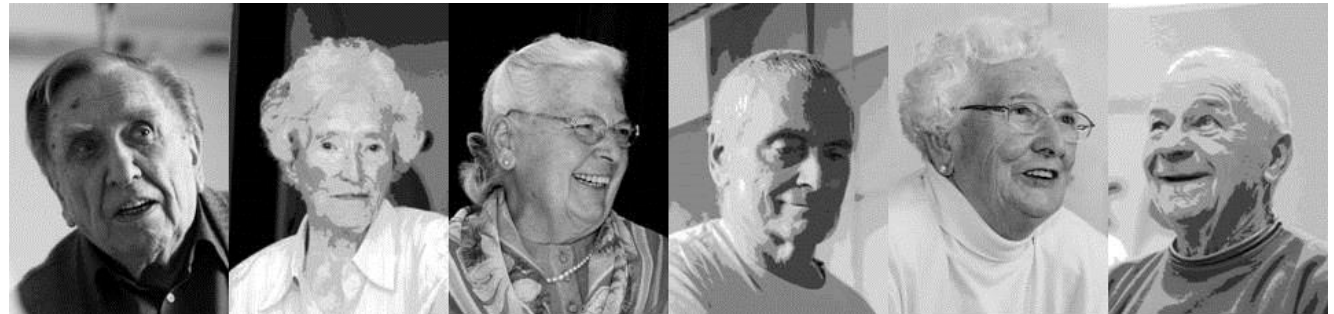


# Problemlösen in der Pflegeberatung (PLiP Studie)

Ein Modellprojekt zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI  
(05/2013 - 10/2016)



Gefördert durch den



Berlin, 28. November 2016

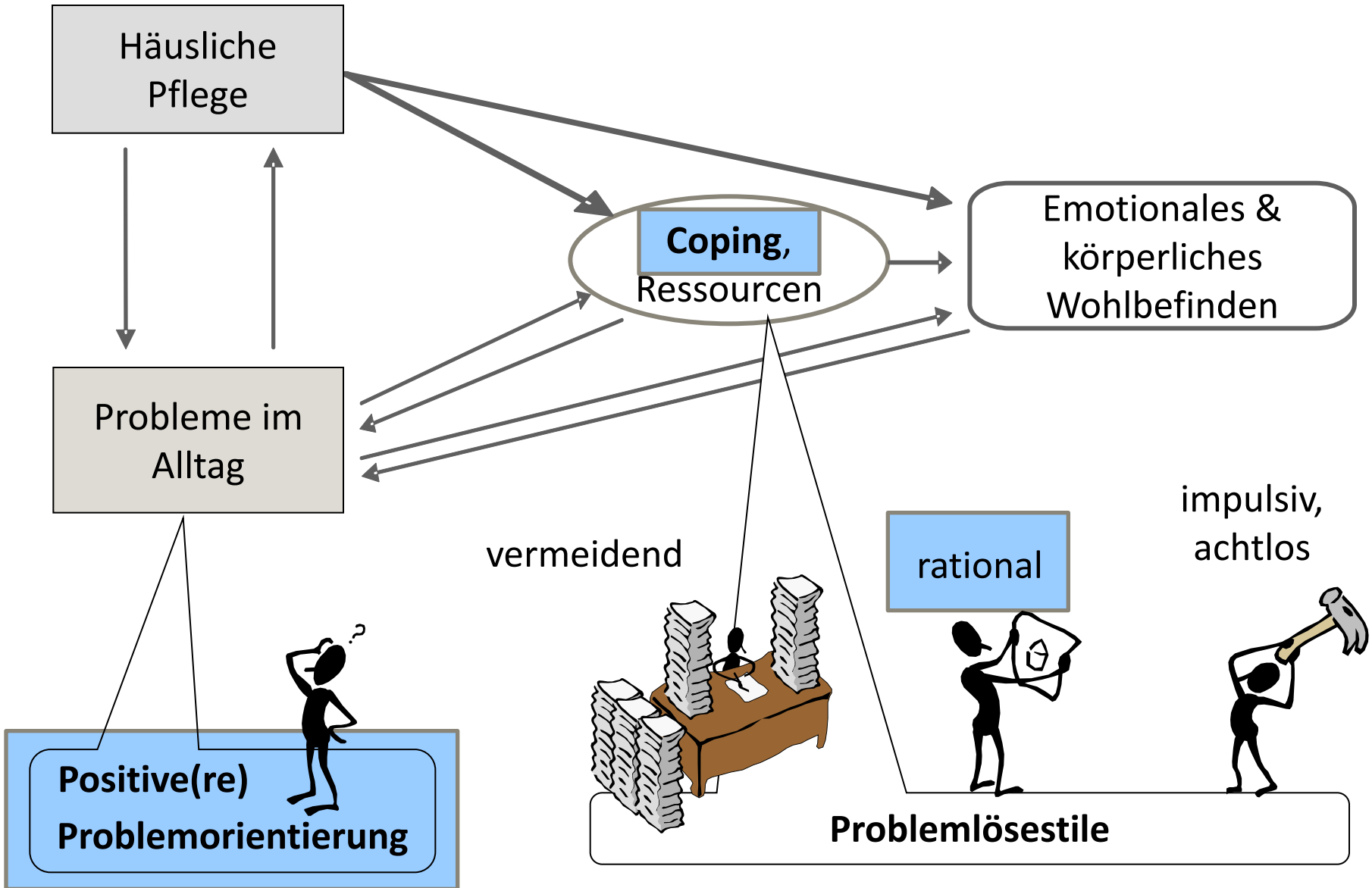
K. Pfeiffer & M. Hautzinger\*

M. Patak\*, D. Albrecht, J. Grünwald\*, C. Becker, V. Mense\*,  
J. Gugenhan

\*Universität Tübingen



# Problemlösen als Methode in der Beratung



**Information, Motivation und Zuversicht**

**1. Kartenassessment & Problemauswahl**

**2. Problemanalyse**

**3. Ziele setzen**

**4. Alternativen & mögliche Lösungen**

A

B

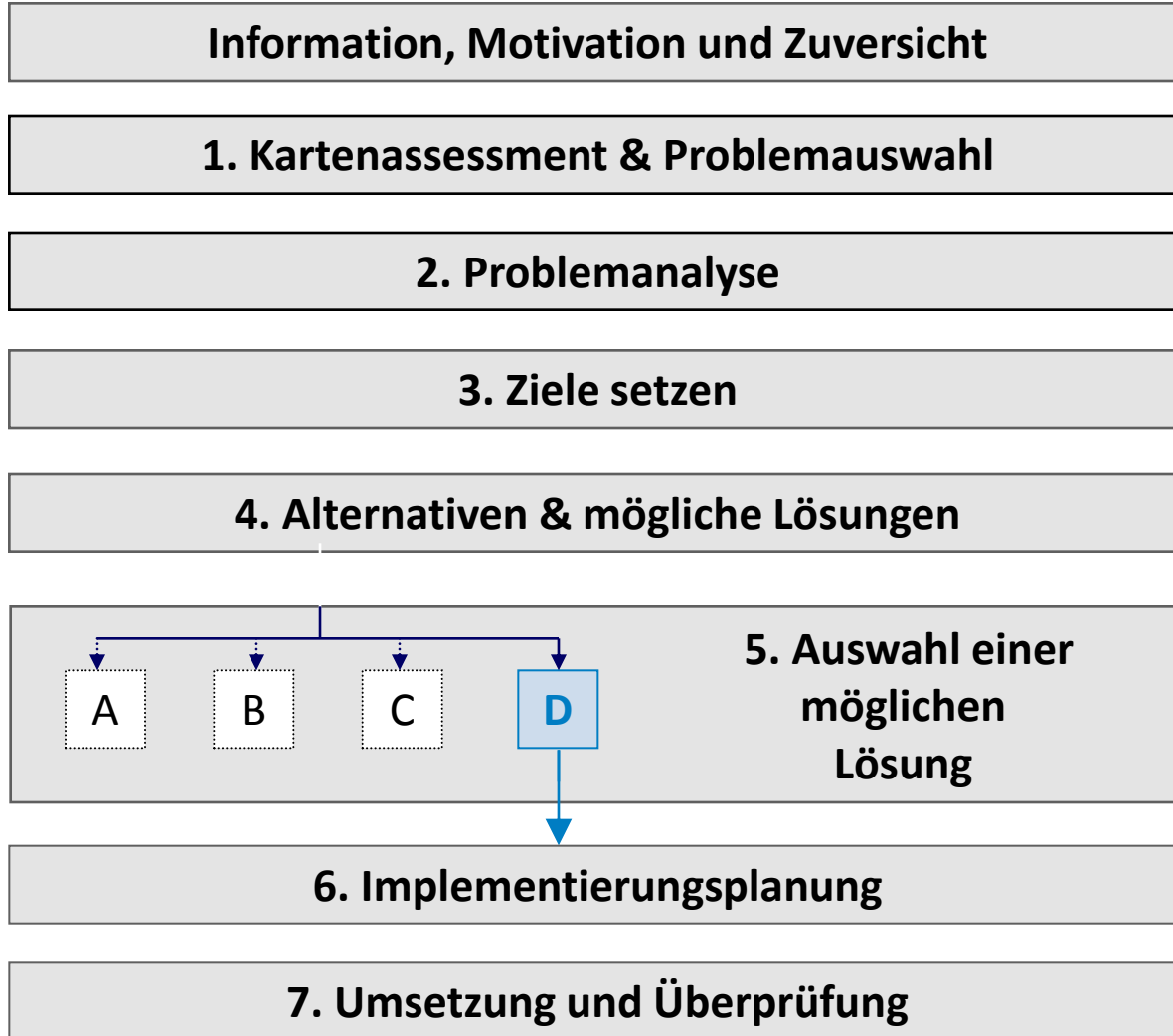
C

D

**5. Auswahl einer  
möglichen  
Lösung**

**6. Implementierungsplanung**

**7. Umsetzung und Überprüfung**



# Evidenz

## Demenz (Beinart et al. 2012):

- Edukation
- Pflegeplanung
- **Problemlösen**
- Selbstpflege
- Stressmanagement
- Unterstützung beim Fällen von Entscheidungen

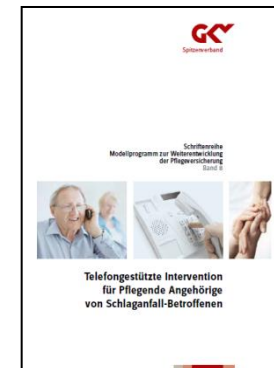
## Schlaganfall (Cheng et al. 2014):

- Pflegerische Kenntnisse
  - **Problemlösefertigkeiten**
  - Stresscoping verbessern
- *aber optimale Dosierung und Setting unklar*

Weitere Zielgruppen: z.B. Rückenmarksverletzung (Elliott et al. 2008, 2009); Schädel-Hirn-Traumata (Rivera et al. 2008); Schwerbehinderung (Elliott et al. 2009)

Unterschiedliche Formate: telefonisch nach initialem Hausbesuch (Pfeiffer et al. 2014), Videokonferenz (Wade et al. 2006), Hausbesuche + Telefon (Rivera et al. 2008)

Unterschiedliche durchführende Berufsgruppen: Krankenpfleger/-innen (Grant et al. 2001), Psychologen (Elliott & Berry 2009), Verwaltungsangestellte (Rivera et al. 2008)



Band 8

## Intervention

## Tatsächlich durchgeführt

### 1. Hausbesuch

Telefonate (N = 8):

**6,1 Telefonate**

wöchentlich (Monat 1)

2-wöchentlich (Monat 2-3)

Interventionsphase  
3 Monate

**Beratungsdauer Hausbesuch + Telefonate: 6,0 Std.**

### 2. Hausbesuch

Telefonate (N = 9 - 13):

**6,0 Telefonate**

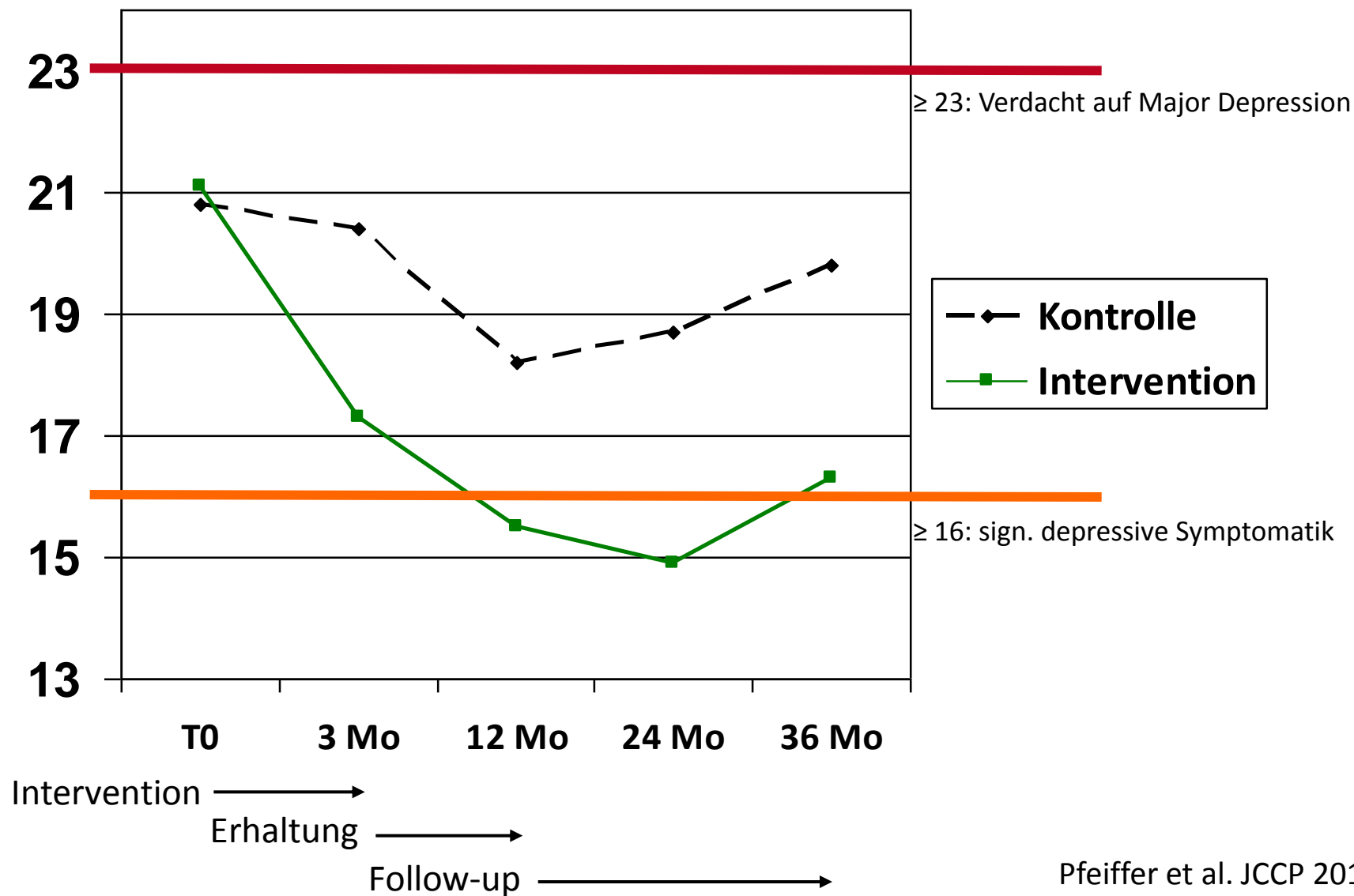
monatlich (Monat 4-12)

ggf. 4 zusätzliche Telefonate

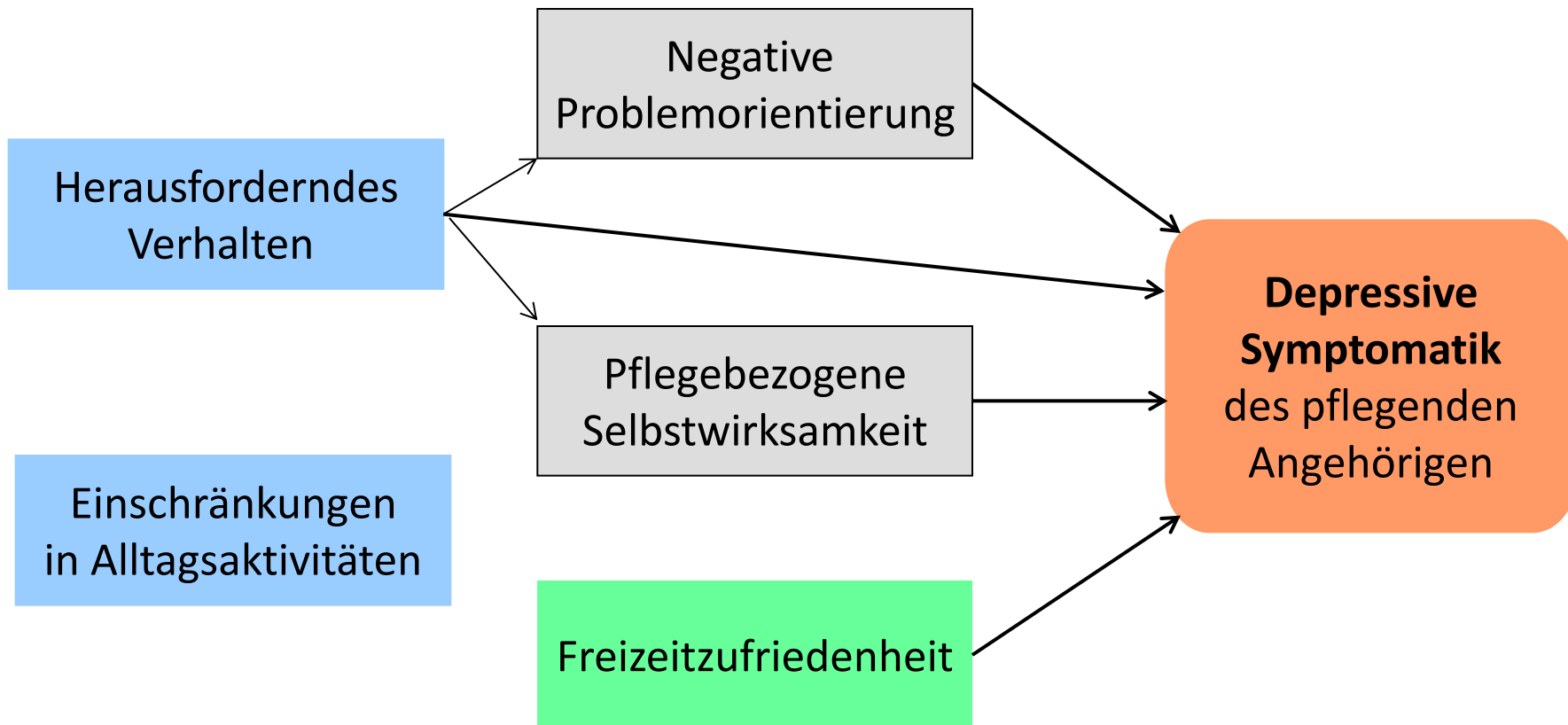
Erhaltungsphase  
9 Monate

**Beratungsdauer Hausbesuch + Telefonate: 6,3 Std.**

## Allgemeine Depressionsskala (ADS, Completer)







# Translation der Intervention (Setting)

Diagnose  
Erste Symptome  
Akutereignis

Pflege-/Betreuungsanforderungen  
ändern sich  
akut – intervallweise – schleichend  
*Anpassung von Versorgungsroutinen*

Palliativ  
-pflege

Information

Pflegeberatung nach §7a SGB XI (inkl. Fallmanagement)

**Optional:**  
**Strukturiertes Problemlösen**  
**als eine Methode zur Beratung**  
**hoch belasteter pflegender Angehöriger**

SGB XI

SGB V

*Psychotherapie*



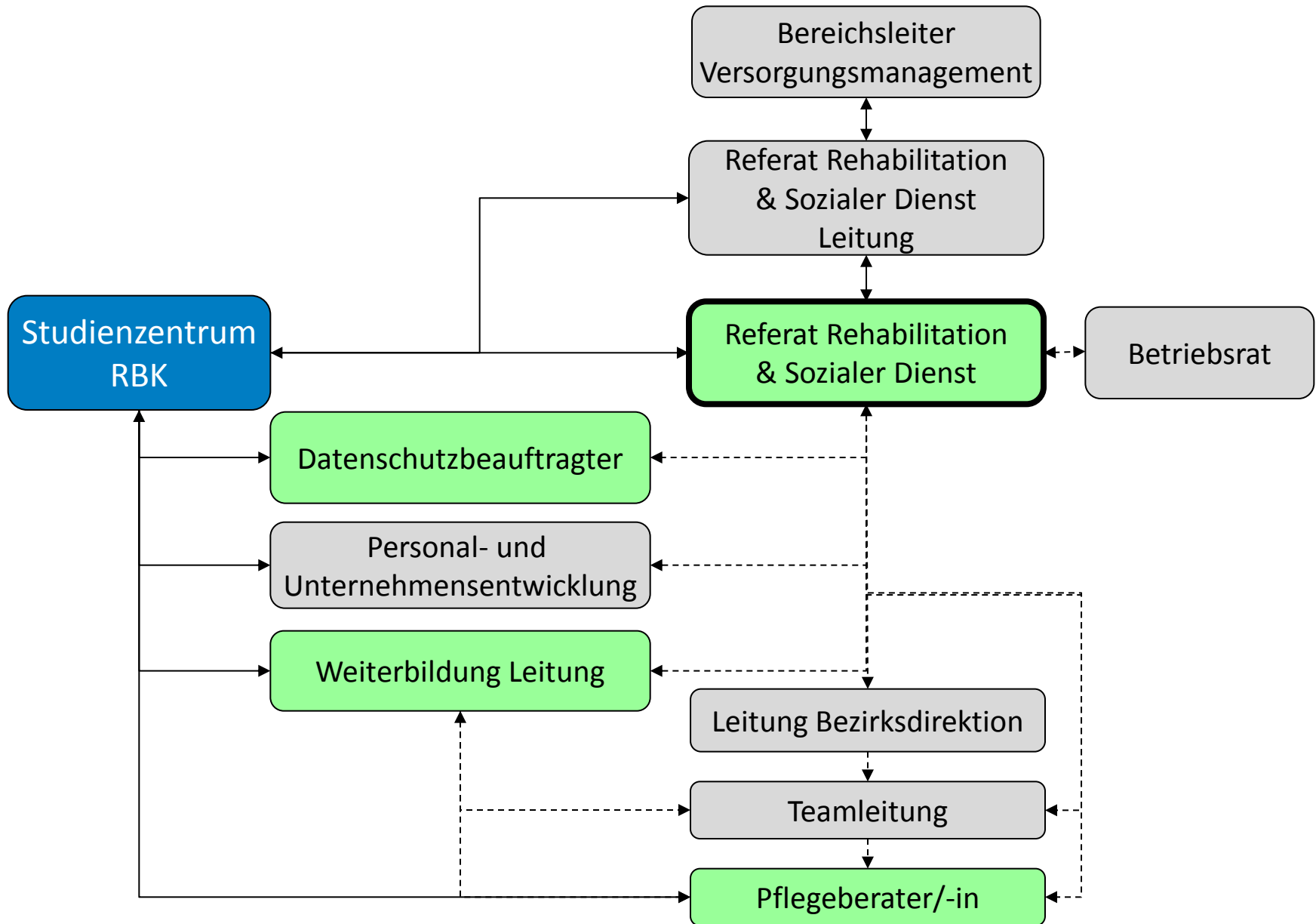
Studienzentrum  
RBK

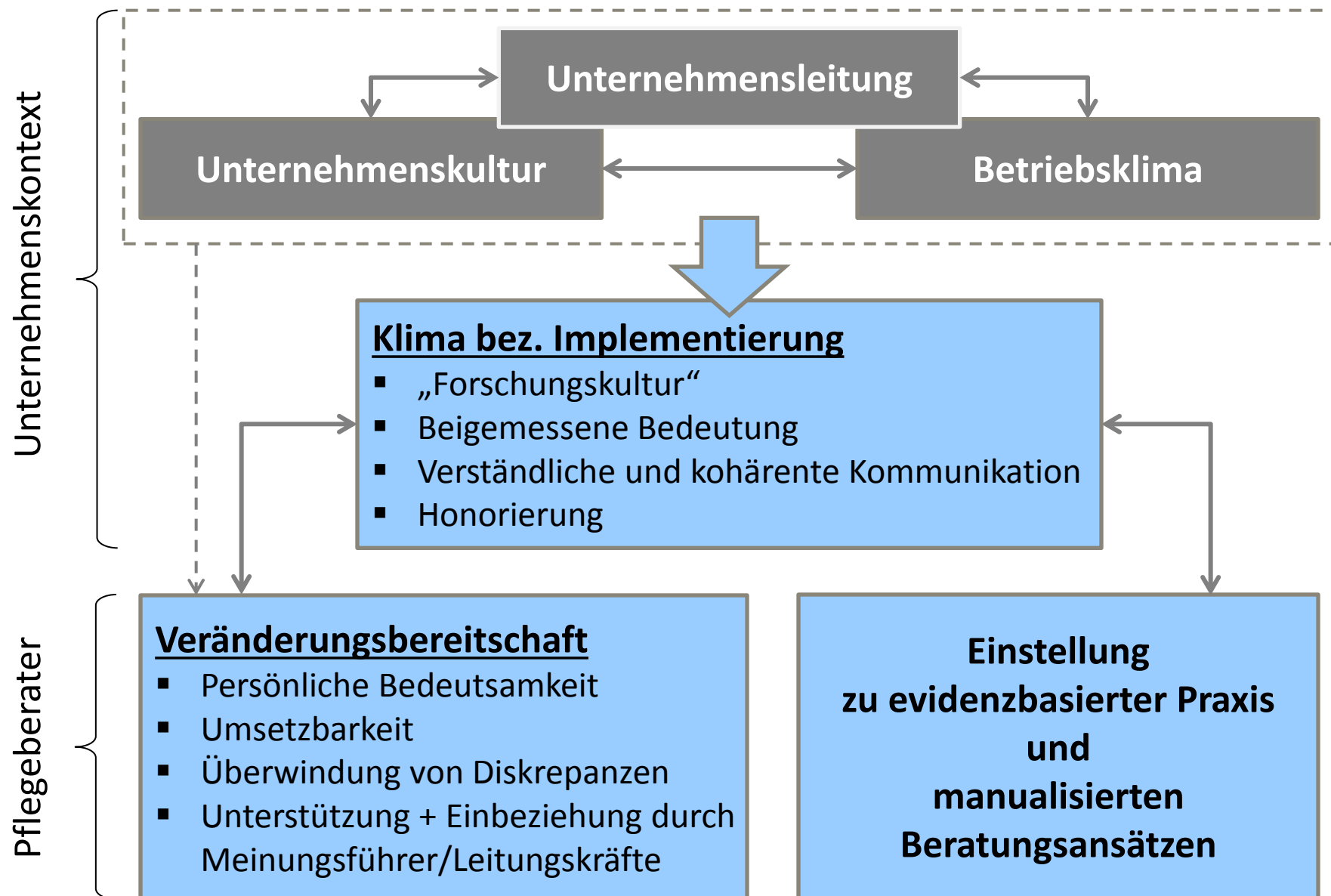
# Pflegekassen

## 3 teilnehmende Pflegekassen

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Bayern
- Sozialversicherung für  
Landwirtschaft, Forsten und  
Gartenbau







# Translation der Intervention (Schulung)



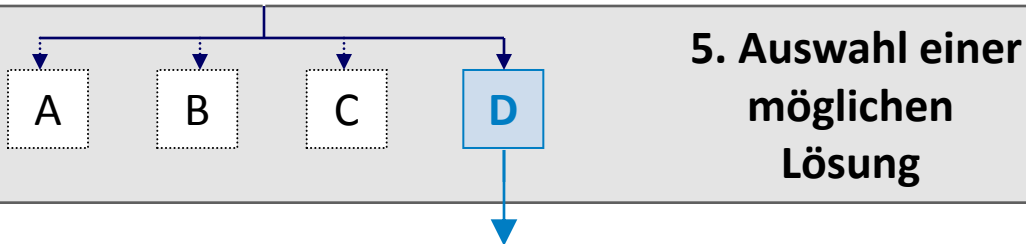
**Information, Motivation und Zuversicht**

**1. Kartenassessment & Problemauswahl**

**2. Problemanalyse**

**3. Ziele setzen**

**4. Alternativen & mögliche Lösungen**

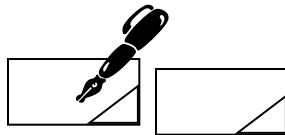
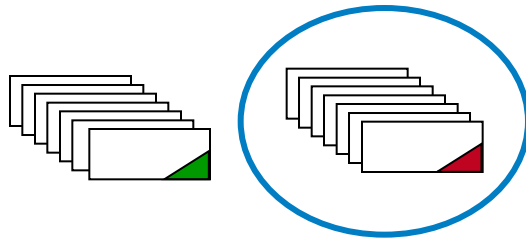


**6. Implementierungsplanung**

**7. Umsetzung und Überprüfung**



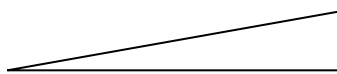
Assessment mittels  
Problem-/Ressourcenkarten

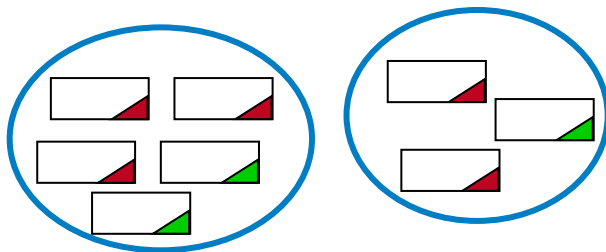
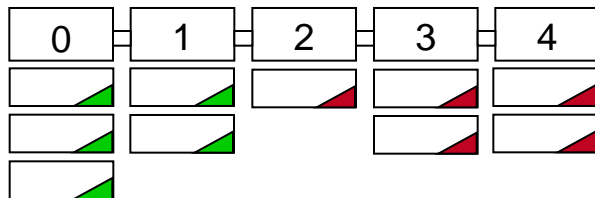


1. Auswahl zutreffender Karten

2. Ausfüllen von Blanko-Karten

3. Anordnen der Karten nach subjektiver Belastung

Keine Belastung  Hohe Belastung



*Optional:*

- a) Gruppieren in übergeordnete Problembereiche
- b) Benennen der Bereiche

## Problemlösen I: Einführung + Karten-Assessment / Pflegendе

0. **Vorbereitung Karten** (richtige Reihenfolge, rote Markierung oben, Auswahl Zusatzkarten)
1. **Einführung/Problemorientierung/Allgemeines**. Problemlösestile (vermehdend – impulsiv – rational); Stopp - Erregung verringern (Kurztentspannung) - Denken - Tun; Externalisieren (z.B. Aufschreiben) - Visualisieren (z.B. Licht am Ende des Tunnels) - Vereinfachen (z.B. Karten).
2. **Instruktion Karten-Assessment**
  - a. „Auf diesen Karten sind verschiedene Aspekte der häuslichen Pflege genannt, die von vielen pflegenden Angehörigen als eine Herausforderung oder Belastung empfunden werden.“  
[Ziel: Vermittlung, dass vielfältige Herausforderungen und Belastungen in der häuslichen Pflege normal sind und nichts mit persönlichen Unzulänglichkeiten oder Scheitern zu tun haben.]
  - b. „Wenn Sie die Karten nun durchsehen, legen Sie bitte die Karten, die auf Sie zutreffen auf einen Stapel – und die Karten, die nicht auf Sie zutreffen auf einen zweiten Stapel.“  
→ Markierung der Stapel mit den Karten „Zutreffend“ bzw. „Nicht zutreffend“  
→ Ausgewählte Karten protokollieren.  
→ Sollte der/die Angehörige beim Kartenlegen ins Erzählen kommen, bitten Sie ihn/sie die Karten zunächst ohne zu sprechen zu sortieren.  
[Ziel: Eigenständige Situationsbetrachtung fördern.]
  - c. „Gibt es noch andere Punkte, die Ihnen bei der Pflege der Person belastend vorkommen?“  
[Ziel: Ergänzung der Kartenassessments.]
  - d. „Können Sie die Punkte, die Sie als belastend empfunden haben, in Kategorien sortieren?“  
[Ziel: Identifizierung der Belastungsfelder.]
  - e. „Können Sie die Punkte, die Sie als weniger belastend empfunden haben, in Kategorien sortieren?“  
[Ziel: Identifizierung der Ressourcen.]
  - f. „Können Sie die Punkte, die Sie als weniger belastend empfunden haben, in Kategorien sortieren?“  
[Ziel: Identifizierung der Ressourcen.]
  - g. **Auswahl und Priorisierung von Problembereichen**, die im Rahmen der weiteren Beratung angegangen werden sollen. → Rückseite

Instruktion  
Kartenassessment

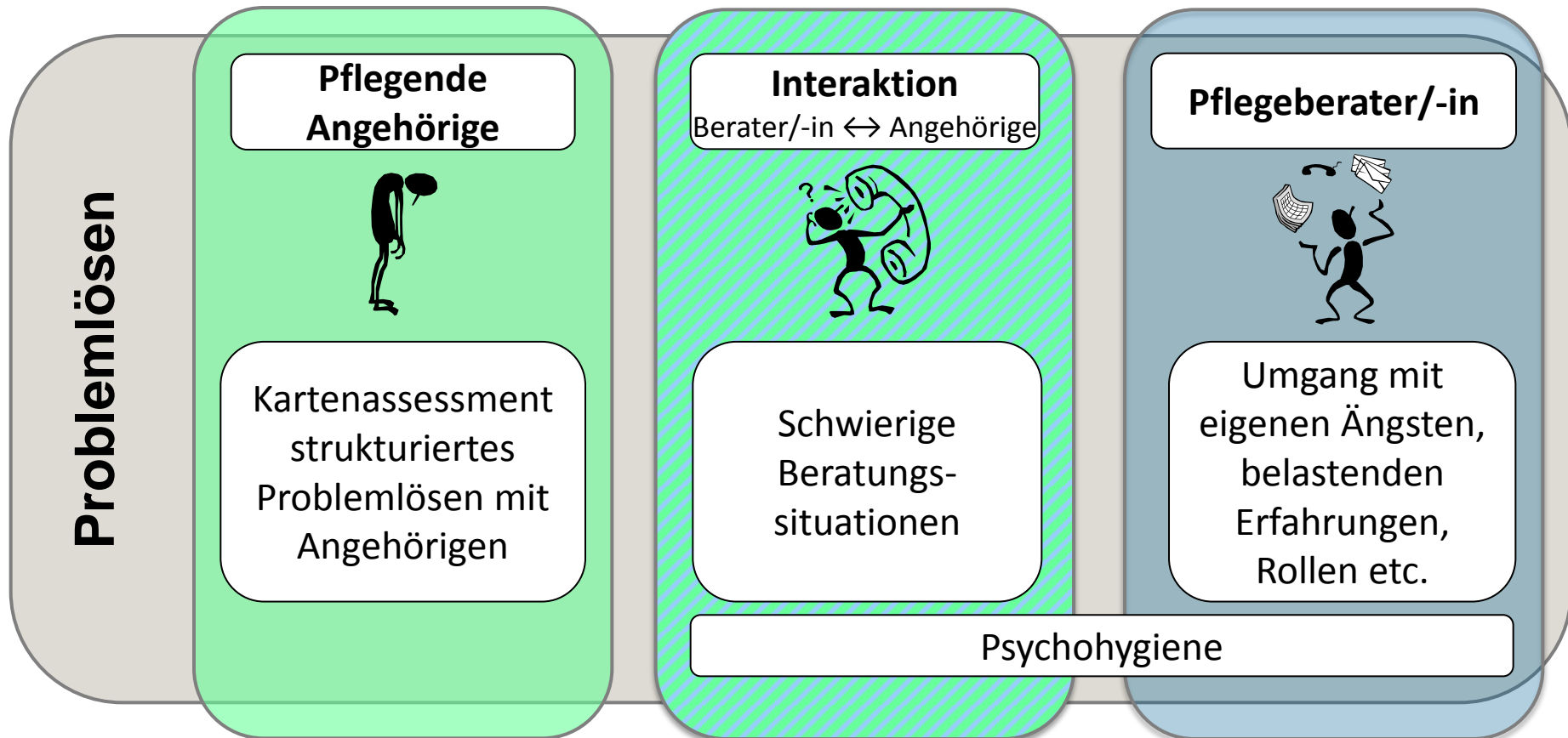
## Problemlösen II: Problemlöseschritte / Pflegendе Angehörige

3. **Problemanalyse**. Ausgewählte Karte/Problembereich explorieren: „Wie zeigt sich dieser Punkt (z.B. gereizter Umgang) in Ihrem Alltag. Können Sie mir eine (typische) Situation schildern?“  
Exploration: Was? Wo? Wer? Wann? Wie kam es dazu? Wie haben Sie reagiert (z.B. Ihre Gedanken, Gefühle, Ihr Verhalten?) Was für Konsequenzen hatte dies? Wie häufig tritt eine solche Situation/Reaktion auf? Was haben Sie bislang zur Lösung oder im Umgang mit dem Problem unternommen? Der Fokus liegt auf den Tatsachen! Einen eventuell eingeengten Fokus (z.B. geäußerte Generalisierungen, katastrophisierende oder sonstige Annahmen, selektive Gewichtungen, einseitige interne oder externe Attributionen) durch entsprechendes Nachfragen auf die Tatsachen lenken. Situation eventuell visualisieren lassen.  
Zusammenfassen des Problems in verständlichen Worten.  
[Ziel: Differenzierte Problembeschreibung, Fakten sammeln, Vereinfachung bei komplexen Problemlagen]
4. **Zielesetzung**. Welche aktuellen Bedingungen/Situationen sind nicht akzeptabel? Was ist erforderlich oder erwünscht? Problemfokussierte Ziele (Behebung oder günstige Modifikation des Problems) und emotionsfokussierte Ziele (Umgang mit nicht veränderbaren Situationen und Modifikation eigener emotionaler Reaktionen) unterscheiden. Was hindert mich daran dies umzusetzen? (Hindernisse, widersprüchliche Ziele, fehlende Ressourcen, ungewohnte Anforderungen, emotionale Schwierigkeiten). Eventuell Zielimagination. Ziele gemeinsam mit der Person in einer konkreten und realistischen Weise formulieren.  
[Ziel: Identifizierung der Ziele und der Hindernisse.]
5. **Mögliche Lösungen**. Welche möglichen Lösungen gibt es? Wie könnten sie aussehen? Wie könnten sie umgesetzt werden?  
Nachdenken sollte durch Rollenspiele unterstützt werden.  
[Ziel: Sammlung möglicher Lösungen, Quantität und Vielfalt.]
6. **Lösungsauswahl**. Lösungen streichen, die der/die pflegendе Angehörige bereits erfolgreich angewandt wurden, nicht sofort streichen, sondern nochmals explorieren (Tatsachen, Art der Umsetzung). Hilft Ihnen diese Lösung beim Erreichen Ihres Ziels? Können Sie diese Lösung umsetzen? Was sind die kurz- und langfristigen Konsequenzen für Sie und die von Ihnen gepflegte Person? (Arbeitsblatt) Wie sind diese Konsequenzen im Vergleich dazu, wenn das Problem nicht angegangen, gelöst oder einfach nur ausgehalten wird?  
[Ziel: Auswahl einer zufriedenstellenden Lösungsidee/Kombination von Ideen; ggf. Einholen weiterer Informationen]
7. **Implementierungsplanung**. Erfolgt so konkret wie möglich. Zur besseren Planung kann die Implementierung imaginiert, im Rollenspiel vorab gespielt, im Detail laut ausgesprochen oder aufgeschrieben werden. Wer macht was und wann?  
[Ziel: Planung der Lösungsumsetzung, ggf. sequenzielle/parallele Lösungskombinationen, Konfigenzplan]
8. **Umsetzung und Überprüfung**. Vollständige oder teilweise Umsetzung der Lösung? Welche kurz- und langfristigen Konsequenzen hatte die gewählte Lösung für Sie und die von Ihnen gepflegte Person? Gegebenenfalls die Entwicklung eines effektiveren Lösungsplans.  
[Ziel: Lösungsimplementierung, Selbstbeobachtung, Selbstevaluation, positive Verstärkung der Pflegenden]

Instruktion  
Problemlösen







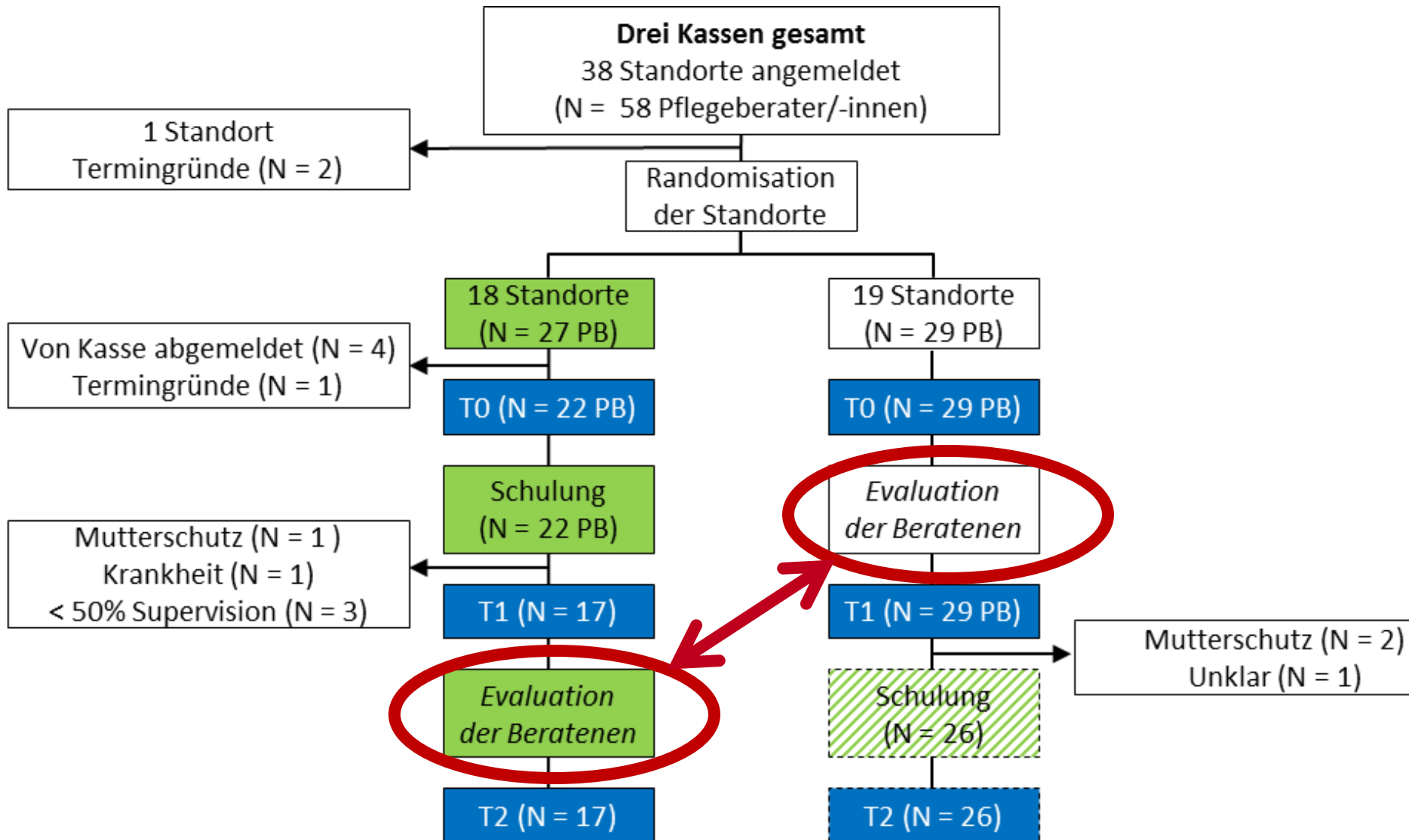
Schulung: Initial 2 Tage, ein Follow-up Tag nach 4 Monaten

Coaching durch eine Psychotherapeutin: 45 Min. alle zwei Wochen (6 Monate )

# Evaluation der Intervention (Studiendesign)

## Cluster-randomisierte Studie

- Randomisation der Pflegeberater/-innen (Region = Cluster) in eine PLiP Schulungsgruppe und eine (Warte-)Kontrollgruppe
- Evaluation auf Ebene der teilnehmenden Pflegeberater/-innen
- Evaluation auf Ebene der beratenen pflegenden Angehörigen





## Haupteinschlusskriterien “Pflegerische Angehörige”

- Hauptansprechpartner für den Pflegberater
- Hauptpflege/-betreuerungsperson
- Positives Belastungsscreening (mindestens 2 von 3 Fragen zutreffend)

1. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre körperliche oder psychische Gesundheit durch die Versorgung Ihres Angehörigen gelitten hat?

Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu
----------------	----------------------

2. Fühlten Sie sich während der letzten Woche einsam?

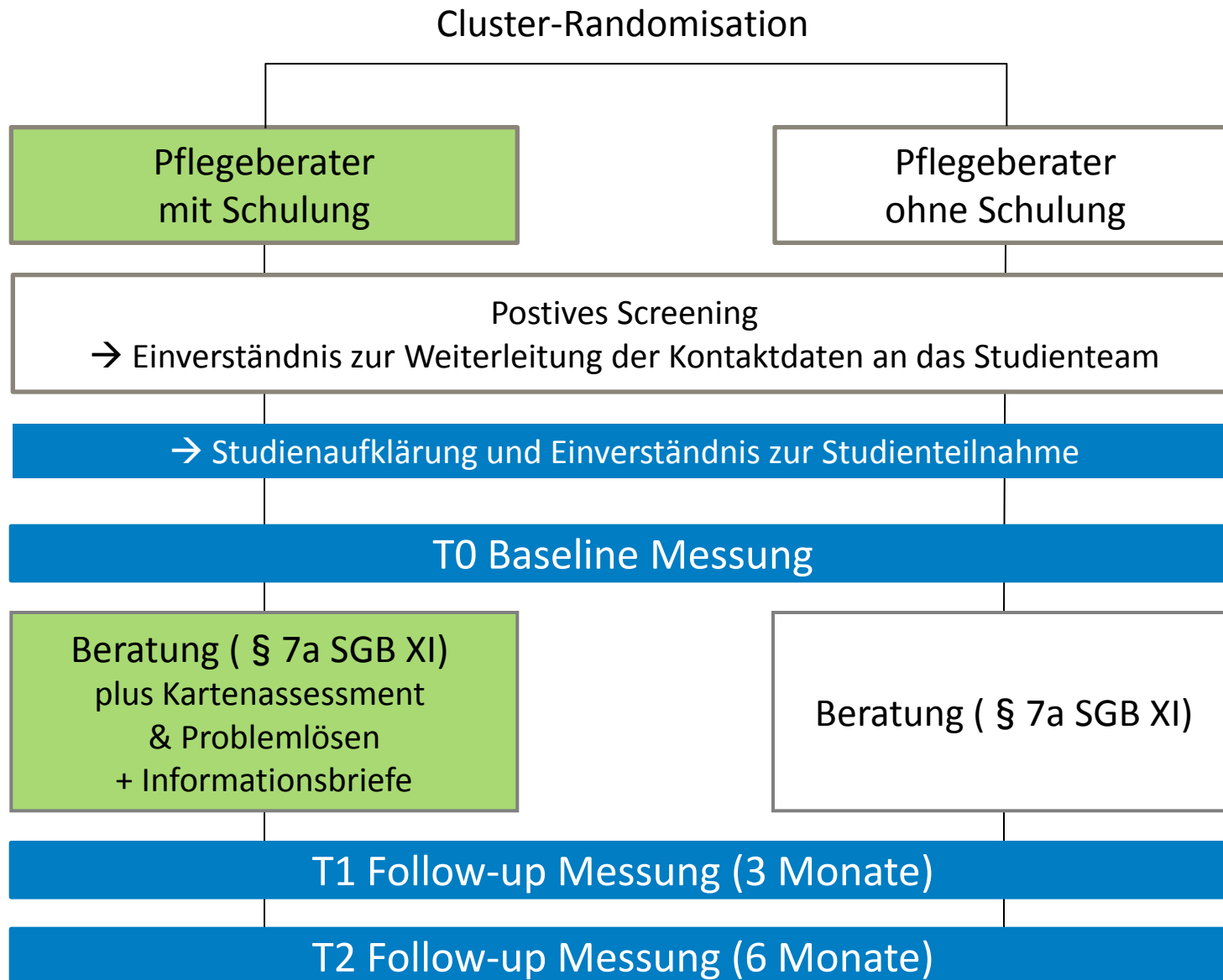
Selten (<als 1 Tag)	Manchmal (1-2 Tage)	Öfters (3-4 Tage)	Meistens (5-7 Tage)
------------------------	------------------------	----------------------	------------------------

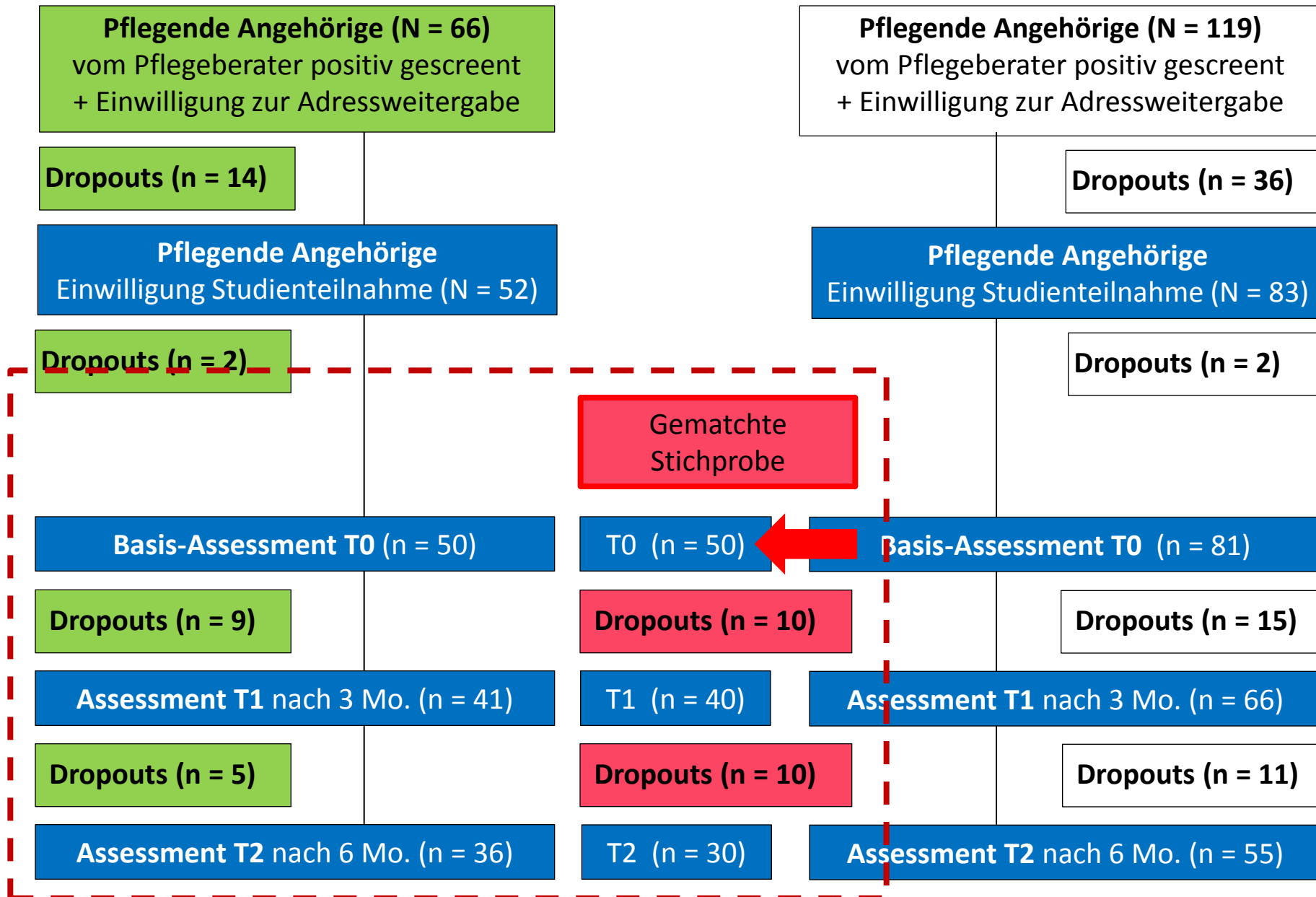
3. Schätzen Sie auf einer Skala von 1 bis 10 Ihre aktuelle Situation ein: 1 steht für „nicht belastend“, 10 steht für „sehr belastend“

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Intervention:** Mind. ein persönlicher Kontakt + mind. 1 (telefon.) Nachkontakt + regelmäßige Informationsbriefe

**Hauptendpunkt:** Depressive Symptome [ADS]





# Die teilnehmenden Pflegeberater/-innen

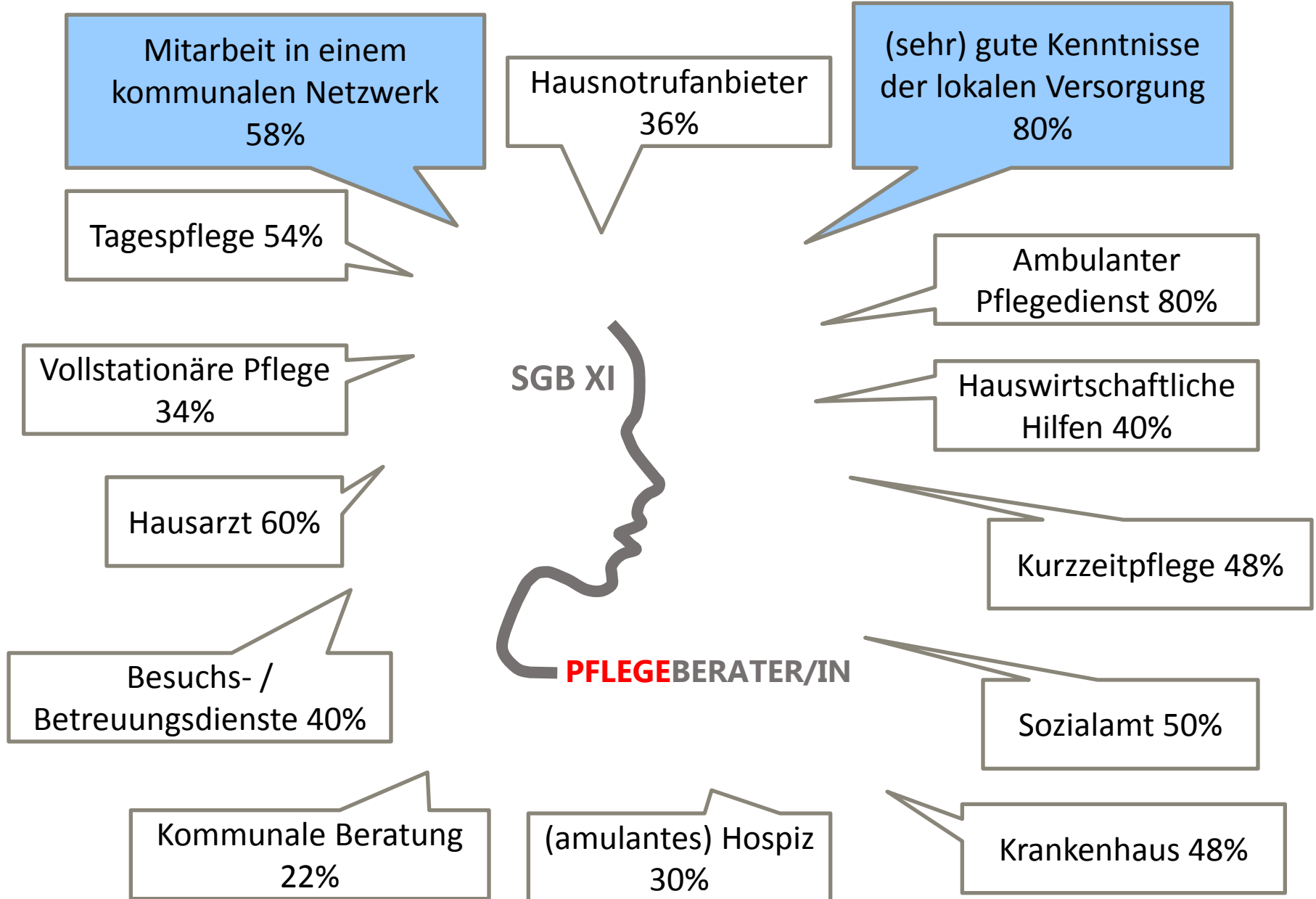


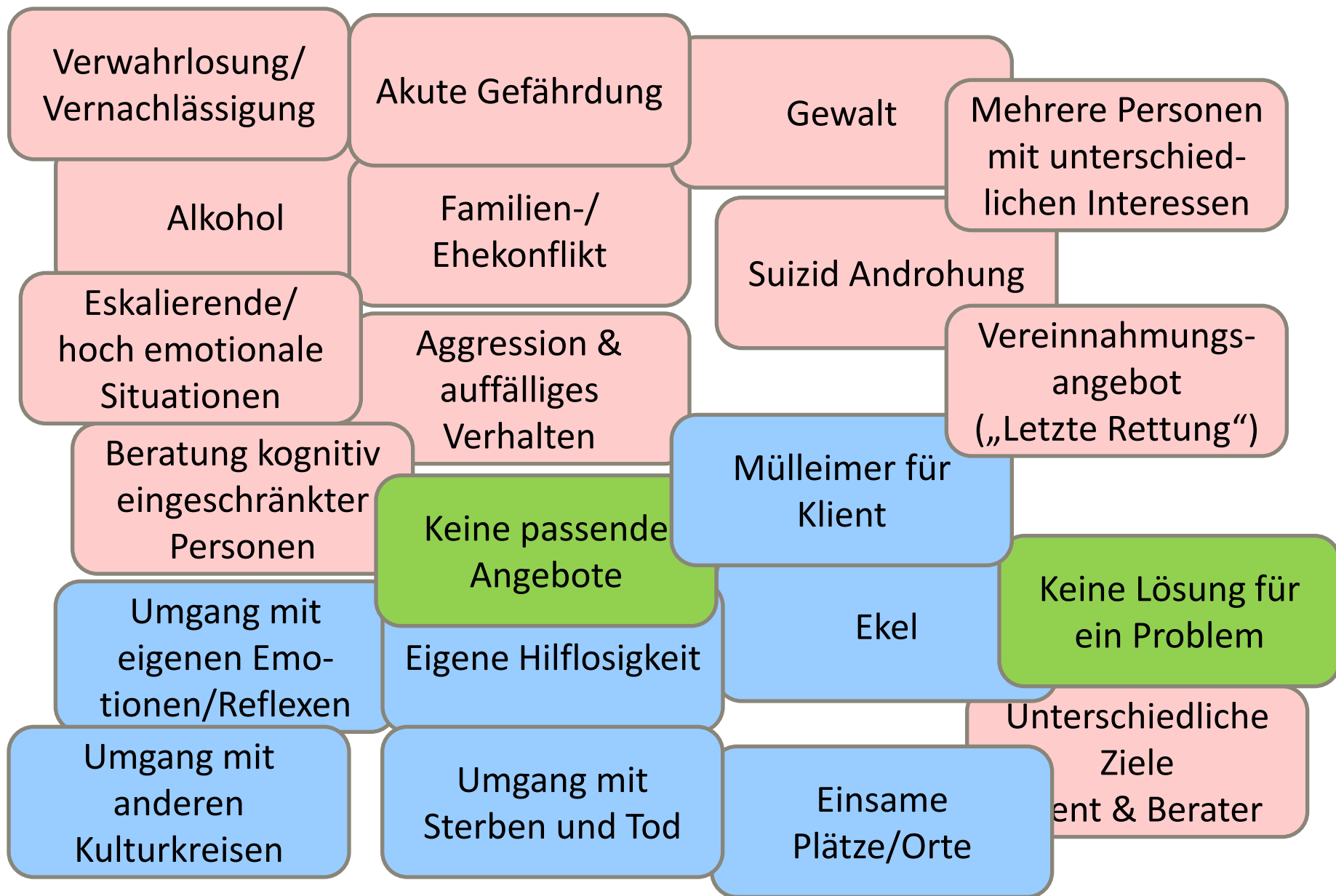
	<b>Intervention (N = 22)</b>	<b>Kontrolle (N = 29)</b>	
Weiblich	21 (95,5%)	22 (75,9%)	p < .10
Alter (Jahren)	40,8	44,9	n.s.
Beratend nach §7a SGB XI tätig (Monate)	38,2	42,6	n.s.
Stellenanteil in der Pflegeberatung	86,4 %	65,2 %	p < .01
Erstberatungen im letzten Monat (adjustiert auf 100% Stelle)	20,4	14,2	n.s.

<b>Beruflicher Hintergrund</b>	<b>Intervention (N = 22)</b>	<b>Kontrolle (N = 29)</b>	
Sozialarbeiter/-pädagogin	8 (36,4%)	12 (41,4%)	
Pflegewirt	1 (4,5%)	-	
Gesundheits-/Krankenpfleger	11 (50,0%)	7 (24,1%)	
Sozialversicherungsangestellte	2 (9,1 %)	10 (34,5%)	

Nicht signifikant,  
aber Trend (p = .066)

# Angebote, die im letzten Monat mind. 1x vom PB kontaktiert wurden (Auswahl der häufigsten Nennungen bei T0)





## Durchschnittliche Teilnahme an internen Fallbesprechungen in den letzten 6 Monaten

wöchentlich	alle 2 Wo	monatlich	bei Bedarf	nie/kein Angebot
18,4%	6,1%	24,5%	38,8%	12,2%

## Durchschnittliche Teilnahme an externer Supervision in den letzten 6 Monaten

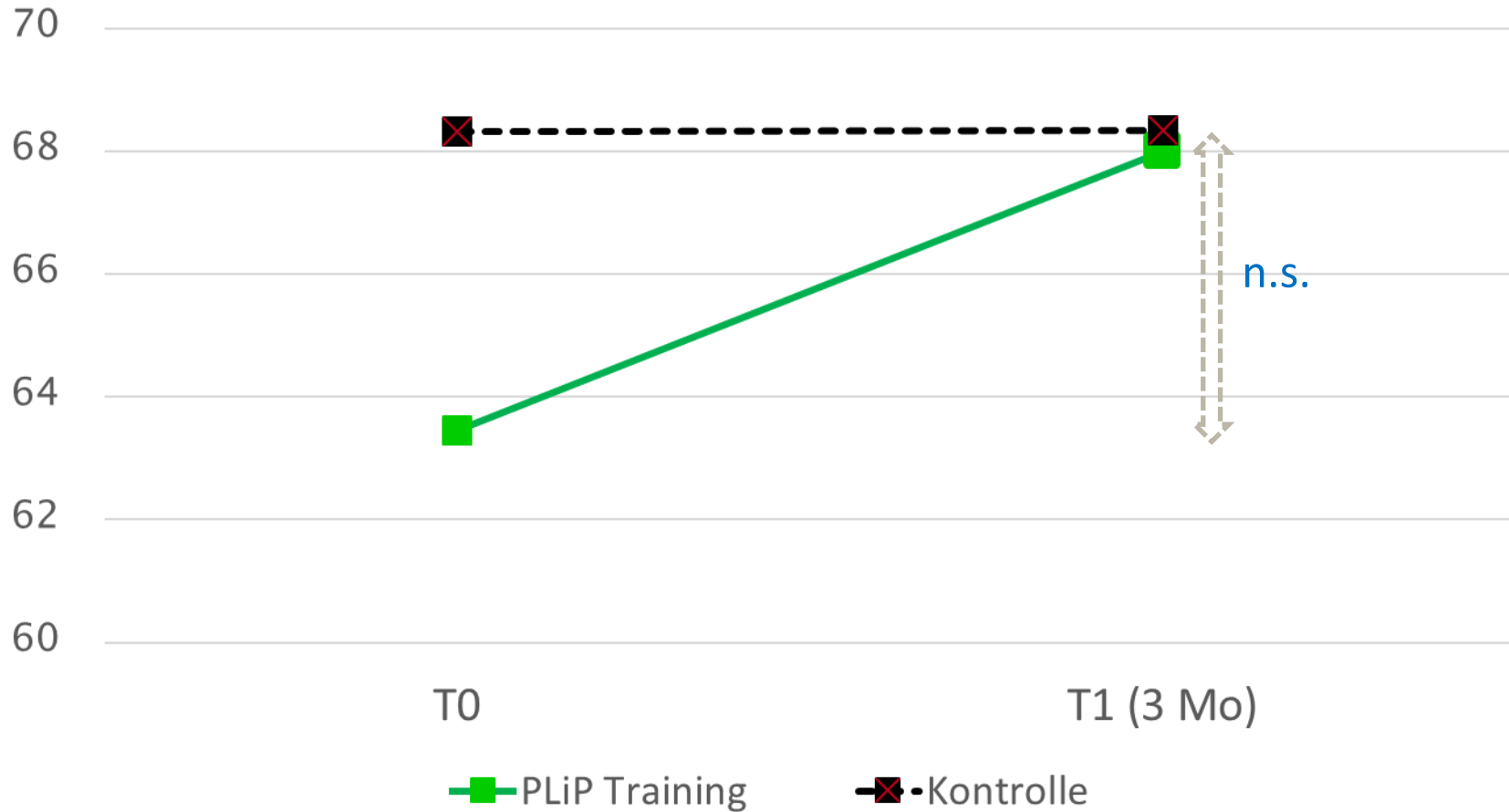
wöchentlich	alle 2 Wo	monatlich	bei Bedarf	nie/kein Angebot
-	-	8,3%	37,5%	54,2%



# Evaluation Pflegeberater/-innen

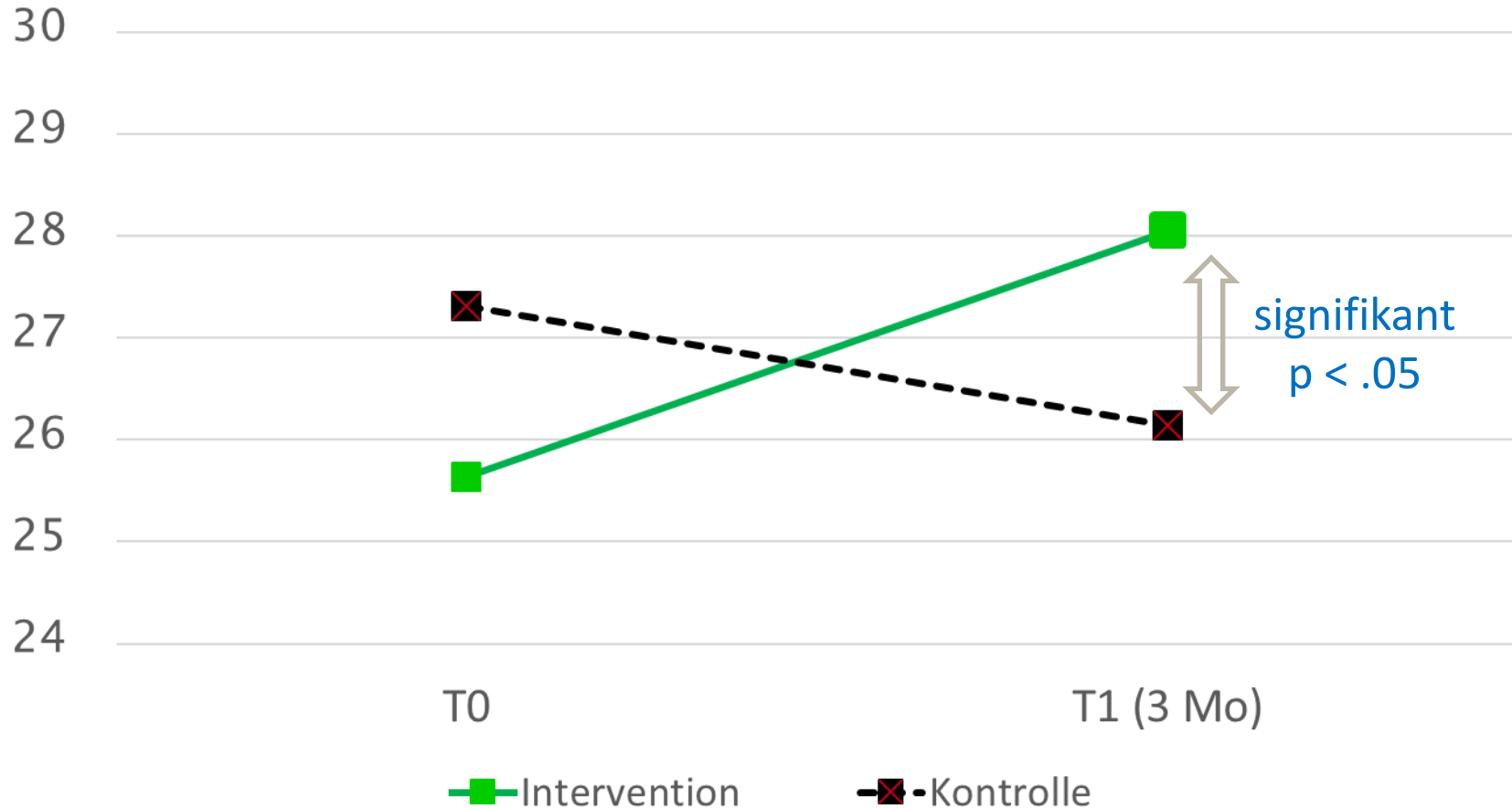
## Konkrete Beratungstechniken einsetzen

Aus Counselor Activity Self-Efficacy Scales (Lent et al. 2003)



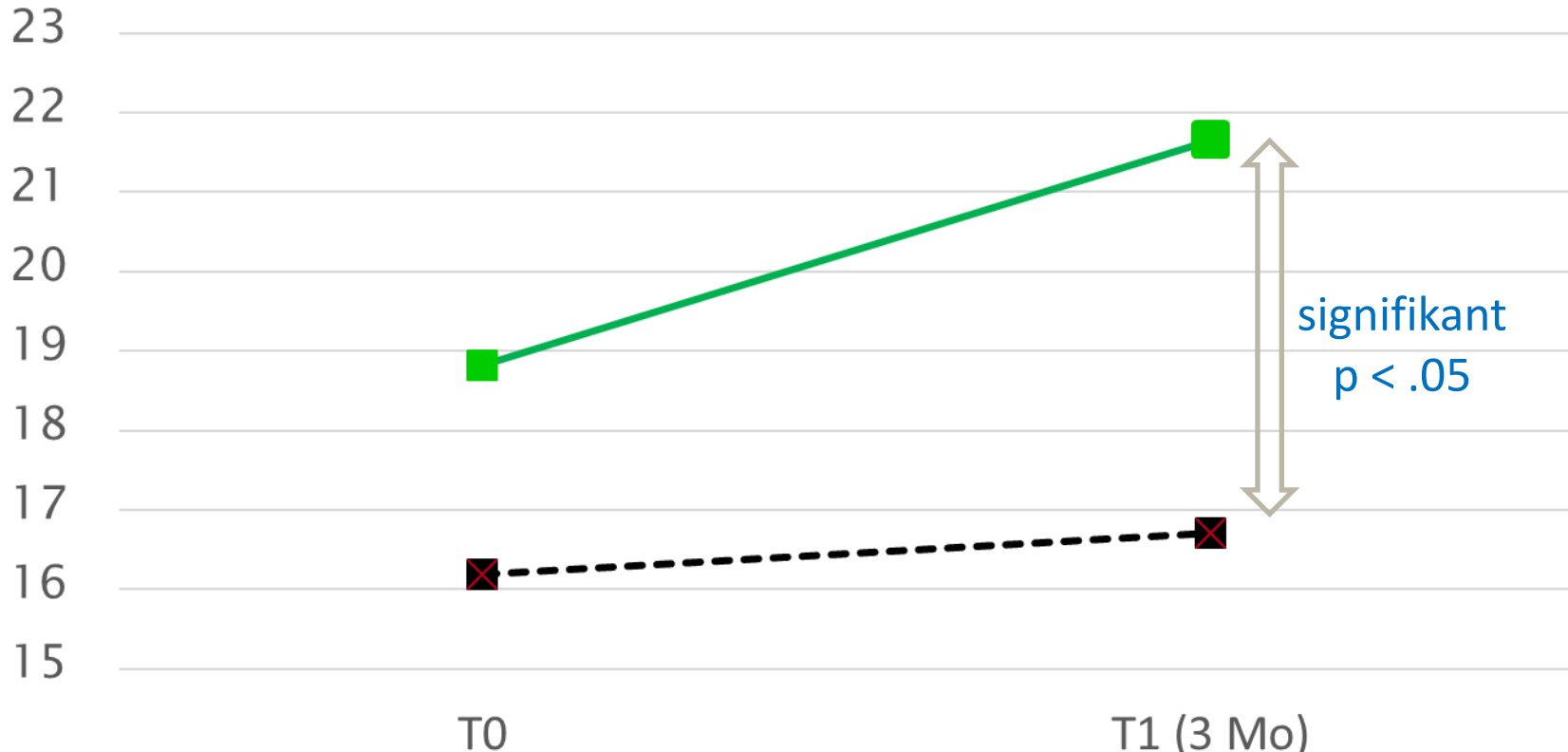
## Umgang mit schwierigen Klienten

Aus Counseling Self-Estimate Inventory (Larson et al. 1992)

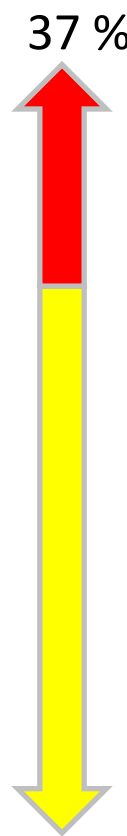


## Arbeitsüberlastung

Trierer Inventar zum chronischen Stress / Skala

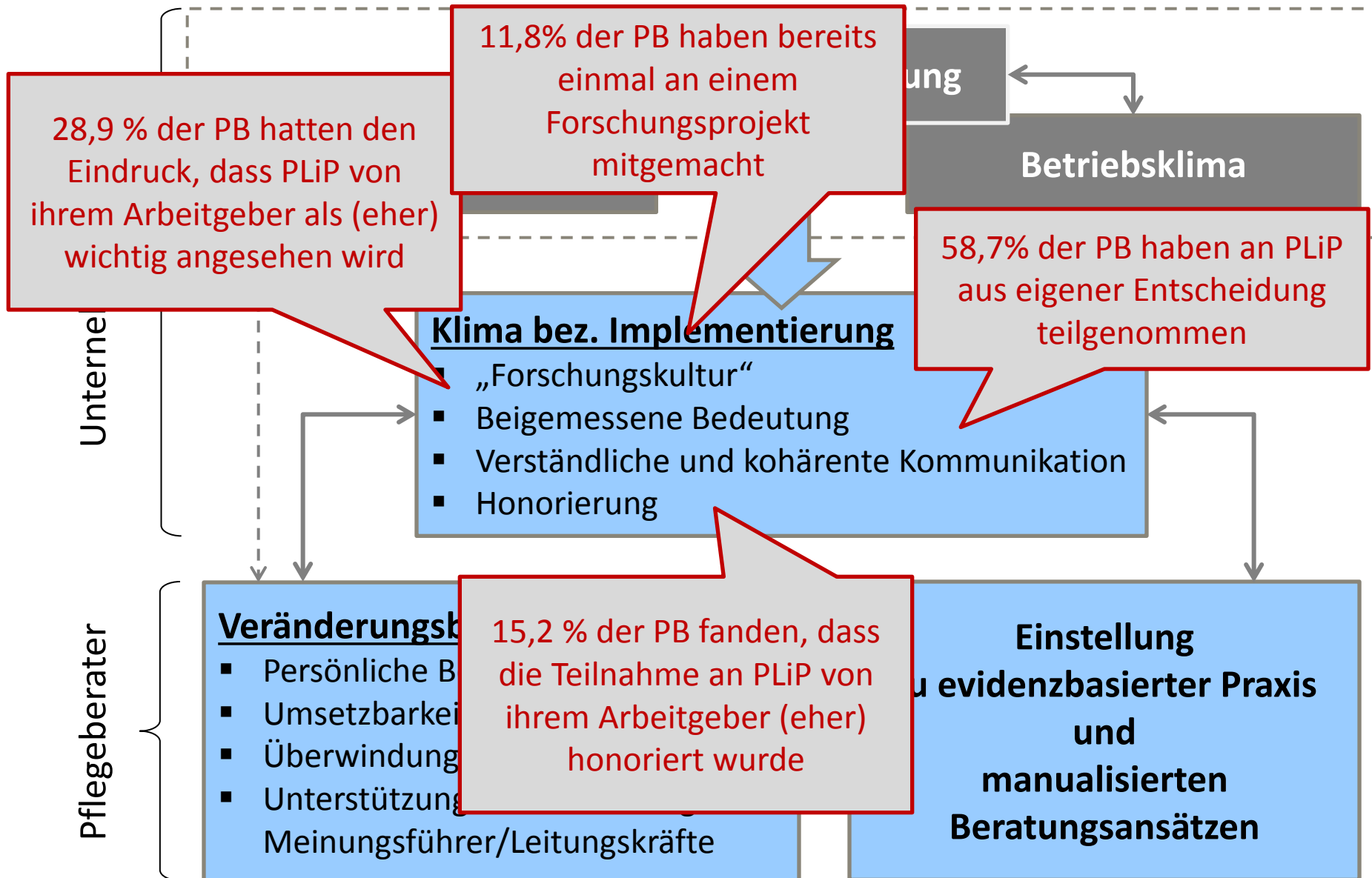


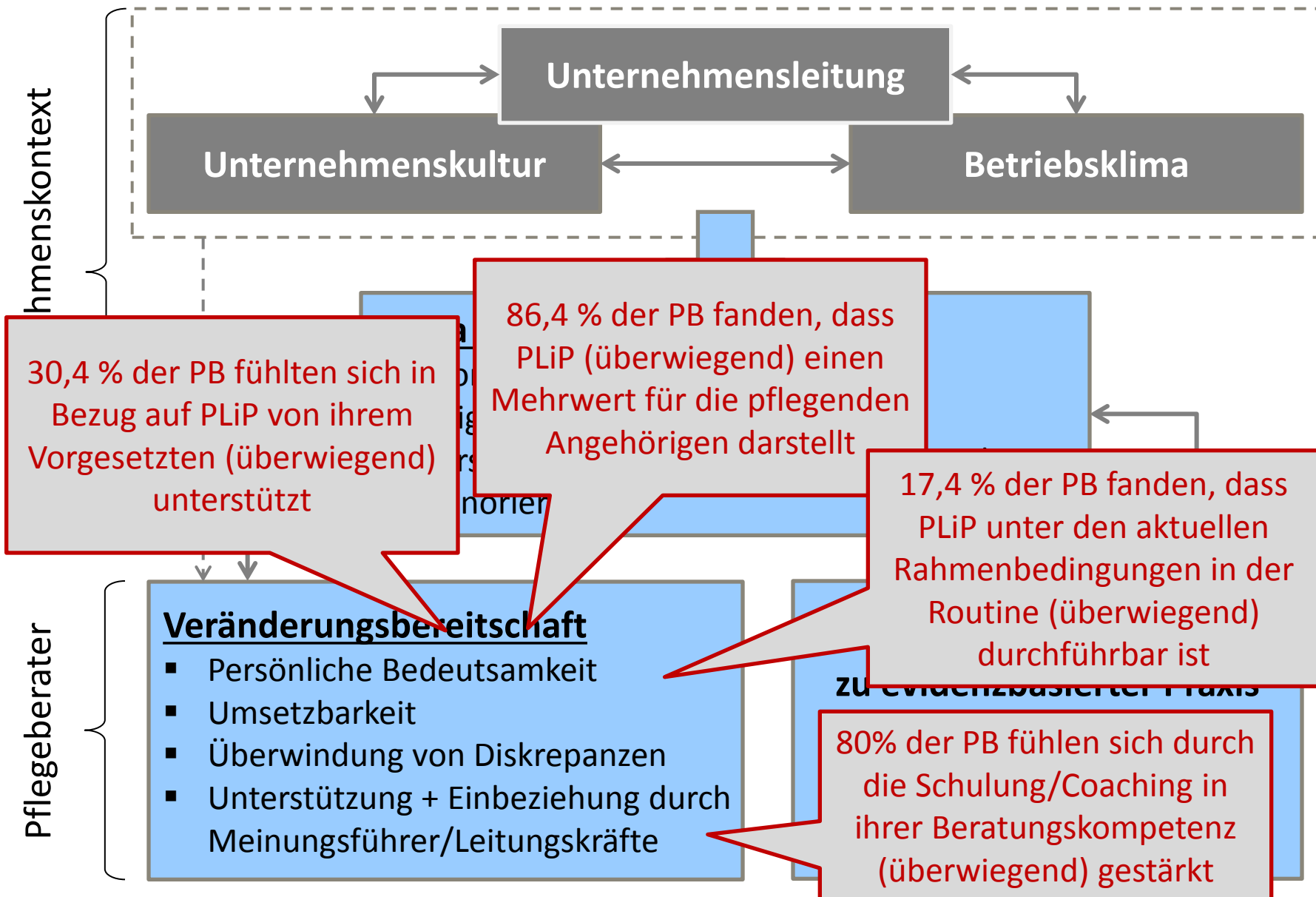
signifikant  
 $p < .05$

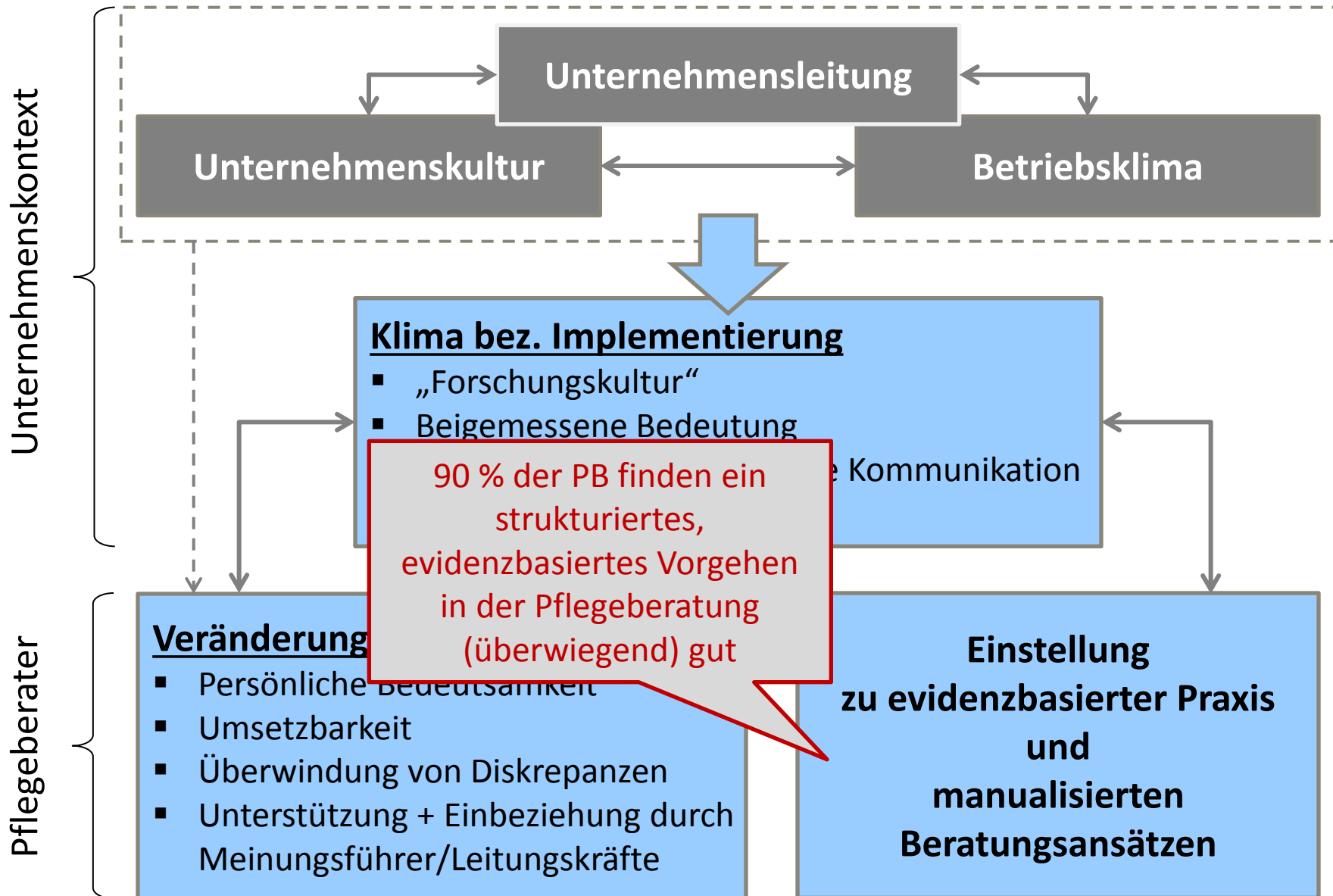


■ PLiP Schulungsgruppe    -■- Kontrolle

31 – 59 Jahre  
Allgemeinbevölkerung

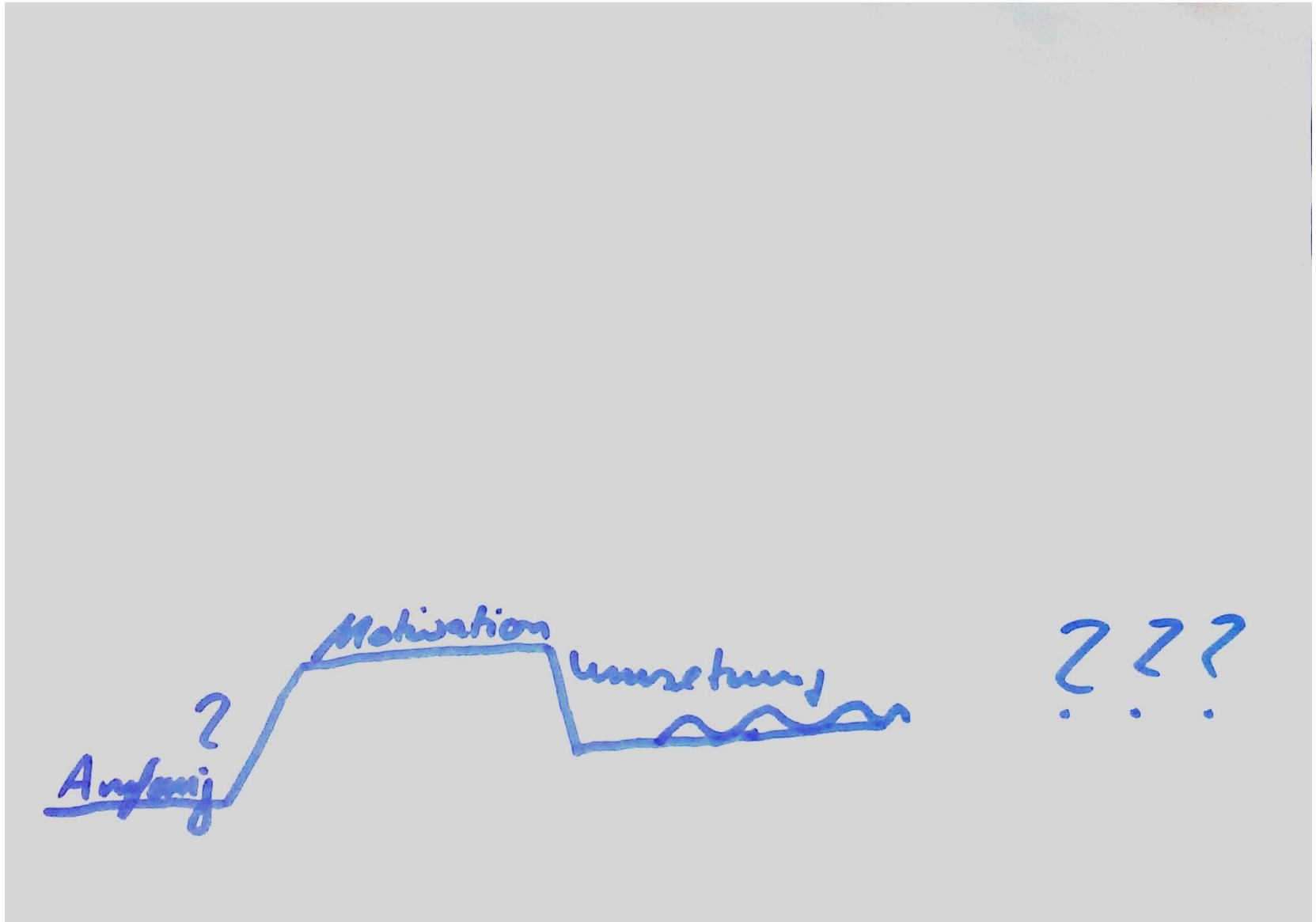


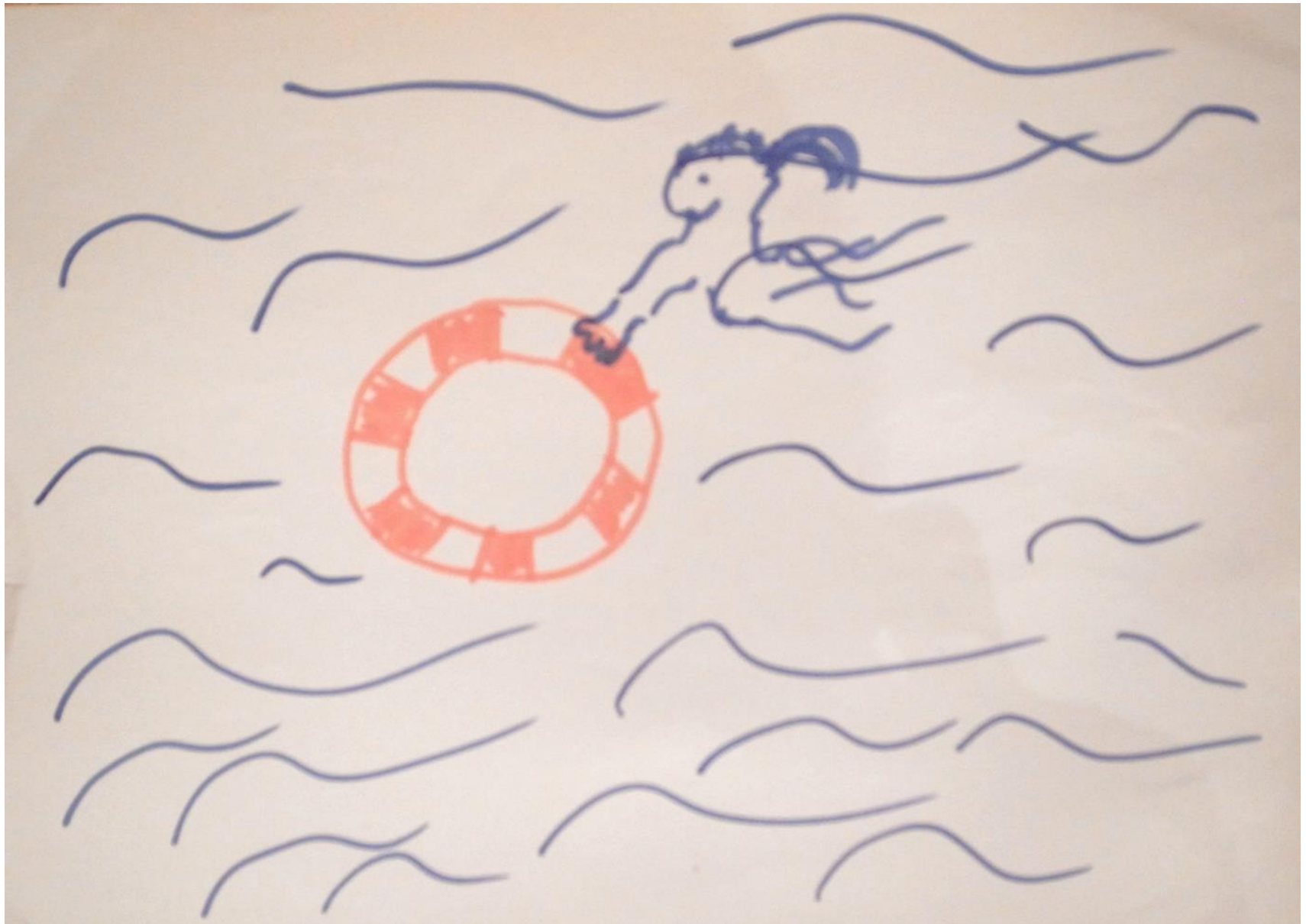












# Die Pflegeempfänger

Pflegeempfänger	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	
Alter (SD)	74,18 (22,7)	79,3 (9,0)	n.s.
Geschlecht weiblich (%)	23 (46%)	24 (48%)	n.s.
Migrationshintergrund	8 (16%)	6 (12%)	n.s.
Barthel Index* (SD)	53 (25,5)	52,4 (25,6)	n.s.
Erweiterter Barthel Index**	48,4 (19,1) [n = 46]#	46,3 (19,0)	n.s.
Private Pflegezusatzversicherung	2 (4%)	2 (4%)	n.s.

\*Aktivitäten des Alltags: 0 - 30 Punkte - weitgehend pflegeabhängig, 35 - 80 Punkte – hilfsbedürftig, 85 - 100 Punkte - punktuell hilfsbedürftig, selbständig

\*\* 0 - 15 Punkte - sehr schwere kognitive Beeinträchtigung, 20 - 65 Punkte - mittlere kognitive Beeinträchtigung, 70 - 90 Punkte - keine oder leichte kognitive Beeinträchtigung

SD = Standardabweichung

# Fragen bei jüngeren Kindern nicht zu erheben

Pflegestufe	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)
Keine Pflegestufe aktuell noch nicht beantragt	2 (4%)	-
Keine Pflegestufe Beantragung läuft	3 (6%)	10 (20%)
Keine Pflegestufe Antrag abgelehnt	-	2 (4%)
Pflegestufe 0	2 (4%)	3 (6%)
Pflegestufe 1	23 (46%)	18 (36%)
Pflegestufe 2	17 (34%)	12 (24%)
Pflegestufe 3	3 (6%)	5 (10%)

Geld-/Sachleistungen	Intervention (N = 42)*	Kontrolle (N = 35)*	
Geldleistung	26 (62 %)	21 (60 %)	n.s.
Sachleistung	1 (2 %)	4 (11 %)	n.s.
Kombileistung	15 (36 %)	10 (29 %)	n.s.

\*zur Art der erhaltenen Leistungen konnten einige Angehörigen keine Angaben machen bzw. eine Anspruchsberechtigung lag noch nicht vor.

Hilfen von professionellen Dienstleistern	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	
Ambul. Pflegedienst (Grundpflege)	15 (30%)	12 (25%) [n=49]	n.s.
Ambul. Pflegedienst (Behandlungspflege)	5 (10%)	14 (28%)	p = .02
Nachbarschafts-/Haushaltshilfe	5 (10%)	3 (6%)	n.s.
Häusliche Betreuung	4 (8%)	4 (8%)	n.s.
(Ehrenamtliche) Besuchsdienste	1 (2%)	-	n.s.
Essen auf Rädern	4 (8%)	5 (10%)	n.s.

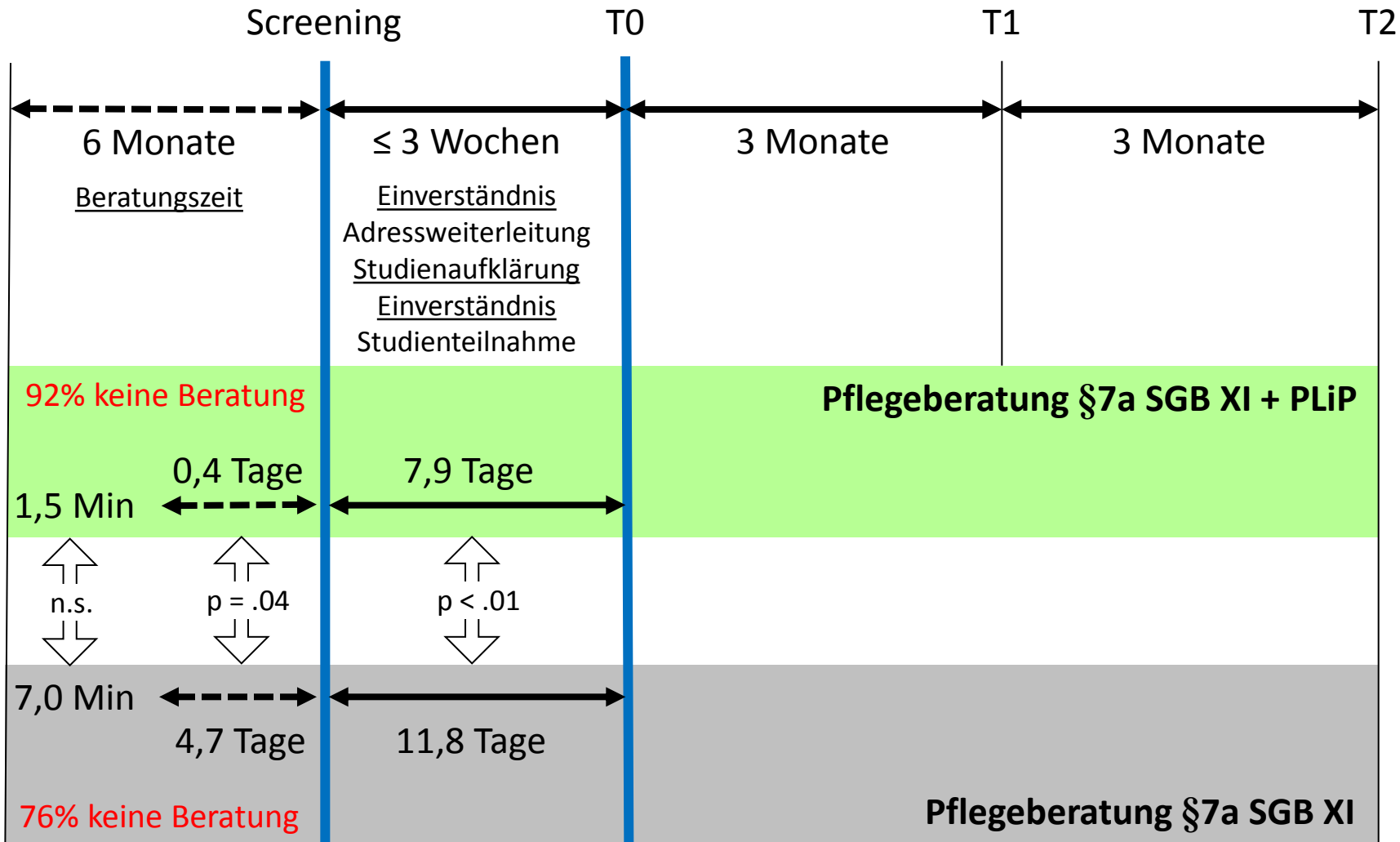
Sonstige privat organisierte, vergütete Pflege und Hilfe	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 49)	
Haushalts- und Einkaufshilfe	39 (78 %)	41 (84 %)	n.s.
Betreuungshilfe	5 (10 %)	3 (6 %)	n.s.
Pflegehilfe	1 (2 %)	2 (4 %)	n.s.

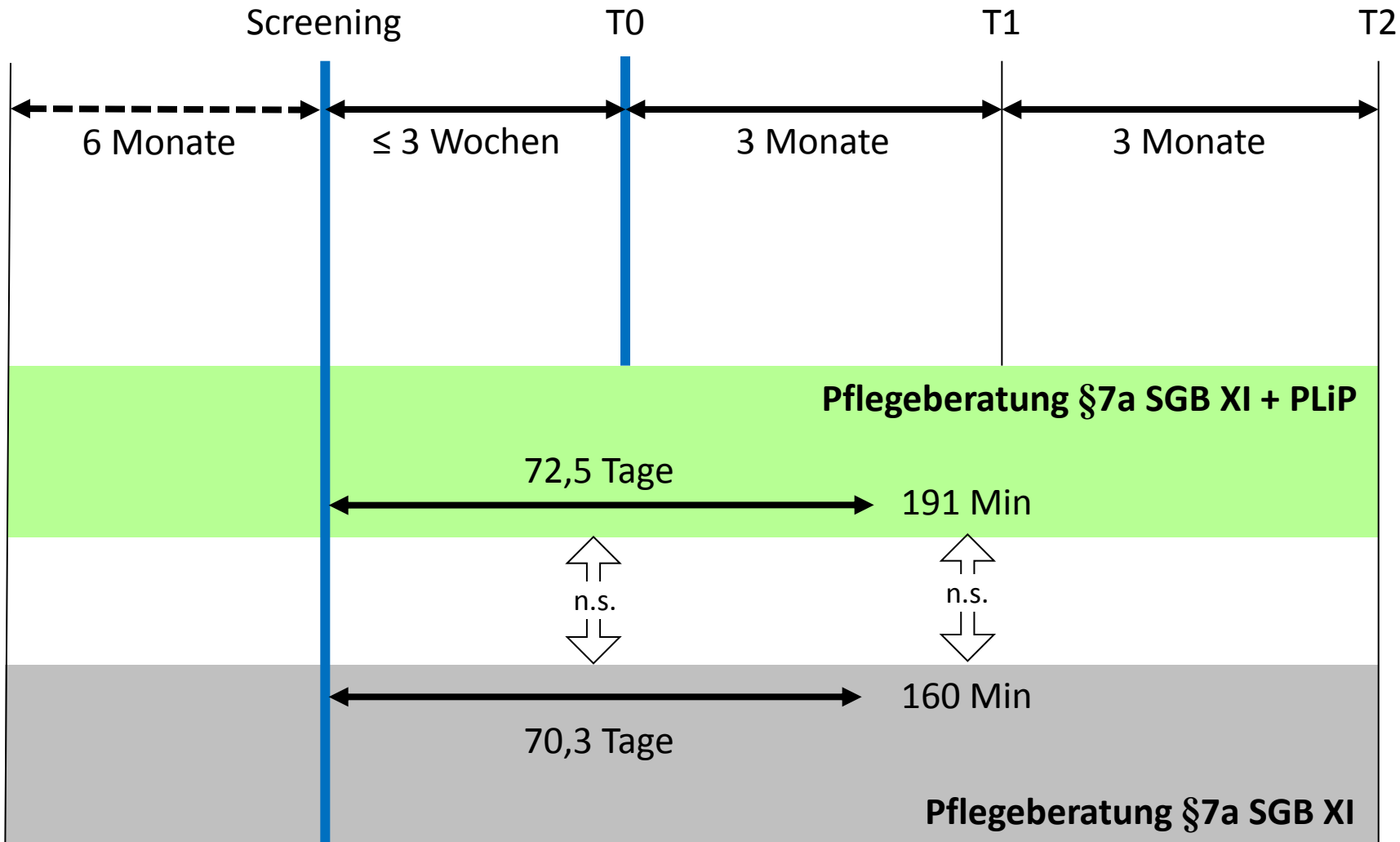
Verhinderungspflege	Intervention (N = 44)	Kontrolle (N = 38)	
Wurde in Anspruch genommen	16 (36 %)	8 (21 %)	n.s.

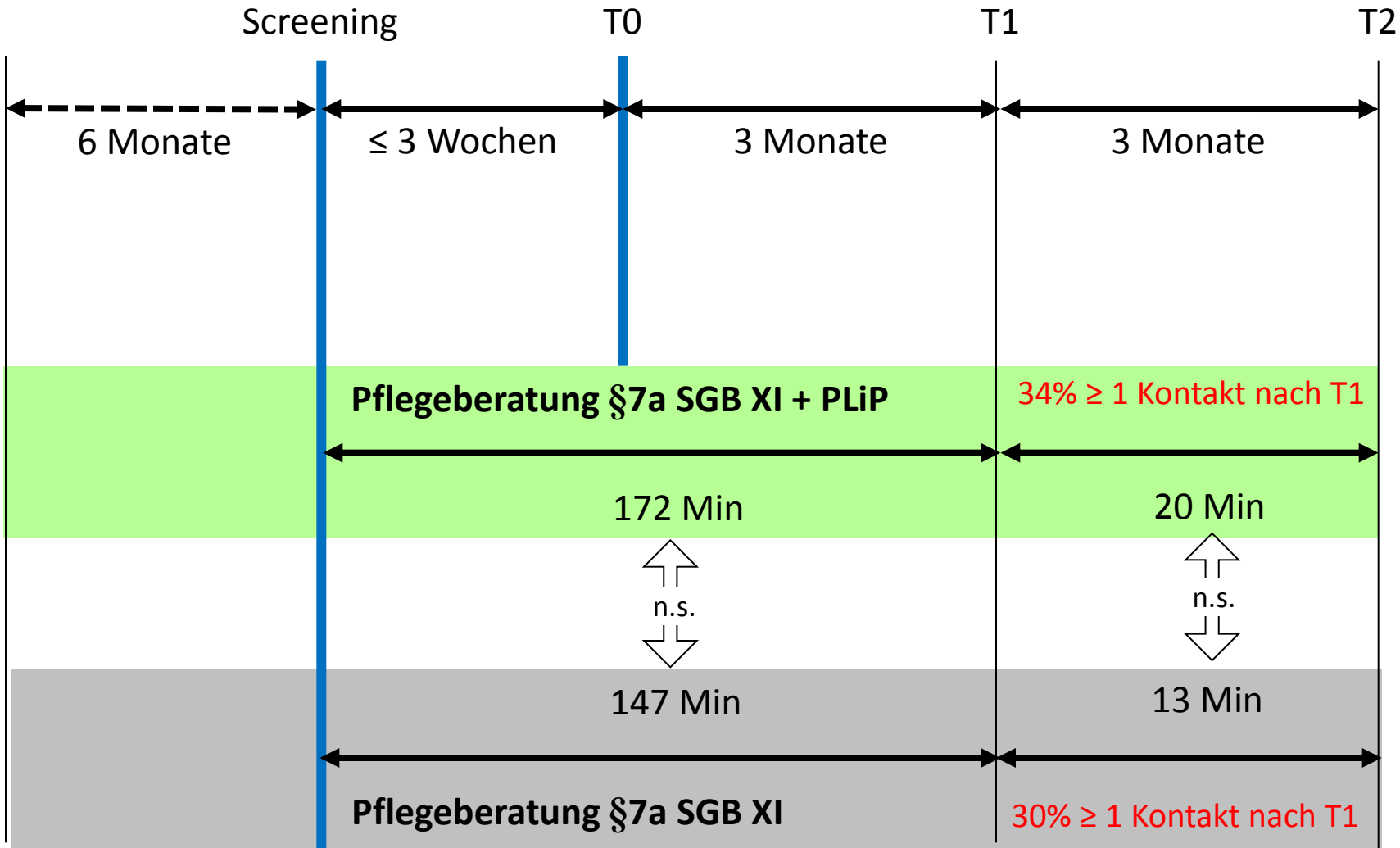
Inanspruchnahme von Angeboten stationärer Einrichtungen	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	
Kurzzeitpflege	4 (8 %)	3 (6 %)	n.s.
Tages-/Nachtpflege	8 (16 %)	6 (12 %)	n.s.
Betreuungsgruppe	2 (4 %)	2 (4 %)	n.s.

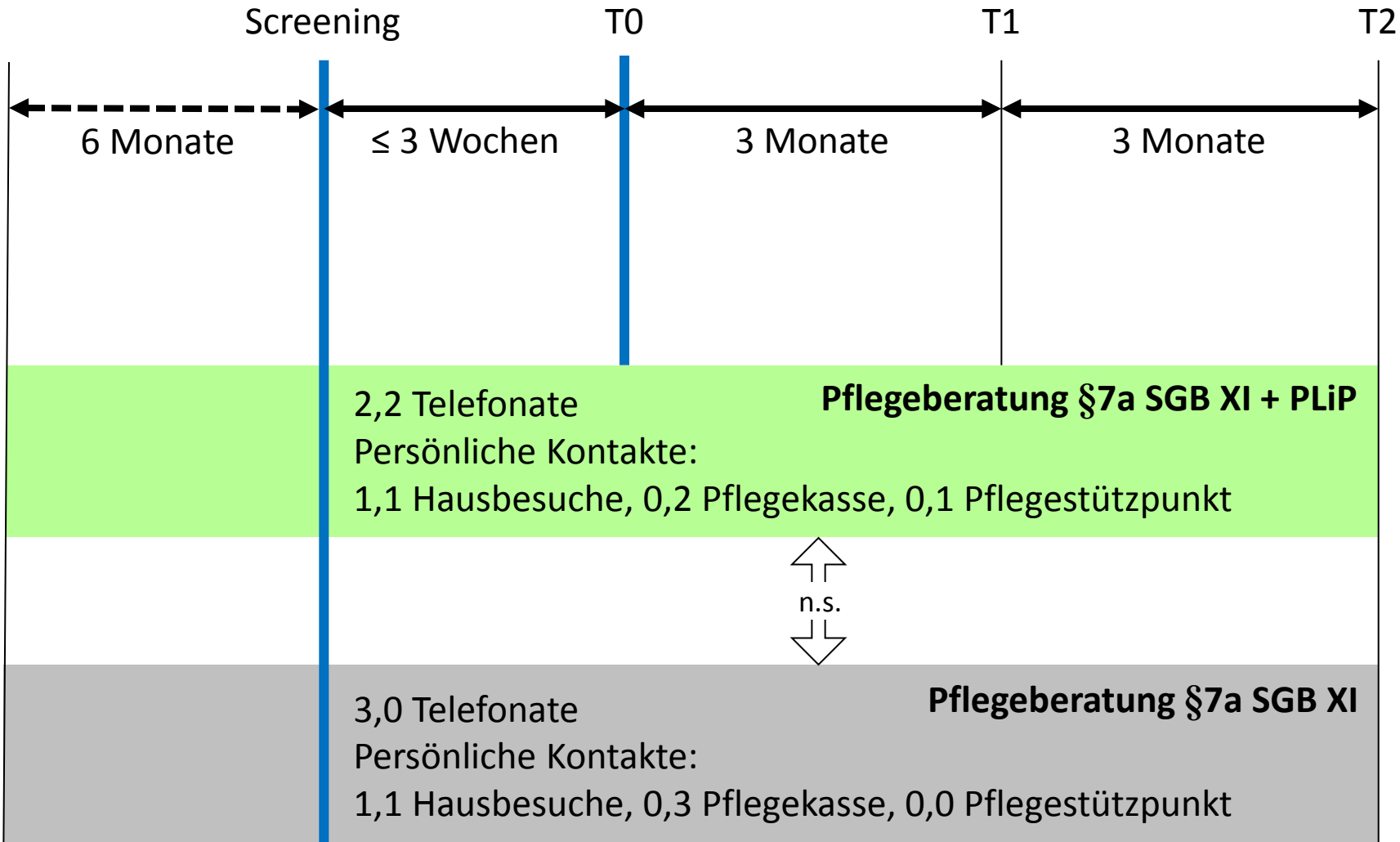
# Die Beratungen











Wegstrecken	Intervention (N = 39)	Kontrolle (N = 43)	
Einfache durchschnittliche Wegstrecke	34,8 km	30,5 km	n.s.
Minimum - Maximum	2 – 170 km	2 – 148 km	
Anzahl der Hausbesuche pro Tour	1,7	1,3	p = .06

Keinen persönlichen bzw. ausschließlich telefonischen Kontakt	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	
Anzahl der Beratenen	2 (4%)	1 (2%)	n.s.

Beruflicher Hintergrund der Beratenden		Kontrolle mittlere Beratungszeit (N = 50 Fälle)
Sozialarbeiter/-innen		220 Min (80 – 580)
Krankenpfleger/-innen		112 Min (30 – 235)
Sozialversicherungsangestellte		138 Min (70 – 355)

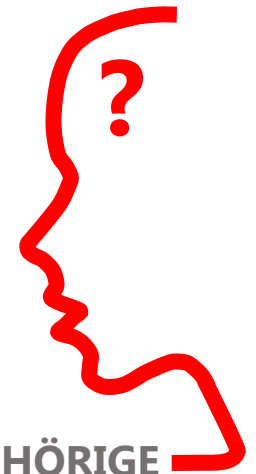
**Signifikanter Unterschied!**  
(p = .01)

Beruflicher Hintergrund der Beratenden	Intervention mittlere Beratungszeit (N = 50 Fälle)	Kontrolle mittlere Beratungszeit (N = 50 Fälle)
Sozialarbeiter/-innen	203 Min (135 – 270)	220 Min (80 – 580)
Krankenpfleger/-innen	183 Min (50 – 470)	112 Min (30 – 235)
Sozialversicherungsangestellte	212 Min (80 – 290)	138 Min (70 – 355)

**Signifikanter Unterschied!**  
(p = .01)

Durch die vermittelte Methode gleichen sich die Beratungszeiten der Krankenpfleger/-innen und Sozialversicherungsangestellten den der Sozialarbeiter/-innen an.

# Die pflegenden Angehörigen



**PFLEGENDE**ANGEHÖRIGE



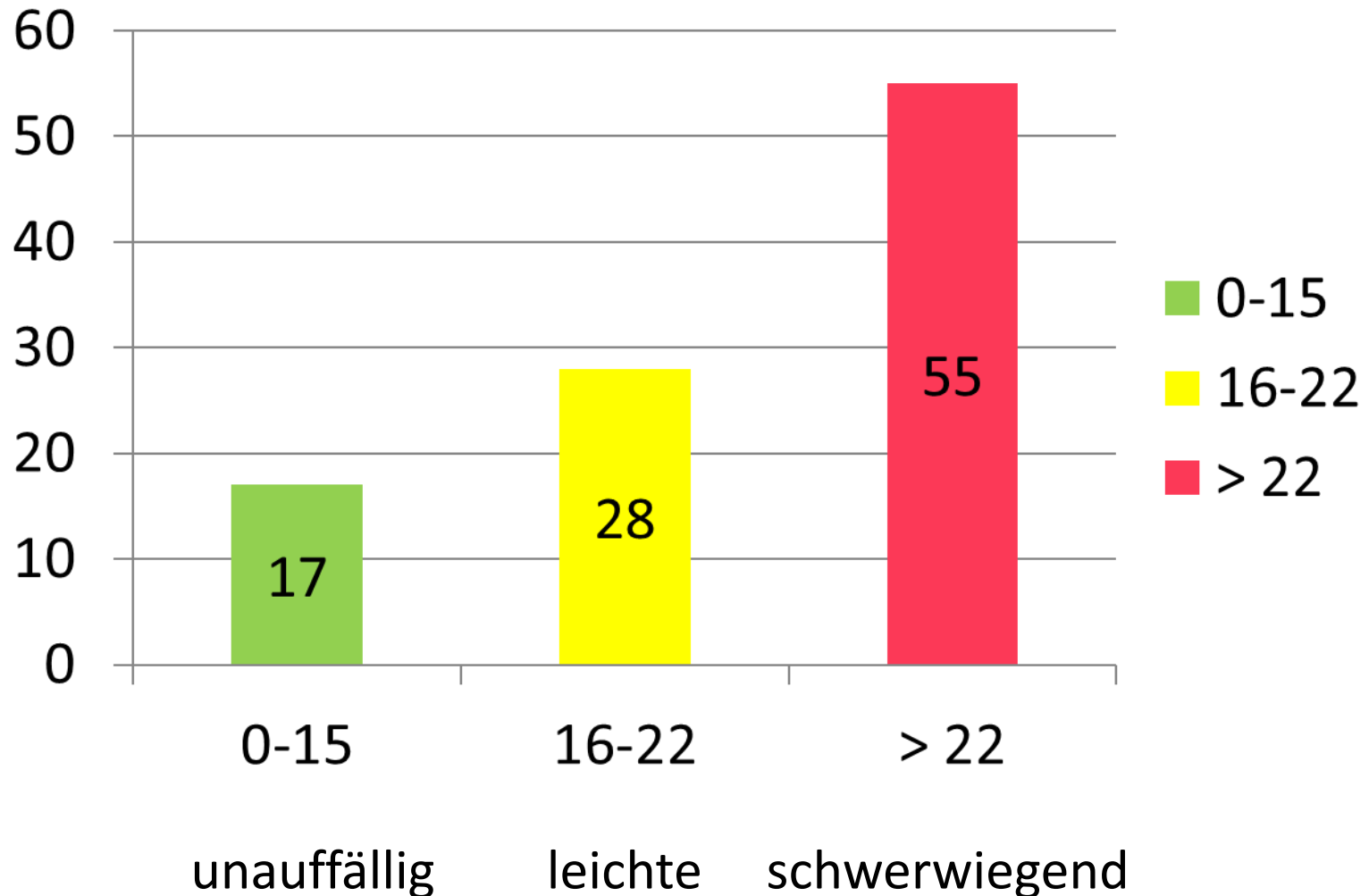
Pflegende Angehörige	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	
Alter (SD)	55,9 (12,0)	57,4 (13,3)	n.s.
Geschlecht weiblich (%)	49 (98 %)	49 (98 %)	n.s.
Pflege von			n.s.
(Ehe)Partner	13 (26 %)	15 (30 %)	
(Schwieger)Vater/Mutter	31 (62 %)	33 (66 %)	
Kind	4 (8 %)	1 (2 %)	
Verwandte/Bekannte	2 (4 %)	1 (2 %)	
Migrationshintergrund	7 (14 %)	5 (10 %)	n.s.
Fachhochschul-/Hochschulabschluss	8 (16 %)	6 (12 %)	n.s.
Kinder unter 21 Jahre	11 (22 %)	21 (42 %)	n.s.
Berufstätig (kein Mini-Job)	18 (36 %)	24 (49 %)	n.s.

Pflegerische Angehörige	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)
Im gleichen Haushalt	24 (48 %)	21 (42 %)
Im gleichen Haus (getrennte Wohnungen)	5 (10 %)	14 (28 %)
In Gehweite / Nachbarschaft	13 (26 %)	7 (14 %)
Anfahrt < 30 Min	5 (10 %)	7 (14 %)
Anfahrt > 30 Min	2 (4 %)	1 (2 %)
Wechselnde Wohnorte / Entfernungen	1 (2 %)	-

Pflegerische Angehörige	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	
Bisherige Pflegedauer Monate (SD)	48,5 (64,3)	49,9 (70,6)	n.s.
Anleitung/Schulung für die Pflege (letzte 12 Monate)	10 (20%)	11 (22%)	n.s.
Beratung zu Unterstützungs- /Entlastungsangeboten (letzte 12 Mo)	30 (60%)	30 (60%)	n.s.
Kranken-/Pflegekasse	18 (36%)	23 (46%)	
Pflegedienst	5 (10%)	4 (8%)	
Krankenhaus/Reha	6 (12%)	2 (4%)	
Kommunale Beratung	2 (4%)	3 (6%)	
Hausarzt	-	-	
Ist in der gleichen Pflegekasse versichert wie der Pflegeempfänger	27 (54%)	31 (62%)	n.s.

Pflegerische Angehörige	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	
Geleistete Pflege/Betreuung/Hauswirtschaft (Std./Tag in den letzte 3 Monaten)			
Pflege (Std./Tag)	1,8 (1,1)	1,6 (1,3)	n.s.
Hauswirtschaft (Std./Tag)	2,0 (1,2)	1,6 (0,9)	p = .039
Betreuung/Tagesstrukturierung (Std./Tag)	0,8 (1,2)	1,6 (2,2)	p = .05
Gesamt	4,5 (2,4)	4,7 (3,5)	n.s.
Informelle Unterstützung durch Angehörige, Freunde, etc. Pflege/Betreuung/Hauswirtschaft (Std./Tag in den letzte 3 Monaten)	0,9 (1,9)	0,7 (1,3)	n.s.

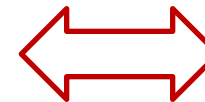
### T0 ADS (n = 100)



# Die pflegenden Angehörigen

## Ergebnisse

Zufriedenheit mit der Pflegeberater/-in (T1)	Intervention (N = 41)	Kontrolle (N = 40)
Gar nicht zufrieden	2,4%	0%
Wenig zufrieden	4,9%	5,0%
Durchschnittlich zufrieden	0%	7,5%
Überwiegend zufrieden	2,4%	30,0%
Sehr zufrieden	90,2%	57,5%



Hoch signifikanter Unterschied  
 $p < .01$

Zufriedenheit mit der Beratung (T1)	Intervention „stimmt genau“	Kontrolle „stimmt genau“	Man-Whitney U Test
Wurde zu Beginn über das Vorgehen innerhalb der Beratung informiert	77,5 %	51,4 %	$p < .05$
Der PB half mir meine aktuelle Situation besser zu verstehen	70,0 %	35,1 %	$p < .01$
Wir haben verschiedene Möglichkeiten zur Erreichung meiner Ziele besprochen	67,5 %	35,1 %	$p < .01$
Der PB ermutigte mich eigene Ideen zur Erreichung meiner Ziele einzubringen	65,0%	24,3%	$p < .001$
Ich konnte verschiedene Möglichkeiten zur Erreichung meiner Ziele bewerten und das beste Vorgehen auswählen	52,5%	24,3%	$p < .01$
Der PB besprach mit mir im Detail die Umsetzung der Lösungsschritte	57,5%	29,7%	$p < .01$
Der PB erkundigte sich bei mir, ob sich die besprochenen Schritte umsetzen ließen und Erfolg hatten	57,5%	32,4%	$p < .05$



Zufriedenheit mit der Beratung (T1)	Intervention „stimmt genau“	Kontrolle „stimmt genau“	
PB war dominant und bestimmend	2,5 %	2,7 %	n.s.
Ich konnte den Aussagen des PB gut folgen.	67,5 %	62,2 %	n.s.
Ich konnte frei sprechen und das vorbringen, was mir wirklich wichtig ist	82,5 %	67,5 %	<b>p &lt; .10</b>
Beim PB fühlte ich mich gut aufgehoben	80,0 %	67,6 %	n.s.
Der PB akzeptierte mich, wenn ich eine andere Meinung hatte als er.	62,5 %	62,5 %	n.s.
Der PB war mit seiner ganzen Aufmerksamkeit für mich da	82,5%	70,3%	n.s.
Der PB hat sich Zeit für alle meine Anliegen genommen	80,0 %	75,7 %	n.s.

Zufriedenheit mit der Beratung (T1)	Intervention „stimmt genau“	Kontrolle „stimmt genau“	
Der PB hat die Beratungsgespräche fokussiert und auf der "richtigen Spur" gehalten	56,4 %	51,4 %	n.s.
Der PB reagierte auf meine situationsbezogenen Bedürfnisse mit der besten Hilfestellung	69,2 %	45,9 %	p < .05
Der PB half mir meine Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen detailliert zu betrachten	61,5 %	29,7 %	p < .01
Der PB half mir auf einer mehr als oberflächlichen Ebene über meine Anliegen zu sprechen	76,9 %	37,8 %	p < .001
Der PB wusste, was als nächstes zu sagen oder zu tun war, nach dem ich gesprochen hatte	64,1 %	43,2 %	p < .01

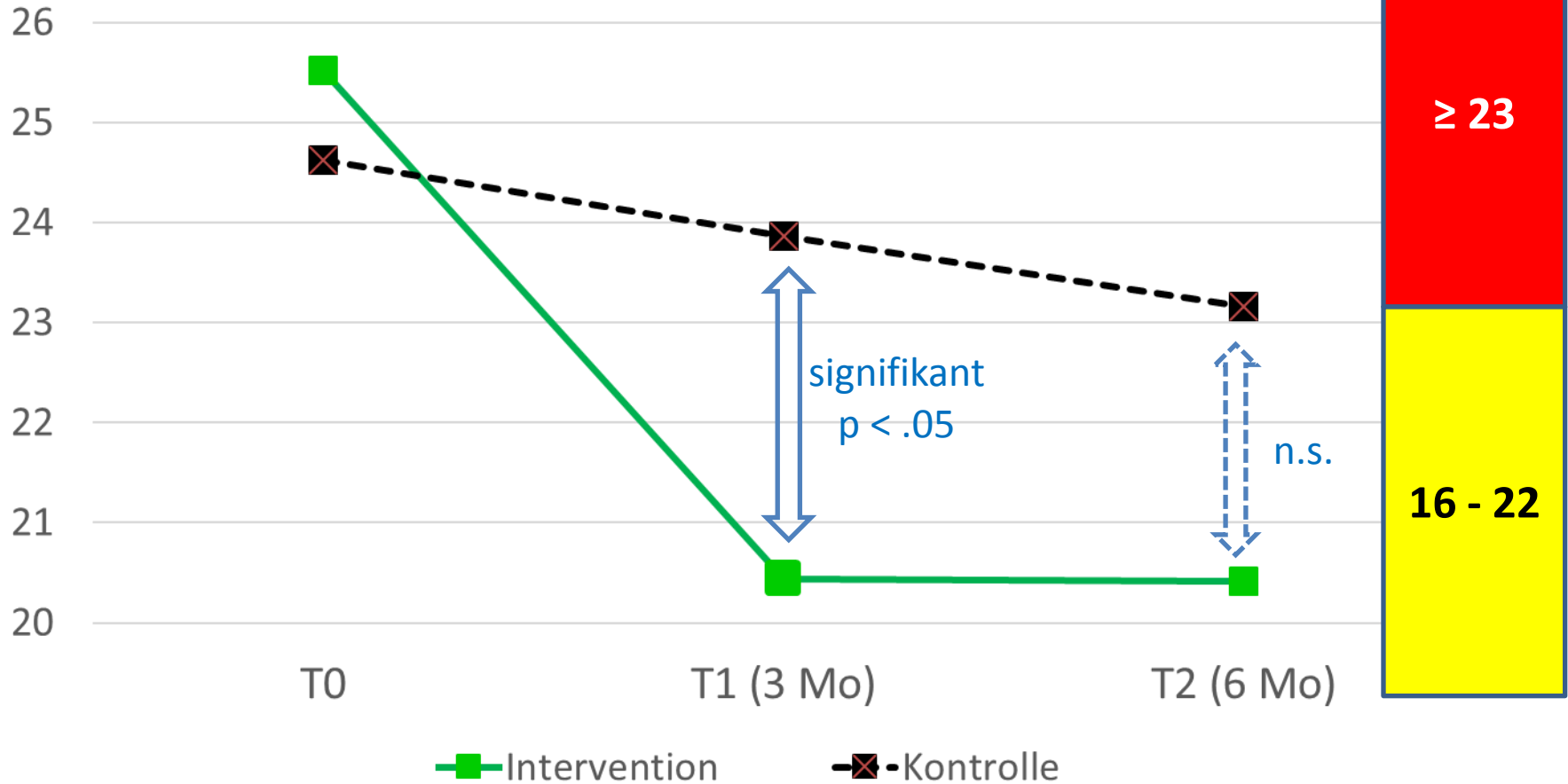
Zufriedenheit mit der Beratung (T1)	Intervention „stimmt genau“	Kontrolle „stimmt genau“	
Der PB half mir, realistische Ziele zu setzen	59,0 %	29,7 %	p < .01
Der PB half mir, meine Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen zu verstehen.	51,3 %	32,4 %	p < .05
Der PB entwickelte ein klares Beratungskonzept für mich und meine Anliegen.	56,4 %	27,0 %	p < .01
Der PB behielt die Ziele während der Beratungsgespräche im Blick.	69,2 %	32,4 %	p < .01
Der PB half mir bei der Entscheidung, welche Schritte bezüglich meiner Probleme zu unternehmen sind.	71,8 %	32,4 %	p < .001

Beendigung der Pflege	Intervention N = 50	Kontrolle N = 50	
Pflegebedürftiger ist ins Pflegeheim gezogen	2 (4 %)	6 (12 %)	n.s.
Pflegender Angehöriger ist nicht mehr für die Pflege verantwortlich	-	3 (6 %)	n.s.
Umzug ins Pflegeheim oder pflegender Angehöriger beendet die Pflege	2 (4 %)	9 (18 %)	p = .025

Andere Dropoutgründe	Intervention N = 50	Kontrolle N = 50	
Pflegebedürftiger ist verstorben	8 (16 %)	6 (12 %)	n.s.
Nicht erreichbar	2 (4 %)	5 (10 %)	n.s.

## Depressive Symptomatik

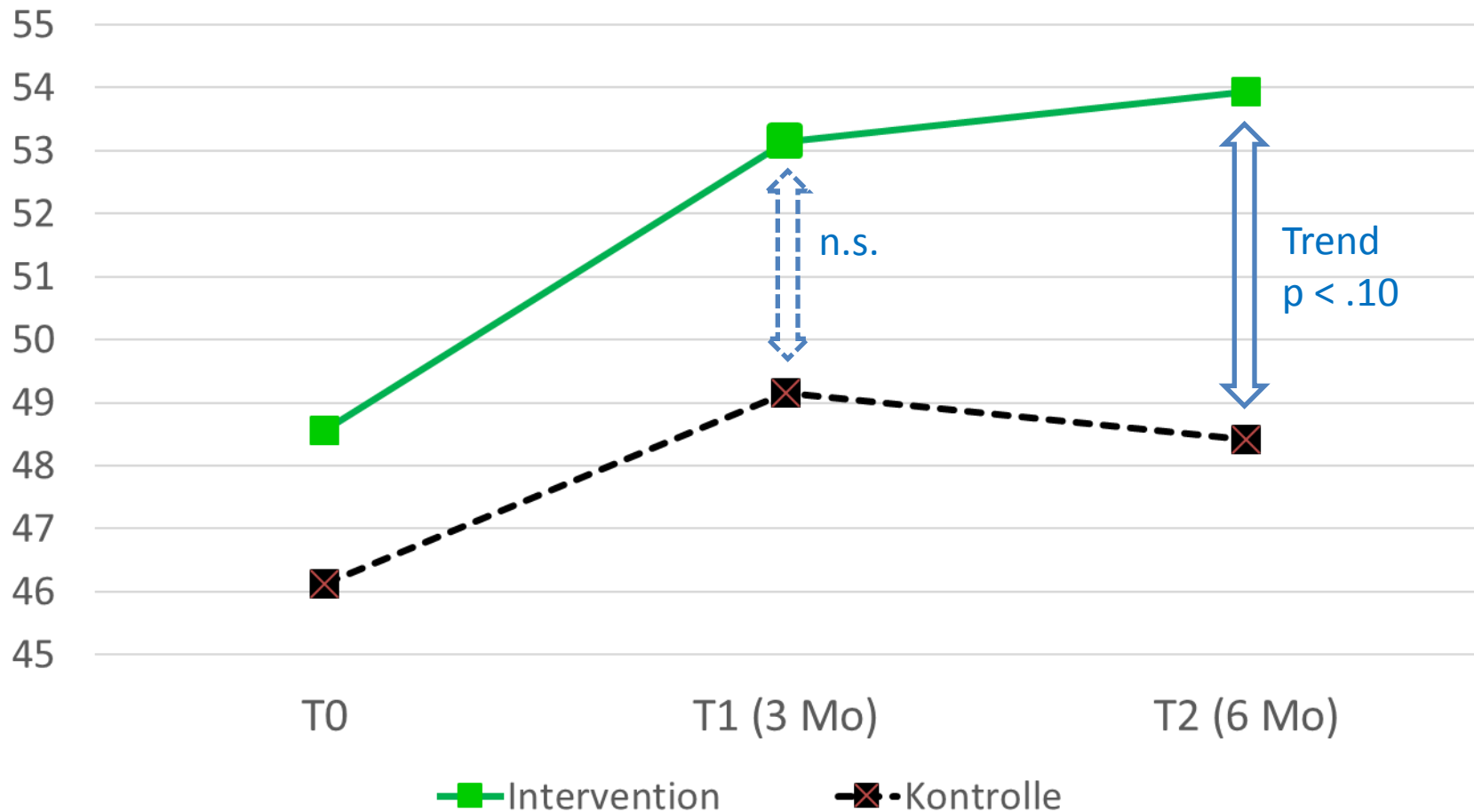
Allgemeine Depressionsskala [0 – 60] / Intent-to-Treat Stichprobe



## Pflegebezogene Kompetenzüberzeugung

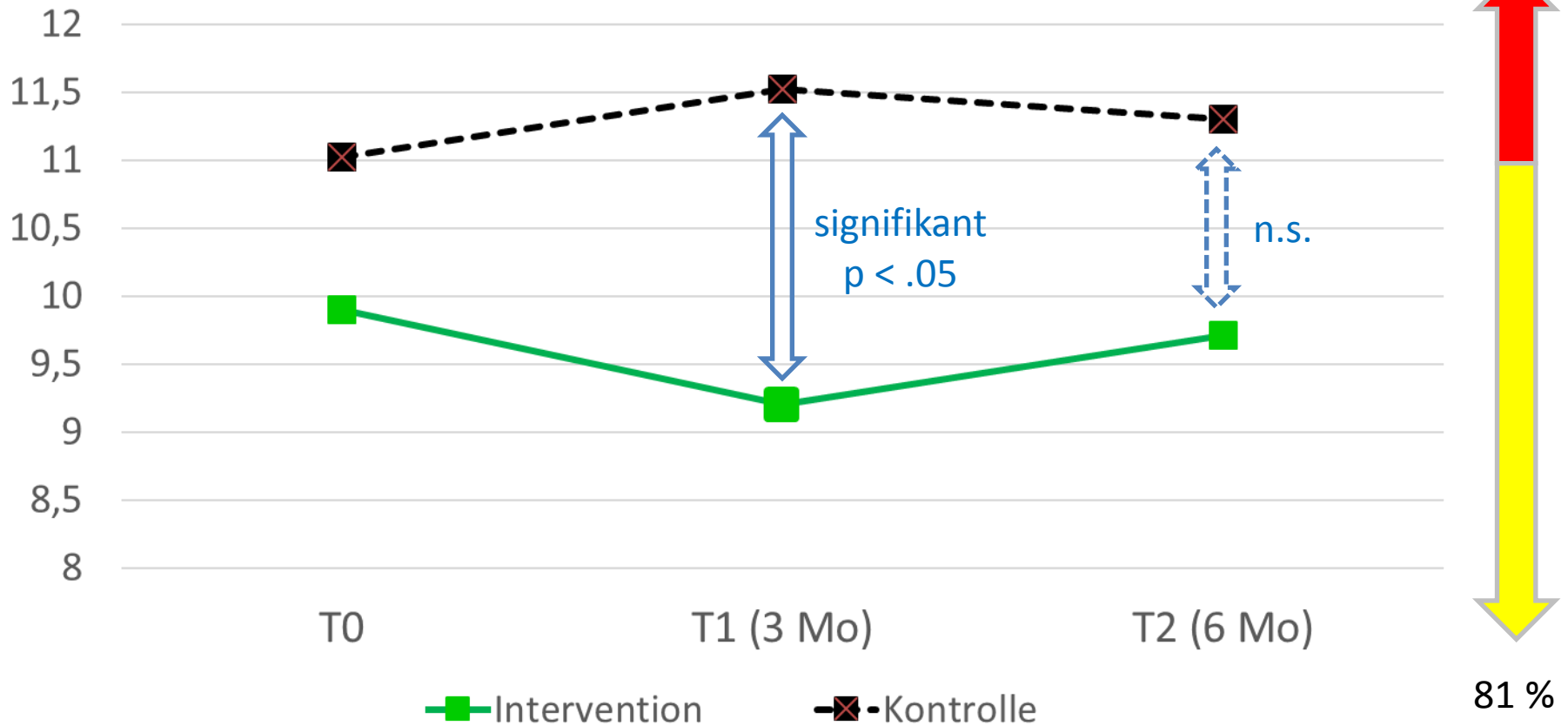
Sense of Competence Questionnaire Short Form [16-80]

Intent-to-Treat Stichprobe



## Körperbeschwerden

Gießener Beschwerdebogen GBB / Skala Gliederschmerzen  
Intent-to-Treat Stichprobe

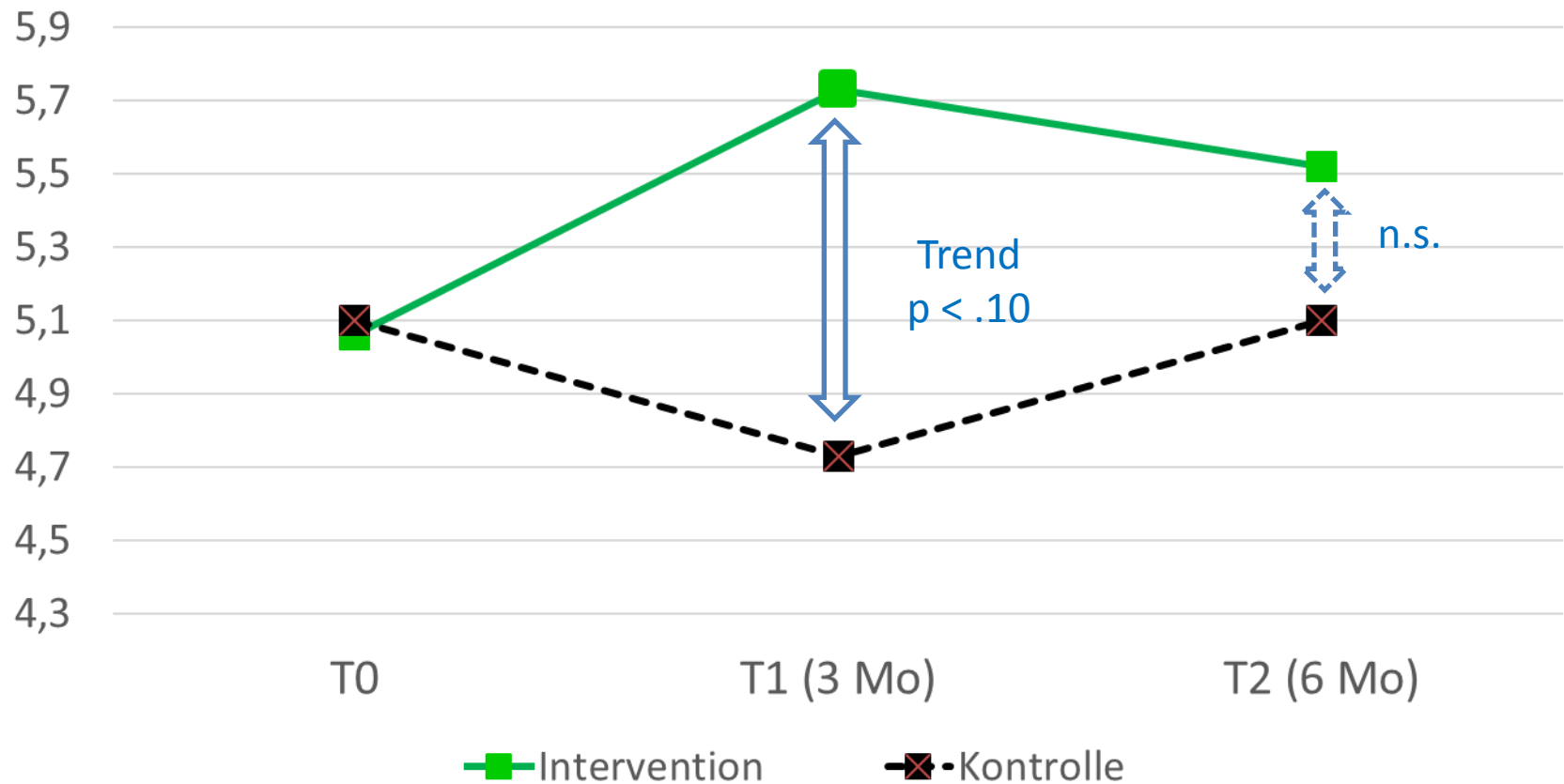


Frauen 41 - 60 Jahre  
Allgemeinbevölkerung

## Freizeitzufriedenheit

Leisure Time Satisfaction Questionnaire / Skala Zufriedenheit

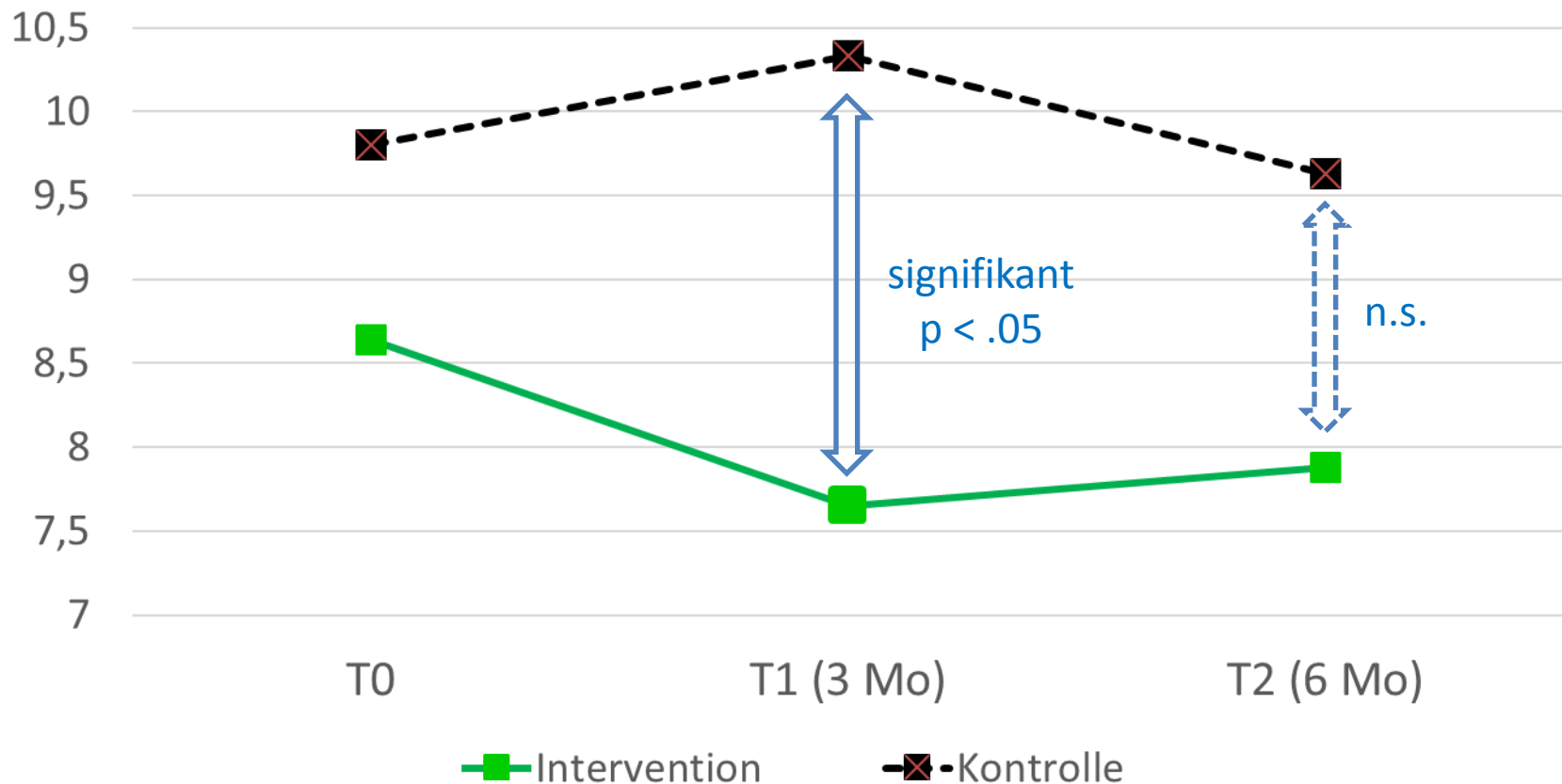
Intent-to-Treat Stichprobe





## Negative Problemorientierung

Social Problem Solving Inventory Revised / Subskala NPO  
Intent-to-Treat Stichprobe



# Zusammenfassung „intent-to-treat“ Analysen

ANCOVAS intent-to-treat (gematchte Stichprobe) Gruppenunterschiede	T0 → T1 3 Monate	T0 → T2 6 Monate
Depressives Symptomatik (ADS)	signifikant*	nicht signifikant
Pflegebezogene Kompetenzüberzeugung (SCQ)	nicht signifikant	Trend+
Subjektive Körperbeschwerden (GBB-24) Subskala Gliederschmerzen	signifikant*	nicht signifikant
Zufriedenheit mit dem Umfang an Zeit für verschiedene Aktivitäten (LTS)	Trend+	nicht signifikant
Soziale Problemlösefertigkeiten Subskala Negative Problemorientierung	signifikant*	nicht signifikant



Powerproblem  
aufgrund der Dropouts

+ p < .10; \* P < .05

# Erstes Fazit

- Der Umfang der Schulungstage war angemessen, Coaching genügt eher 1x pro Monat, dafür aber über 12 Monate
- PLiP erfordert Flexibilität zwischen strukturiertem Vorgehen und situationsspezifischer Anpassung
- PLiP erfordert Übung! Umstellen bisheriger Routinen teils schwierig.
- Das Kartenassessment wurde überwiegend durchgeführt, die Problemlöseschritte häufig nur teilweise
- PLiP erfordert einen Mehraufwand an Beratung.
  - absolut gesehen wenig (36 Minuten), relativ gesehen viel (knapp 25%)
  - Beratungsdauer deutlich geringer als in der ursprünglichen Studie (TIPS)

- PB sind in Ihrem Beratungsalltag mit einer Vielzahl herausfordernder Beratungssituationen konfrontiert
  - 80% der PB fühlen sich durch PLiP in ihrer Beratungskompetenz gestärkt
  - 93% der PB würden die PLiP Schulung weiterempfehlen.
  - 86% sehen einen Nutzen von PLiP für die pflegenden Angehörigen
  - Die Beratungszeiten gleichen sich durch PLiP zwischen den verschiedenen Berufsgruppen an (Sozialarbeiter, Krankenpfleger, SoFAs)
- **ABER** nur 17% finden, dass PLiP unter den gegenwärtigen Bedingungen in der Routine anwendbar ist

- PA mit PLiP Beratung waren insgesamt signifikant zufriedener mit der Beratung und den Beratungskompetenzen
- PA mit PLiP Beratung fühlten sich bei der Beratung besser wahrgenommen und einbezogen
- PA profierten kurzfristig signifikant von der PLiP Beratung hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik, Körperbeschwerden und negativen Problemorientierung
- Nach 6 Monaten gab es noch einen Trend zu einer besseren pflegebezogenen Selbstwirksamkeit

# Offene Fragen und Ausblick

- **Pflegende Angehörige als Zielgruppe in der Pflegeberatung:**

Berücksichtigung in der Gesetzgebung und den in der Entwicklung befindlichen Pflegeberatungsrichtlinien

- **Ressourcenallokation:**

Zeit für Assessments ↔ Beratung (ressourcen- orientiert, unterstützend beim Aufbau von Veränderungsmotivation, Rückfallprophylaxe, ...) ↔ Dokumentation

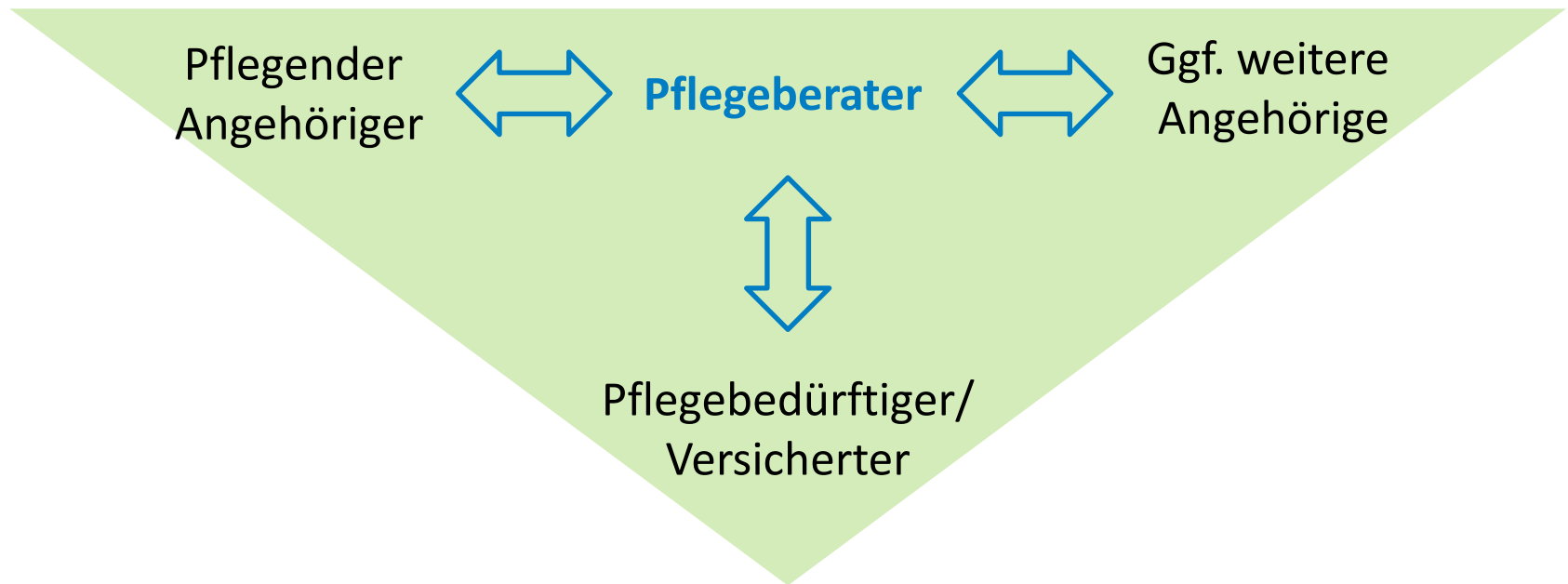
- **Umsetzung von Mindeststandards in der Pflegeberatung:**

Wie kann dies ohne eine übermäßige Bürokratisierung erreicht werden?



- **Umsetzung vor Ort:**

Wie wird die Beratung unterschiedlicher Zielgruppen in der Praxis gestaltet (z.B. bei verschiedenen Interessen, Konflikten)?



- **Differentielles Vorgehen in der Beratung:**

Welche Intensität und welche Methoden für wen?

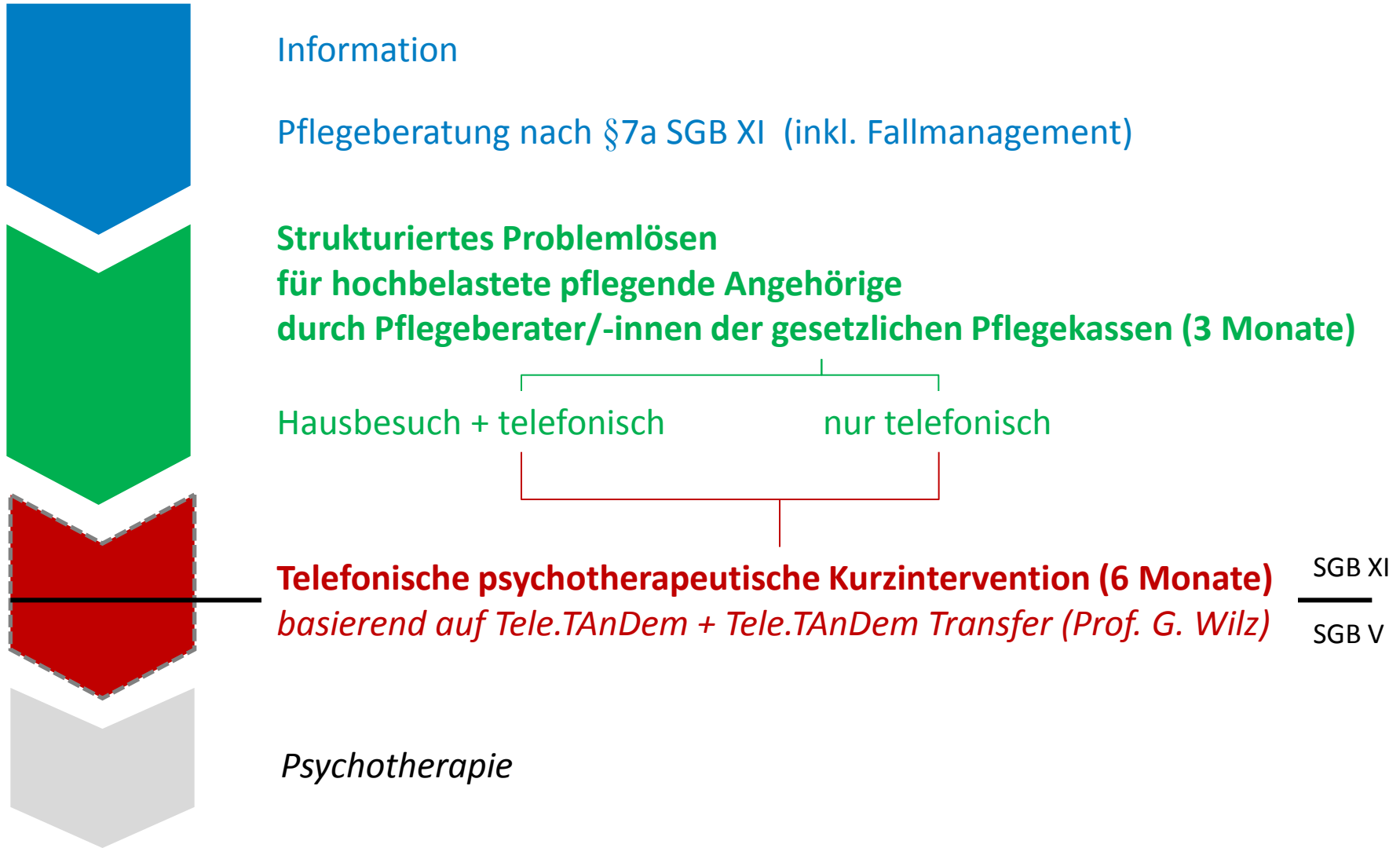
- **Qualifikation:**

Welche evidenz-basierte beraterischen Fertigkeiten sollten in der Qualifikation zum Pflegeberater vermittelt werden?

- **Spezialisierung/Aufgabenverteilung in der Pflegeberatung:**

Sollte es Spezialisierungen von Beratern geben? Welche Beratungsinhalte können zentral (z.B. telefonisch), welche besser persönlich und lokal erfolgen?

- Fortsetzung von PLiP: ReDiCare Studie (2017-2021)



# Ein Dank an alle Beteiligten

## GKV-Spitzenverband:

Herr Dr. Schnabel, Frau Dr. Eifert

## Pflegekassen:

Frau Török (AOK BW), Frau Dr. Hanke-Ebersoll (AOK Bayern), Herr Ender (SVLFG)

## Allen Pflegeberater/-innen und pflegenden Angehörigen

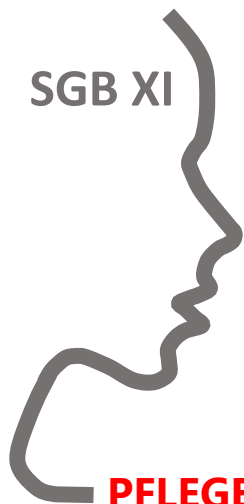
## Coaches:

Frau Dr. Patak, Frau Grünwald

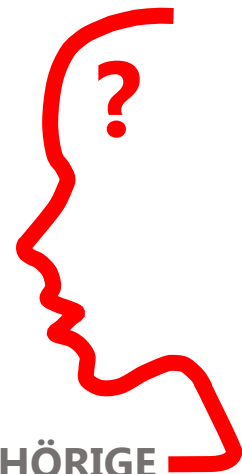
## Evaluation, Datenmanagement, Tagungsvorbereitung:

Frau Dr. Albrecht, Frau Dr. Pendergrass,  
Frau Gugenhan, Frau Mense, Frau Friedrich

**Kontakt:** klaus.pfeiffer@rbk.de



**PFLEGEBERATER**



**PFLEGENDEANGEHÖRIGE**