilung, erhöhtes Risiko für Druckgeschwüre, Müdigkeit, allgemeine Schwächung und vieles mehr.

Dadurch kann der Bedarf an Hilfe steigen. Deshalb sollten Sie auf Menge und Ausgewogenheit Ihrer Ernährung und die Ihres Angehörigen achten.

Ältere Menschen haben ein verändertes Geschmacksempfinden und nehmen „Süße“ besonders gut wahr. Man sollte aus diesem Grund auf die Dosierung von Zucker achten, weil die Betroffenen möglicherweise überwiegend Süßspeisen essen wollen. Ein verändertes Geschmacksempfinden beeinflusst natürlich auch den Appetit. Wenn z. B. alles gleich schmeckt, geht die Freude am Essen verloren. Für einen verminderten Appetit können aber auch akute Erkrankungen, Schmerzen oder Trauer und Einsamkeit verantwortlich sein.

Mangel- oder Unterernährung

Alarmsignal: unbeabsichtigte Gewichtsabnahme!

Ältere Menschen kontrollieren ihr Körpergewicht oft nicht mehr regelmäßig. Daher fällt der Gewichtsverlust häufig erst auf, wenn die Kleidung zu groß wird, das Gesicht einfällt oder die Hände knochig erscheinen.

Vor dem sichtbaren Gewichtsverlust setzen meist aber schon die Symptome eines Nährstoffmangels ein, wie z. B.

- Appetitlosigkeit,
- Auslassen oder Ablehnen von Mahlzeiten,
- körperliche Schwäche oder auch
- Teilnahmslosigkeit und depressive Verstimmungen.

Sie sollten darauf achten, ob der Pflegebedürftige Zeichen von Austrocknung aufweist. Bei älteren Menschen lässt das Durstempfinden nach. Wenn sich jetzt auch noch die Ernährungs- und Trinkgewohnheiten ändern, wird dem Körper oft nicht mehr genügend Flüssigkeit zugeführt. Warnhinweise des Körpers auf eine Austrocknung sind:

- Mundtrockenheit, Brennen der Zunge und des Mundes,
- Verstopfung,
- dunkler Urin,
- Hautfaltentest (Hautfalte am Handrücken abheben, diese wird nur bei ausreichender Versorgung mit Flüssigkeit wieder verschwinden),

- Schwäche und v. a.
- Verwirrheitszustände.

Maßnahmen

Es ist sehr schwer, allein gegen ein Ernährungsproblem vorzugehen. Deshalb sollten Sie sich Hilfe von verschiedenen Seiten holen. Ihr Hausarzt ist dabei neben ambulanten Pflegediensten der geeignete Ansprechpartner, der, wenn nötig, auch den Kontakt zu einer Ernährungsberatung herstellen kann.

Als Erstes sollten die Ursachen der Mangelernährung beseitigt werden. Dabei geht es v. a. um die Beseitigung von äußeren Störfaktoren. Sie sollten daher darauf achten, dass schlecht sitzende Zahnprothesen angepasst werden oder eine gezielte Schlucktherapie von Logopäden durchgeführt wird. Auch eine gezielte und verstärkte Mundhygiene kann in diesem Fall von Vorteil sein. Wenn körperliche Beeinträchtigung Ursache für eine gestörte Nahrungsaufnahme sind, können Physio- oder Ergotherapie durch das gezielte Einüben von Bewegungsabläufen, Esstraining und eine angepasste Hilfsmittelversorgung die selbstständige Nahrungsaufnahme erleichtern. Vom Arzt sollte auch überprüft werden, ob bestimmte Medikamente oder Erkrankungen Einfluss auf die Ernährungssituation und den Appetit haben können.

Wie ernähre ich mich richtig?

Es sollten sich energiereiche Kost, wie z. B. Milch- und Vollkornprodukte, Obst und Gemüse mit Fleisch und Fisch abwechseln. Eine sorgfältige Zubereitung mit schmackhaften Kräutern und Gewürzen trägt ebenso dazu bei, dass die Mahlzeiten mit mehr Appetit gegessen werden, genau wie das Herrichten der Speisen auf dem Teller. Es heißt nicht umsonst: Das Auge isst mit.

Es ist außerdem sinnvoll, kleinere Mahlzeiten und dafür Zwischenmahlzeiten anzubieten. Dabei sind feste Essenszeiten zu empfehlen. Zusätzlich sollte zu jeder Mahlzeit ein Getränk angeboten werden, sodass auch die erforderliche Trinkmenge von etwa eineinhalb Litern pro Tag eingehalten wird.

Von besonderer Wichtigkeit ist, dass man bei Fieber, Hitze, Infekten, Durchfall und Verwirrtheit für eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sorgt.

Sie sollten darauf achten, dass Ihr Angehöriger nicht das Gefühl hat, beim Essen unter Zeitdruck zu stehen. Nehmen Sie sich Zeit und leisten Sie ihm Gesellschaft. So schmeckt das Essen gleich besser.

Bilanzierte Trinknahrung

Wenn allein durch Anpassung der Nahrung, des Umfelds und möglicher medizinischer Hintergründe die ausreichende Nahrungszufuhr nicht gewährleistet werden kann, ist eine weitere Möglichkeit die Nahrungsergänzung durch Trinknahrung. Diese bilanzierte Trinknahrung ist in Apotheken erhältlich und kann bei eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden Ernährung von den Krankenkassen erstattet werden. Sie kann den Körper mit allen nötigen Nährstoffen versorgen. Es gibt eine große Bandbreite an diesen Nahrungen, wobei die energie- und eiweißreichen Varianten den täglichen Bedarf am besten decken. Sie ist auch ergänzend zur „normalen“ Ernährung einsetzbar und in verschiedenen Geschmacksrichtungen erhältlich. Zusätzlich können Sie auch Speisen mit diesen Trinknahrungen ergänzen oder verfeinern, da sie gebacken und bis zu 80 Grad erhitzt werden können.

Kauen und Schlucken

Eventuell bereiten aber auch das Zerkleinern und das Schlucken der Nahrungsmittel, besonders von Fleisch oder frischem Obst, die gut gekaut werden müssen, Probleme. Diese können durch Zahnprothesen, die schlecht sitzen, verursacht werden. Auch motorische Veränderungen wie eine Schwäche der Kaumuskulatur oder sonstige organische Störungen, beispielsweise ein Nachlassen des Schluckreflexes (oft Folgen einer Parkinson-Erkrankung oder eines Schlaganfalls), können die Aufnahme von Nahrung erheblich erschweren. Für diese Menschen ist Essen meist sehr anstrengend. Zusätzlich verschlucken sich viele ältere Menschen beim Essen oft oder spüren einen Husten- und/oder Würgereiz, der zum Ausspucken der Nahrung führt.

Schluckstörung nach Schlaganfall

Auch wenn uns das nicht bewusst ist, sind am Schluckakt etwa 50 Muskeln beteiligt, deren Zusammenspiel einiges an Koordination benötigt. Umso anfälliger ist dieser Prozess durch einen Schlaganfall. Eine Schluckstörung bedarf der Therapie, weil immer eine Gefahr von Lungenentzündungen besteht.

Die Konsistenz der Nahrung ist bei Kau- und Schluckbeschwerden von besonderer Bedeutung. Die Nahrung kann z. B. besser gegessen werden, wenn Sie schlecht zu kauende Bestandteile wie Brotrinde oder Obstschalen entfernen. Außerdem haben Menschen mit Schluckstörungen häufig Probleme beim Schlucken von sehr flüssiger Nahrung, da diese im Mund schlecht kontrolliert werden kann. Das Andicken der Nahrung mit Instant-Dickungsmitteln hat sich bei Schluckstörungen bewährt. Dieses Pulver ist geschmacksneutral und kann in jede Art von dünnflüssigen oder pürierten Speisen oder Getränken eingerührt werden, wobei die Konsistenz individuell angepasst werden kann.

Frau Martin berichtet dem Pflegepersonal der Rehabilitationseinrichtung, dass ihr Mann sehr viel mehr Zeit zum Essen braucht als vor dem Schlaganfall und häufig hustet und sich räuspert. Die behandelnden Ärzte stellen fest, dass bei Herrn Martin während des Essens ein Teil der Nahrung in die Luftröhre gerät. Herr Martin wird umgehend in der Reha-Einrichtung und auch später ambulant in einer logopädischen Praxis behandelt. Zusätzlich muss sich Herr Martin an einen Ernährungsplan halten, der vorgibt, dass zu flüssige oder sehr krümelige Speisen noch vermieden werden, da sie zum Verschlucken führen würden. Frau Martin nutzt häufig Dickungsmittel, um ihrem Mann alle seine Lieblings Speisen zubereiten zu können. Nach wenigen Monaten muss sich Herr Martin zwar noch an Haltungs- und Essregeln halten, aber er verschluckt sich im Alltag nur noch selten.

Bei allen Hinweisen: Vergessen Sie nicht, dass Essen ein Genuss ist und Spaß machen sollte!

