

Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten in der nachstationären Versorgungssituation

Modellprojekt im Rahmen der Modellförderung
gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI

Ergebnisbericht

Prof. Dr. Elke Hotze
Osnabrück, 1. Juli 2008

Rahmenangaben

Projektträger:	Klinikum Osnabrück GmbH
Projektleitung:	Dipl. Pflegewirtin (FH) Claudia Schroer-Mollenschott
ProjektmitarbeiterInnen:	Pflegefachkraft Brigitte Pustmüller Pflegefachkraft Jens Sparenberg
Wissenschaftliche Begleitung:	Prof. Dr. Elke Hotze, Fachhochschule Osnabrück
Projektlaufzeit:	August 2005 bis März 2008

Inhaltsverzeichnis

1	Modellprojekt zur Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten in der nachstationären Versorgungsphase	1
2	Pflegebedürftige Menschen und ihre pflegenden Angehörigen in der nachstationären Versorgungssituation	4
2.1	Zur Literaturrecherche	4
2.2	Die Entlassung aus dem Krankenhaus	4
2.2.1	Beeinflussende Faktoren	5
2.2.2	Die Bedeutung von Informationen.....	7
2.2.3	Krankheitsverlauf und Versorgungskontinuität.....	8
2.3	Angehörige in der häuslichen Versorgung.....	9
2.3.1	Die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger	9
2.3.2	Pflegende Angehörige	12
2.3.3	Belastungen pflegender Angehöriger	13
2.3.4	Unterstützung durch professionelle Helfer.....	14
2.3.5	Die Rolle Angehöriger im Entlassungsprozess.....	16
2.4	Ansätze zur Verbesserung der nachstationären Versorgung	18
2.4.1	Die Pflege-Überleitung	18
2.4.2	Alternative Konzepte	21
2.5	Schlussfolgerung	21
3	Konzeption der Interventionen zur Kompetenzförderung	23
3.1	Das Interventionskonzept	23
3.2	Das Schulungskonzept.....	26
4	Methodische Vorgehensweise der Begleitforschung.....	28
4.1	Design und Datenerhebungsinstrumente	28
4.2	Methodisches Vorgehen bei der quantitativen Analyse.....	34
4.3	Methodisches Vorgehen bei der qualitativen Analyse	35
5	Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Begleitforschung.....	37
6	Ergebnisse der Begleituntersuchung	43
6.1	Zu den Rahmenbedingungen des Interventionskonzeptes.....	43
6.2	Zielgruppe der pflegebedürftigen Menschen	48
6.3	Die Zielgruppe Pflegende Angehörige.....	53
6.4	Die Umsetzung des Interventionskonzeptes.....	65
6.5	Das Erleben und die Umsetzung der Intervention durch die Hauptpflegepersonen.....	68
6.6	Die Fallentwicklungen im Zeitverlauf	72
6.6.1	Entwicklung des Selbständigkeitsstatus der Pflegebedürftigen	73
6.6.2	Wiedereinweisungen und Heimeinweisungen im Projektverlauf.....	77
6.6.3	Belastungsentwicklung für die Hauptpflegeperson im Zeitverlauf	79
6.6.4	Faktoren ungünstiger Fallentwicklungen	81
6.6.5	Faktoren gelingender Fallentwicklungen	87
6.7	Entwicklung von Indikatoren zur prospektiven Einschätzung eines Pflegeverlaufs	91
6.8	Exkurs: Vergleichende Betrachtung der Pflegesituationen mit und ohne Pflegedienst.....	92
7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	97
8	Literatur.....	100

Abbildungs- und Tabellenverzeichnisse

Abbildung 1: Hauptproblemlagen der Pflegebedürftigen.....	51
Abbildung 2: Belastungsbereichen der Hauptpflegepersonen	58
Tabelle 1: Modell der Interventionsarten (mod. nach Sander 1999)	26
Tabelle 2: Datenerhebungsinstrumente	28
Tabelle 3: Items Barthelindex	29
Tabelle 4: Items erweiterter Barthelindex	30
Tabelle 5: Items IADL-Skala	30
Tabelle 6: Messzeitpunkte und Datenerfassung	32
Tabelle 7: Datensatz.....	33
Tabelle 8: Variablen der quantitativen Analyse	34
Tabelle 9: Durchführung Hausbesuch während des Klinikaufenthaltes.....	43
Tabelle 10: Anleitung und anleitende Berufsgruppen in der Klinik	44
Tabelle 11: Zeitpunkt der Intervention	44
Tabelle 12: Telefonanruf 2 Tage nach Hausbesuch.....	45
Tabelle 13: Kontaktaufnahme durch Angehörige in 9 Wochen	45
Tabelle 14: Intervention beim Abschlussbesuch (X 3).....	46
Tabelle 15: Vergleich der Interventionsarten zu den Messzeitpunkten X 2 und X3	46
Tabelle 16: Dauer Erstbesuch ohne Fahrzeit	46
Tabelle 17: Dauer der Abschlussbesuche ohne Fahrzeit	47
Tabelle 18: Alter der Pflegebedürftigen	48
Tabelle 19: Hauptdiagnosen nach ICD 10	48
Tabelle 20: Einstufung in Pflegestufen nach SGB XI	49
Tabelle 21: Verteilung des Gesamtscorewertes Barthelindex	50
Tabelle 22: Alter Hauptpflegeperson	53
Tabelle 23: Art der Pflegebeziehung.....	54
Tabelle 24: Pflegesetting.....	54
Tabelle 25: Pflegeerfahrung	55
Tabelle 26: Motivation zur Pflegeübernahme.....	55
Tabelle 27: Aufgaben neben der Pflege	56
Tabelle 28: Weitere an der Pflege beteiligte Personen	56
Tabelle 29: Möglichkeit den Pflegebedürftigen allein zu lassen	56
Tabelle 30: Zeitbudget und Auszeit von der Pflege	57
Tabelle 31: Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach der Pflegeübernahme	57
Tabelle 32: Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen	58
Tabelle 33: Interventionsarten zum Messzeitpunkt X 2	65
Tabelle 34: Umsetzen der Interventionen	71
Tabelle 35: Entwicklung der Gesamtscores zwischen den Erhebungszeitpunkten X1 und X2	73
Tabelle 36: Entwicklung der Gesamtscores zwischen den Erhebungszeitpunkten X2 und X3 bzw. X1 und X3.....	74
Tabelle 37: Entwicklung der Gesamtscores zwischen den Erhebungszeitpunkten X2 und X3	74
Tabelle 38: Verteilung des Gesamtscorewertes Barthelindex (Messzeitpunkt X2 und X 3 im Vergleich).....	75
Tabelle 39: Veränderung des Unterstützungsbedarf beim Abschlussbesuch (X 3)	76
Tabelle 40: Veränderung Zeitbudget zum Messzeitpunkt X 3.....	79
Tabelle 41: Veränderung der Möglichkeit eine Auszeit zu nehmen (Messzeitpunkt X3).....	80
Tabelle 42: Fallentwicklung	80
Tabelle 43: Vergleich Alter Pflegebedürftiger	93

1 Modellprojekt zur Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten in der nachstationären Versorgungsphase

Mit dem Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (§ 8 Abs. 3 SGB XI) wird die Möglichkeit eröffnet, innovative Lösungen im Kontext der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu entwickeln und zu erproben. Der vorliegende Ergebnisbericht beschreibt und bewertet die Entwicklung und Umsetzung des Modellprojektes zur Kompetenzförderung von Patienten und Angehörigen in der nachstationären Versorgungsphase.

Die Zielsetzung des Modellprojektes bestand darin, pflegebedürftige Patienten und pflegende Angehörige durch Information, Anleitung und Beratung sowie Begleitung in der frühen nachstationären Phase zu unterstützen, um so die Anpassung an die Pflegesituation zu erleichtern und damit die Nachhaltigkeit dieser Pflegesituation zu fördern sowie Belastungen für Pflegende Angehörige zu senken.

Das Modellprojekt Nachstationäre Versorgung wurde im Zeitraum von August 2005 bis März 2008 an der Klinikum Osnabrück GmbH durchgeführt. Das Projekt Krankenhaus ist eine Einrichtung der Schwerpunktversorgung mit insgesamt 606 Betten, die diverse Fachabteilungen umfasst. Für den Projektzusammenhang war zunächst eine Fachklinik - die Klinik für Geriatrie am Standort Natruper Holz relevant. Die Klinik für Geriatrie ist eine internistische Akutklinik mit dem Schwerpunkt Altersheilkunde, in die eine Abteilung für geriatrische Rehabilitation integriert ist. Sie umfasst 76 Betten auf 4 Stationen. Im weiteren Projektverlauf wurde zur Ausweitung der Probandenrekrutierung noch auf weitere Kliniken bzw. Abteilungen der Klinikum Osnabrück GmbH zurückgegriffen.

Zur Einführung des Modellprojektes wurde ein Projektteam gebildet. Dies bestand aus dem Chefarzt der Klinik für Geriatrie, der für die Klinik zuständigen Pflegedienstleitung, der Projektleitung sowie der wissenschaftlichen Begleitung. Die Projektleitung wurde von einer Diplom-Pflegewirtin (FH) durchgeführt. Für die Durchführung der konkreten Interventionsschritte konnten zwei Pflegefachkräfte mit langjähriger Berufserfahrung im Bereich der Geriatrie aus dem Projekt Krankenhaus gewonnen werden. Das Projekt wurde in mehreren Schritten entwickelt, durchgeführt und untersucht. Diese werden im Folgenden dargestellt.

Projektentwicklung

In der Phase der Projektentwicklung von August 2005 bis Oktober 2005 wurden zur Entwicklung und Implementierung folgende zentrale Aufgaben durchgeführt:

- Erarbeitung und Konkretisierung des Interventionskonzeptes
- Sichtung und Modifikation der einzusetzenden Instrumente

- Erarbeitung von Vorlagen zur Datenerfassung und Dokumentation
- Entwicklung und Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit
- Konzeption und Durchführung der Schulung der Projektmitarbeiter
- Testung der Verfahrensweise sowie der Instrumente

(zur detaillierten Beschreibung siehe Zwischenberichte 2005, 2006, sowie Anlagen)

Projektmonitoring

Die komplexe Anlage des Projektes durch die Verortung in bereits bestehende Klinikstrukturen sowie der notwendige Einbezug indirekt involvierter Akteure (z. B. Hausärzte) ließ die Notwendigkeit eines begleitenden Projektmonitoring deutlich hervortreten. Hierfür wurde eine supervidierende Begleitung der Projektmitarbeiter geplant, die parallel zum laufenden Projekt durchgeführt wurde, um zu gewährleisten, dass Erfahrungen zeitnah reflektiert und an die Projektbeteiligten zurückgemeldet werden konnten. Folgende Maßnahmen wurden im Projektverlauf durchgeführt:

- Regelmäßige Supervision der Projektmitarbeiter durch die Projektleitung in Fallbesprechungen
- Regelmäßige Informations- und Abstimmungstreffen zwischen Projektleitung und verantwortlicher Pflegedienstleitung (anfangs monatlich dann in der Frequenz abnehmend)
- Regelmäßige monatliche ganztägige Arbeitstreffen zwischen Projektleitung und wissenschaftlicher Leitung
- Quartalsgespräche zwischen Projektleitung/ verantwortlicher Pflegedienstleitung, verantwortlichem Chefarzt und wissenschaftlicher Leitung
- Bedarfsgesteuerte Abstimmungstreffen zwischen Projektleitung/ verantwortlicher Pflegedienstleitung und wissenschaftlicher Leitung

Projektevaluation

Die Zielsetzung der wissenschaftlichen Begleitforschung bestand darin, Effekte der durchgeführten Projektintervention für die betroffenen Pflegebedürftigen und insbesondere für die Gruppe der pflegenden Angehörigen im Zeitverlauf zu untersuchen. Folgende zentrale Fragestellungen sollten im Rahmen der Evaluation untersucht und beantwortet werden:

- Wie stellt sich der spezifische Unterstützungsbedarf von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen in der frühen poststationären Phase dar?
- Kann durch eine gezielte und individuell abgestimmte Intervention in der frühen poststationären Phase die Belastung der pflegenden Angehörigen reduziert werden?
- Lässt sich durch eine gezielte und individuell abgestimmte Intervention in der frühen poststationären Phase die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen erhalten bzw. verbessern?

Darüber hinaus interessierten folgende – die Rahmenbedingungen des Projektes betreffende Aspekte wie die Angemessenheit und Funktionalität von Implementierungsstrategien, Rekrutierungspraxis, Information und Kooperation mit klinikinternen und klinikexternen Akteuren.

Im vorliegenden Abschlussbericht sollen nun die zentralen Ergebnisse des Modellprojektes dargelegt werden. Dazu wird zunächst im Rahmen einer Literaturanalyse der Problemhintergrund entfaltet. Nachfolgend wird sowohl das entwickelte Interventionskonzept als auch das Schulungskonzept für die Projektmitarbeiter dargestellt. Kapitel 4 beschreibt die methodische Anlage der Begleituntersuchung und das konkrete methodische Vorgehen. Daran anschließend werden zunächst zusammenfassend die zentralen Ergebnisse vorgestellt, die in den dann folgenden Kapiteln ausführlich beschrieben und interpretiert werden. Der Bericht schließt mit einer zusammenfassenden Bewertung des Interventionskonzeptes und daraus ableitbaren Empfehlungen zur Umsetzung der Erkenntnisse.

2 Pflegebedürftige Menschen und ihre pflegenden Angehörigen in der nachstationären Versorgungssituation

2.1 Zur Literaturrecherche

Für die Suche nach relevanter Literatur wurden die Begriffe „Angehörige“ sowie „pflegende Angehörige“ mit den Begriffen „Entlassung aus dem Krankenhaus“, „Überleitungspflege“, „Pflegeüberleitung“, „nachstationäre Versorgung“, „Krankheitsverlauf“, „häusliche Pflege“, „ambulante Pflege“, „Belastung“ kombiniert. Die Suche deutsch- und englischsprachiger Literatur erfolgte über Internetsuchmaschinen, Datenbanken der Universitätsbibliothek Bielefeld und das Schneeballverfahren. Die verfügbare Literatur stammt aus den Bereichen Pflegewissenschaft, Geriatrie, Gerontologie und -psychologie, Medizin, Public Health und Sozialwissenschaft. Es konnten insgesamt 17 deutsch- und englischsprachige Untersuchungen identifiziert werden, die sich mit der Entlassungssituation aus dem Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und ihren Angehörigen beschäftigt haben und 22 Studien, in denen Interventionen für pflegende Angehörige beschrieben wurden.

2.2 Die Entlassung aus dem Krankenhaus

Im Krankheitserleben von Patienten ist die Entlassung aus dem Krankenhaus nach Hause ein Abschnitt von mehreren innerhalb ihres Krankheitsverlaufes. Auch wenn die medizinische Behandlung bei ihrer Entlassung häufig als beendet betrachtet wird, kann das Krankheitsgeschehen aus Sicht der Patienten als noch nicht abgeschlossen betrachtet werden. Der Übergang aus der Institution Krankenhaus zurück in das häusliche Umfeld ist von Unsicherheit im Umgang mit der Krankheit sowie ihren Folgen im Hinblick auf die weitere Lebensgestaltung geprägt. Die Patienten und ihre Angehörigen müssen lernen, die Krankheit zu verstehen, diese in ihr Leben zu integrieren und die Folgen unter häuslichen Rahmenbedingungen zu bewältigen (Corbin, Strauss 2004; Morse, Johnson 1991; Schaeffer 2004; Wingenfeld 2005). Es besteht vor allem in dieser sensiblen Situation die Gefahr, dass die im stationären Bereich erworbenen Fähigkeiten und Funktionen des Patienten nicht mehr zur Anwendung kommen und die Pflegebedürftigkeit und damit Abhängigkeit ansteigt sowie die Belastung der Angehörigen zunimmt (Schröer-Mollenschott 1998). In Abhängigkeit von der Krankheit und damit verbundenen Alltagsproblemen können die Selbstpflege- und Selbstmanagementkompetenzen von Patienten so instabil sein, dass es zu einem Bruch in der Versorgung kommt und eine Wiedereinweisung ins Krankenhaus innerhalb der ersten poststationären Tage nicht zu vermeiden ist. Daraus kann sich der so genannte „Dreh-türeffekt“ entwickeln, der aufgrund frühzeitiger und ungeplanter Entlassungen aus dem Krankenhaus zu wiederholten Einweisungen führt. Zudem verursacht er zusätzliche

Kostenbelastungen sowie psychische und physische Belastungen bei Patienten und ihren Angehörigen.

Dies wird bereits in einer von Bach und Nikolaus im Jahr 1998 durchgeführten Untersuchung deutlich. Die Autoren konzentrierten sich auf Patienten eines Krankenhauses, in dem sie selbst tätig waren. Ihnen war aufgefallen, dass die Patienten einer geriatrischen Abteilung wiederholt (mehr als viermal) mit den Diagnosen Herzinsuffizienz, Demenz, Stürze, Diabetes mellitus sowie Apoplex im Krankenhaus innerhalb kürzester Zeit stationär aufgenommen wurden. Von insgesamt 331 wiederholt eingewiesenen Patienten wurden ein Viertel innerhalb der ersten drei Wochen nach Entlassung im Krankenhaus wieder aufgenommen, weil ihre häusliche Versorgung unzureichend war bzw. innerhalb kürzester Zeit unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen eintraten, die Patienten Non-Compliance Verhalten zeigten oder sich ihre Grunderkrankung verschlimmerte (Bach, Nikolaus 1998: 172). Anhand der untersuchten Fälle konnten die Autoren erkennen, dass Wiedereinweisungen durch Aufrechterhalten von Behandlungskontinuität und individuelle Entlassungsplanung zu vermeiden gewesen wären. Hierzu zählen sie eine individuelle Informationsvermittlung, ein gezieltes Medikamentenmanagement sowie die Berücksichtigung des vorhandenen Versorgungsnetzwerkes. Vor allem letzteres spielt bei der Aufrechterhaltung der Versorgungskontinuität eine große Rolle. Familienangehörige sollen bei der Entlassungsplanung integriert und Faktoren wie ihr Berufstätigkeitsstatus, aber auch ihr Gesundheitsstatus berücksichtigt werden (Bach, Nikolaus 1998; Driscoll 2000).

2.2.1 Beeinflussende Faktoren

Diese Erkenntnisse müssen seit der Einführung des DRG basierten Entgeltsystems und der damit verbundenen Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus noch einmal aus anderer Perspektive betrachtet werden. Denn die Patienten werden früher als bisher nach Hause entlassen und es steht den Beteiligten weniger Zeit zur Verfügung, um eine individuelle Entlassung zu planen und durchzuführen.

So reduzierte sich in den Jahren zwischen 1993 und 2003 die durchschnittliche Liegezeit in deutschen Krankenhäusern von 12,5 Tagen auf 8,9 Tage (Robert-Koch-Institut 2006). Unter Berücksichtigung der Reduzierung von Abhängigkeiten wird die umgesetzte Verkürzung von Aufenthalten im Krankenhaus erst einmal mit großer Zufriedenheit von den Patienten begrüßt (Bartholomeyczik 2007; Braun 2008). Sie können eher in ihren gewohnten Alltag zurückkehren und Belastungen, die mit einer langen Liegedauer verbunden sind, werden vermieden. Der verkürzte Aufenthalt bedeutet aber auch, dass Patienten zu einem Zeitpunkt entlassen werden, an dem sie möglicherweise noch Schmerzen haben und ihre Selbstversorgungsfähigkeit noch nicht

wieder hergestellt ist (Flintrop 2006). Eine frühere Entlassung hat zur Folge, dass Leistungen aus dem Krankensektor zunehmend in den nachstationären Bereich verlagert werden und setzt zugleich voraus, dass die Versorgung nahtlos fortgeführt wird. Gleichzeitig impliziert die Verkürzung der Behandlungszeit im Krankenhaus aber auch die Gefahr, dass Versorgungsbrüche entstehen, weil beispielsweise niedergelassene Ärzte die begonnene Behandlung nur teilweise und unter anderen Bedingungen als im Krankenhaus weiterführen können (Flintrop 2007).

Unter Beachtung der demografischen Veränderungen muss die Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus noch aus einem anderen Blickwinkel betrachtet werden. Die Gruppe der Patienten, die 75 Jahre und älter sind und im Krankenhaus behandelt werden müssen, wird stetig größer. Sie wuchs allein in der Dekade zwischen 1993 und 2003 um 25% (Robert-Koch-Institut 2006). Die Zunahme älterer, multimorbider und chronisch kranker Menschen stellt die Krankenhäuser vor die Herausforderung, zunehmend mehr Patienten mit multifaktoriellen Problemlagen bei gleichzeitiger Bestrebung, die Verweildauer im Krankenhaus zu reduzieren, behandeln zu müssen. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass bei diesem Klientel die verkürzten Krankenhausaufenthalte einen erhöhten Versorgungsbedarf im Anschluss an die stationäre Behandlung nach sich ziehen. Der Genesungsprozess wird nicht im Krankenhaus abgeschlossen, sondern in die nachversorgenden Bereiche verlagert. Dabei werden die meisten Patienten, auch im hohen Alter, nach Hause und nicht ins Pflegeheim entlassen und nicht selten mit hohem Unterstützungsbedarf weitgehend allein gelassen. Patienten (und ihren Angehörigen) werden Tätigkeiten der medizinischen und pflegerischen Behandlung überantwortet, die nicht mehr nur ausschließlich als Aufgabe des professionellen Hilfesystems verstanden werden (Bartholomeyczik 2007; Meyer 2006; Schaeffer 2004; Schneekloth, Wahl 2008; Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe 2006; Wingenfeld et al. 2007b).

Dabei sind die Patienten und ihre Angehörigen häufig schon mit der Bewältigung der Krankheit und dem damit verbundenen Geschehen überfordert. Dies wird am Beispiel Schlaganfall deutlich. Er zählt zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland und ist zugleich die häufigste Ursache für bleibende Behinderungen im Alter. Die Betroffenen benötigen demnach nicht nur Wissen hinsichtlich der ihnen zur Verfügung stehenden Hilfsmittel im Alltag sondern vor allem Wissen über den Umgang mit den Folgen und damit einhergehender Lebensveränderung sowie emotionalen Belastungen. Sie müssen sich damit auseinandersetzen, dass sie sich aufgrund der Erkrankung zukünftig in ihren Gewohnheiten reduzieren oder diese aufgeben sowie Erwartungen an sich selbst und die eigene Belastbarkeit minimieren. Es ist sehr wahrscheinlich, dass sie ihren alten Gesundheitszustand nicht wieder erreichen. Die erworbenen Beeinträchtigungen haben weitreichende Folgen, die emotionale Schwankungen auslösen oder sogar dazu führen können, dass Betroffene aufgrund der von ihnen empfundenen Scham über ihren ver-

lorene Attraktivität und Funktionsfähigkeit das Haus nicht mehr verlassen wollen (Allgeier, Kämmerle-Hofrichter 2005; Hasemann et al. 2007; Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe 2006).

Die verkürzten Verweildauern machen deutlich, dass der Erfolg einer Behandlung nicht an einem verkürzten Krankenhausaufenthalt zu erkennen ist, sondern an der dauerhaften Gewährleistung einer ambulanten Versorgung (Bräutigam et al. 2005; Grimmer et al. 2006; Wingenfeld et al. 2007a). Die Krankenhäuser müssen demzufolge nicht nur die Versorgung sondern ebenso den individuellen Krankheitsverlauf der Patienten berücksichtigen, wenn sie eine erfolgreiche Entlassung in die nachstationäre Versorgung anstreben. Der Übergang nach Hause, insbesondere bei chronisch kranken, älteren und multimorbiden Patienten, kann nicht ohne professionelle Unterstützung gestaltet werden.

So zeigt die Begleitforschung zur DRG-Einführung (Braun et al. 2008), dass die Mehrheit der befragten Patienten mit ihrem Entlassungszeitpunkt aus dem Krankenhaus zufrieden waren. Jedoch meldeten diejenigen, die Unterstützung und Beratung durch die professionellen Helfer benötigt hätten, zurück, dass sie von Ärzten und Pflegekräften zu wenig auf die poststationäre Versorgungszeit vorbereitet wurden. Negative Rückmeldungen gab es auch von den Angehörigen, von denen noch nicht einmal ein Viertel darüber aufgeklärt wurden, wie sie den Patienten im Nachsorgeprozess unterstützen können (Braun et al. 2008). Stattdessen erleben viele Angehörige Angst vor der Zukunft, weil sie nicht wissen, was auf sie zukommt, wenn der Patient nach Hause zurückkommt.

2.2.2 Die Bedeutung von Informationen

Werden Patienten zu wenig informiert, können sich falsche Vorstellungen bei den Betroffenen hinsichtlich ihrer Zukunft entwickeln. So glaubten beispielsweise Herzinfarktpatienten, dass sie wieder gesund werden würden, wenn sie zukünftig einfach ihr Verhalten ändern (Thompson et al. 1995). Während ihre Angehörigen Angst vor der Zukunft entwickelten und begannen, den betroffenen Partner zu überwachen und ständig auf ihn aufzupassen, spielten die Betroffenen das Ereignis und seine Folgen herunter. Sie versuchten, vorhandene Schmerzen und Beeinträchtigungen vor ihren Angehörigen zu verleugnen, denn es stand für sie fest, dass sie erst dann wieder in der Normalität angekommen sind, wenn sie aktiv und schmerzfrei leben und arbeiten gehen können. Der Mangel an Informationen hat hier zu einem unsicheren und schwierigen Übergang nach Hause geführt und war für Patienten und Angehörige mit negativem Stress (Distress) verbunden. Es zeigte sich, dass die Patienten in den ersten

poststationären Wochen für Wiedereinweisungen ins Krankenhaus und ihre Angehörigen für Ängste und Überlastungen gefährdet waren (Thompson et al. 1995).

Wie wichtig Informationen für die Betroffenen sind, wird auch in der Untersuchung von Driscoll (2000) deutlich. Patienten und Angehörige wurden im Anschluss an die Entlassung nach Hause befragt. Diejenigen, die Informationen über Krankheit und Verlauf erhalten haben, wiesen nach der Entlassung weniger medizinische Probleme auf. Die Patienten wurden noch im Krankenhaus während der Behandlung darüber informiert, welche Aktivitäten sie durchführen dürfen und welche sie zunächst zu vermeiden haben. Außerdem wurden sie über eventuell auftretende Komplikationen informiert. Dieses Vorgehen hatte den Effekt, dass Ängste und Unsicherheiten sowohl bei den Patienten als auch ihren Angehörigen vermindert werden konnten. In der Studie wurde deutlich, dass eine gute Vorbereitung auf die häusliche Situation im Krankenhaus den „Drehtüreffekt“ verringert. Im Vergleich zu anderen Untersuchungen, auf die sich die Autorin berief und die belegten, dass vor allem die ersten zwei Wochen für beide Seiten schlecht verlaufen können, fühlten sich die hier befragten Patienten und Angehörigen zufrieden stellend informiert, auch wenn es nur einfache Informationen waren (Driscoll 2000).

Die Informationsweitergabe an die Patienten und ihre Angehörigen stellt sich als ein großes Problem im Entlassungsprozess dar. Obwohl Untersuchungen zeigen, dass die Betroffenen auf Informationen angewiesen sind, wird deutlich, dass selbst die einfache Vermittlung von Informationen scheitert, wenn die Kommunikationsbereitschaft bei den professionellen Helfern nicht vorhanden ist (Kuhlmann 2004; Luderer et al. 2005). Dies führt bei den Patienten, aber auch ihren Angehörigen zu Vertrauensverlust und Enttäuschung gegenüber Ärzten und Pflegekräften (Büscher 2007; Horn 2008; Luderer et al. 2005; Thompson et al. 1995). Patienten sind auf die Gespräche mit Pflegenden und Ärzten angewiesen, denn nur über diese bekommen sie Zugang zum Gesundheitswesen und damit die Chance sich im vielfältigen Angebot zurecht zu finden (Bartholomeyczik 2007).

2.2.3 Krankheitsverlauf und Versorgungskontinuität

Daher ist es unerlässlich, dass professionelle Helfer ihren Blickwinkel verändern und Patienten gleichermaßen als Nutzer und Akteure wahrnehmen (Schaeffer 2004). In diesem Zusammenhang sieht Bartholomeyczik (2007) eine erfolgreiche Entlassungsvorbereitung in der Bereitschaft professioneller Helfer, die „Entlassungsfähigkeit der Patienten“ (a.a.O.: 139) zu schulen. Dies bedeutet, dass im Entlassungsprozess die Fähigkeit des Patienten, seine Krankheit und deren Folgen zu verarbeiten sowie in den

individuellen Lebenslauf zu integrieren (Corbin, Strauss 2004; Moers, Schaeffer 2008) von Pflegenden und Ärzten berücksichtigt werden muss.

Unabhängig davon, ob der Patient einen einmaligen Aufenthalt im Krankenhaus erlebt oder sich aufgrund chronischer Erkrankungen häufiger dort aufhalten muss, ist die Aufnahme in der Institution für den Patienten mit einem kritischen Ereignis verbunden. Er wird, geplant oder ungeplant, aus seinem Alltagskontext herausgerissen, muss seine Normalität aufgeben und damit auch ihm vertraute soziale Rollen. Für einige Tage oder ggf. auch längerfristig nimmt der Patient eine für ihn außergewöhnliche Rolle an. Ein ähnlicher Vorgang geschieht bei der Entlassung aus dem Krankenhaus und dem langsamen Angleichen an frühere bzw. neue Rollen und Normalitäten. Wingenfeld (2005) spricht daher von Transitionen, die der Patient durchläuft, wenn er „*in ein soziales System mit eigenen Normen und spezifischen Prozessabläufen*“ (a.a.O.: 241) aufgenommen und aus diesem wieder entlassen wird. Transitionen verlaufen dynamisch und sind immer mit der Anpassungsleistung der betroffenen Person an neue Umgebungen und Rollen verbunden (Schumacher, Meleis 1994). Die Transition des entlassenen Patienten ist demnach mit seiner Entlassung aus dem Krankenhaus nicht abgeschlossen. Die Versorgungsverantwortung professioneller Helfer liegt in der individuellen Prozessbegleitung (Bartholomeyczik 2007; Wingenfeld 2005) und nicht in der Abgabe von Aufgaben an andere.

2.3 Angehörige in der häuslichen Versorgung

Der Krankenhausaufenthalt stellt häufig nur eine kurze Episode im Krankheitsverlauf der Patienten dar. Dennoch wird er als ein tiefer Einschnitt in ihrem Alltag wahrgenommen. Nicht selten sind die Familienangehörigen diejenigen, die die Versorgung des Patienten im Krankenhaus überwachen, seine Entlassung begleiten und zuhause seine weitere Versorgung organisieren. So durchlaufen auch die Angehörigen Transitionen. Sie werden zu pflegenden Angehörigen und passen sich dem dynamischen Verlauf der Erkrankung eines nahe stehenden Familienmitglieds an. Dabei übernehmen sie eine Rolle, die mit verschiedenen und unter Umständen sehr komplexen Aufgaben, hoher Verantwortung und oftmals vielfältigen Belastungen verbunden ist (Boeije et al. 2003; Horn 2008; Perlesz et al. 1999; Schumacher, Meleis 1994; Skaff et al. 1996; Wingenfeld 2005).

2.3.1 Die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger

In Deutschland lebten im Jahr 2005 etwa 2,13 Millionen Pflegebedürftige, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten (Statistisches Bundesamt 2007). Von ihnen

leben 1,2 Millionen in privaten Haushalten, in denen sie versorgt werden (Schneekloth, Wahl 2008: 63). Die Gruppe der zuhause lebenden Pflegebedürftigen wird zu fast einem Viertel von Personen mit einem Alter von über 60 Jahren gestellt, wobei der Hauptanteil bei den hochaltrigen (ab 80 Jahren) liegt. Pflegebedürftige sind aufgrund von Mobilitätseinschränkungen, kognitiven Einbußen, Harn- und Stuhlinkontinenzen sowie Schwierigkeiten bei der Nahrungsbeschaffung und Nahrungsaufnahme auf unterschiedliche Hilfen im Alltag angewiesen.

Die Versorgung der Pflegebedürftigen wird zu einem großen Teil von Familienangehörigen übernommen. In Deutschland erhalten beinahe 92% Hilfe von ihren Angehörigen oder aus ihrem sozialen Umfeld. Diese Hilfe umfasst die Unterstützung bzw. Übernahme von Alltagsverrichtungen, die geistige Aktivierung, Tätigkeiten der Grundpflege sowie Behandlungspflege, Präsenzpflcht und Überwachung des Pflegebedürftigen (Schneekloth, Wahl 2008). Es sind überwiegend ihre (Ehe-) Partner oder Kinder, die die Pflege übernehmen. Dabei fällt auf, dass Angehörige umso mehr Tätigkeiten übernehmen, je näher sie mit dem Pflegebedürftigen verwandt sind (Bösch et al. 1988). Da das Alter der Pflegebedürftigen in Deutschland steigt, liegt auch das durchschnittliche Alter der pflegenden Angehörigen in der Regel zwischen Mitte 50 bis Mitte/ Ende 70 Lebensjahren (Schneekloth, Wahl 2008).

Diese Zahlen für Deutschland werden durch die EUROFAMCARE - Projektergebnisse bestätigt (Kofahl, Arlt, Mnich 2007; Lamura et al. 2006; Meyer 2006). Europaweit sind Pflegebedürftige durchschnittlich 80 Jahre alt und werden von Angehörigen versorgt, die etwa 25 Jahre jünger sind. Am häufigsten sind Frauen pflegende Angehörige. Sie sind Ehefrauen, Töchter oder Schwiegertöchter (Lamura et al. 2006; Meyer 2006). Im europäischen Vergleich wird zudem sichtbar, dass die Bereitschaft, in der Familie zu pflegen und Verantwortung zu übernehmen weiterhin als stabil gelten kann, auch wenn in den folgenden Jahren ein sinkendes Pflegepotenzial zu erwarten ist (Dienel 2007; Lamura et al. 2006).

Der Faktor der demografischen Entwicklung gewinnt zusehends an Bedeutung. Um die Aufgaben einer pflegerischen Versorgung einer größeren Gruppe alter und hochaltriger Menschen übernehmen zu können, stehen zukünftig weniger jüngere Menschen zur Verfügung. Es ist zudem zu erwarten, dass in einigen Jahren immer weniger Familien in einem Haushalt bzw. so nah beieinander wohnen, dass die Versorgung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds problemlos übernommen werden kann. Erschwerend kommt hinzu, dass die Bereitwilligkeit der folgenden Generation sinkt, berufliche Chancen und Karrieren für die Versorgung eines pflegebedürftigen Elternteils zu opfern. Hier fehlt der monetäre Anreiz, um den notwendigen Lohn für das Aufrechterhalten eines selbständigen Lebens durch die Pflgeetätigkeit auszugleichen (Dienel 2007; Lamura et al. 2006; Schneekloth, Wahl 2008). Eine Tendenz ist daher schon sichtbar. Die Zahl

derjenigen Pflegebedürftigen, die allein zuhause leben und deren Angehörige nicht im gleichen Haushalt leben, ist in Deutschland seit 1991 von 20% auf 31% gestiegen (Schneekloth, Wahl 2008). Doch trotz dieser Entwicklungen ist gleichzeitig festzuhalten, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen, die professionelle Hilfe bevorzugen, um die häusliche Versorgung aufrecht zu halten, nur gering erhöht hat. Im Jahr 1991 waren dies 33% und im Jahr 2004 36% (Schneekloth, Wahl 2008: 76).

Der höchste Bedarf an professionellen Hilfen entsteht in den Familien, in denen Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger ein hohes Alter erreicht haben oder in denen der pflegende Angehörige berufstätig ist. In beiden Fällen sind die Betroffenen auf die Hilfe anderer angewiesen. Wenn diese nicht durch das soziale Umfeld geleistet werden kann, müssen professionelle Helfer hinzugezogen werden (Jünemann, Gräbel 2004; Schneekloth, Wahl 2008).

Um die Pflege durch Angehörige zu fördern und zu unterstützen, wurde in Deutschland zu Beginn der 1990-er Jahre die Pflegeversicherung eingeführt. Pflegebedürftige und ältere Menschen erhalten durch die Pflegeversicherung Zuwendungen, die auch ihren Angehörigen zugute kommen (Lamura et al. 2006). Ihre Einführung und mit ihr verbundene Geldleistungen für pflegende Angehörige haben einen erheblichen Anteil daran, dass weiterhin häusliche Pflege bevorzugt wird. In Deutschland betrug im Jahr 2004 der Anteil privater Pflegearrangements 64 Prozent. Angehörige versorgen zu beinahe zwei Dritteln pflegebedürftige Familienmitglieder ohne das Hinzuziehen professioneller Hilfe. Ihnen werden Leistungen aus der Pflegeversicherung in Form von Geldleistungen ausgezahlt. Dem gegenüber stehen 36% Pflegebedürftiger, die professionelle Pflege (auch im Mix mit privater Pflege), also Sachleistungen in Anspruch nehmen (Schneekloth, Wahl 2008).

Dass die Bedeutung häuslicher Pflege nicht abnimmt, ist einem weiteren Grund zuzuschreiben. Die ältere Bevölkerung geht dazu über, selbst zu entscheiden, wo sie leben und wie sie ihren vierten Lebensabschnitt gestalten möchte. Dabei bevorzugen sie das eigene Umfeld gegenüber den stationären Versorgungsangeboten. Pflegebedürftige und ältere Menschen werden am liebsten zuhause von ihren Partnern oder anderen Bezugspersonen ihres Umfelds betreut (Dienel 2007; Hasseler, Görres 2005; Giese 2000; Lamura et al. 2006). Zur Umsetzung dieses Wunsches sind sie jedoch auf die Unterstützungsbereitschaft ihrer Angehörigen angewiesen. Die Sicherstellung der häuslichen Pflege basiert demnach auf der familialen Pflegebereitschaft, der Verantwortung und Solidaritätsbereitschaft von Familienangehörigen, insbesondere Ehepartnern und Töchtern bzw. Schwiegertöchtern (Klie 2006).

2.3.2 Pflegende Angehörige

Angehörige werden zu pflegenden Angehörigen, weil sie bereits eine Beziehung zum Pflegebedürftigen haben (Mitzkat 2005). Die familiäre Bereitschaft, einen nahe stehenden Menschen im häuslichen Bereich zu versorgen, kann neben den politisch forcierten („ambulant vor stationär“) auf intrinsische und extrinsische Motive zurückgeführt werden (Kofahl, Arlt, Mnich 2007). Zu den intrinsischen zählen Gefühle wie Zuneigung und Liebe zum Betroffenen wie auch Verantwortungsgefühle, die häufig biografisch bedingt und motiviert sind (Buijssen 1997; Geister 2005). Das Gefühl, keine andere Alternative als die häusliche Versorgung zu haben sowie finanzielle Notlagen, die keine Alternativen ermöglichen, zählen zu den extrinsischen Motiven (Kofahl, Arlt, Mnich 2007). Mangelndes Vertrauen in professionelle Helfer kann das Motiv, den Betroffenen zuhause versorgen zu wollen, verstärken (Büscher 2007; Horn 2008).

Für die meisten Familienangehörigen kommt eine pflegerische Betreuung des Pflegebedürftigen im Pflege- bzw. Altenheim nur dann in Frage, wenn sie zu Hause nicht mehr möglich ist, weil dauerhafte Beziehungsprobleme, unüberwindbare finanzielle Schwierigkeiten oder zu hohe Pflegebelastungen auftreten. Pflegebelastungen entstehen vor allem, wenn der Pflegebedürftige kognitive Einbußen aufweist. Unter diesen Voraussetzungen ist zu beachten, dass in Deutschland etwa die Hälfte aller pflegebedürftigen Menschen von kognitiven Beeinträchtigungen betroffen sind (Schneekloth, Wahl 2008). Es ist davon auszugehen, dass ihre pflegenden Angehörigen mit sehr unterschiedlichen Anforderungen konfrontiert und psychischen sowie emotionalen Belastungen ausgesetzt werden, die aus dem Umgang mit den Betroffenen und seiner Erkrankung sowie der Dauer der Pflegebedürftigkeit resultieren.

Eine langfristige Versorgungssituation führt oftmals zur Überforderung der betroffenen Familie und beeinträchtigt die Qualität der Versorgung, wenn keine entlastenden Maßnahmen durchgeführt werden. Zudem setzt die Versorgung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds die finanzielle Lage der Familie unter erheblichen Druck und beeinflusst sie negativ. Je pflegebedürftiger der Betroffene wird, umso mehr steigt der Bedarf an Pflege und Unterstützung und demzufolge auch die investierte Zeit der Angehörigen pro Woche in die Pflege (Blinkert 2007). Weil abzusehen ist, dass die gewünschte häusliche Versorgung zukünftig am ehesten von Vertretern der Gruppe der gering Verdienenden geleistet werden kann, sind bei ihnen finanzielle Notlagen aufgrund von Pflegebedürftigkeit zu erwarten. Von den so genannten besser Verdienenden wird hingegen erwartet, dass bei ihnen ungünstige Bedingungen und die geringste Bereitschaft zu pflegen vorliegen. Die Übernahme einer Pflegeverantwortung würde bei ihnen mit zu hohen Opportunitätskosten einhergehen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass eher die Gruppe mit geringerem Bildungsniveau und eingeschränkten finanziellen Mitteln pflegende Angehörige sein werden (Blinkert 2007).

2.3.3 Belastungen pflegender Angehöriger

Es ist bekannt, dass die Versorgung eines pflegebedürftigen Familienangehörigen eine „Rund-um-die-Uhr“ Beschäftigung sein kann (Buijssen 1997). Die unter Umständen über mehrere Jahre andauernde häusliche Pflege kann vielschichtige Belastungen hervorrufen. Diese können letztlich dazu führen, dass die häusliche Pflege aufgegeben werden muss, weil der pflegende Angehörige den Rand seiner möglichen Erschöpfung erreicht hat.

Zu den Faktoren, die das subjektive Belastungserleben pflegender Angehöriger beeinflussen, zählt die Motivation der Angehörigen, die Pfl egetätigkeit zu übernehmen (Blom, Duijn stee 1999). Die Gründe für eine häusliche Versorgung sind individuell verschieden (siehe 2.3.2). Es kann aber vermutet werden, dass Personen, die die Versorgung aufgrund intrinsischer Ursachen übernommen haben, sich eher motivieren können, den Betroffenen über einen langen Zeitraum zu versorgen und mit der Versorgung insgesamt zufriedener sind als Personen, die die häusliche Versorgung in Kauf nehmen, weil es keine andere Alternative für sie gibt (siehe hierzu Blom, Duijn stee 1999; Buijssen 1997; Geister 2005; Mitzkat 2005; Schnep p 2002).

Des weiteren zählt zu den beeinflussenden Faktoren die Fähigkeit, die Pflegesituation zu handhaben und in diesem Zusammenhang Pfl egetechniken zu beherrschen. In den im Zusammenhang mit der häuslichen Versorgung von Demenzerkrankten gewonnen Erkenntnissen wird deutlich, dass pflegende Angehörige mit dem Betroffenen, seiner Krankheit und dem damit verbundenen Verhalten besser umgehen können, wenn sie wissen, woher dieses kommt und was sie als nächstes zu erwarten haben (Auer et al. 2007; Blom, Duijn stee 1999; Jost et al. 2006; Wilz et al. 1999; Winkler et al. 2006). Dies trifft aber auch auf die Gruppe der pflegenden Angehörigen von Schlaganfallpatienten zu. Hier sind ebenso im Zusammenhang mit der Erkrankung auftretende Verhaltens- sowie kognitive Veränderungen beim Betroffenen zu erwarten (Allgeier et al. 2005; Sit et al. 2004; Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe 2006). Schon 1988 hat Bösch darauf hingewiesen, dass die häufigsten Belastungen durch den Gesundheitszustand des Gepflegten, die Ungewissheit über zukünftige Entwicklungen, den Gemütszustand und den geistigen Zustand des Pflegebedürftigen entstehen.

Der dritte die subjektiv erlebte Belastung beeinflussende Faktor nach Blom und Duijn stee (1999) ist die Fähigkeit, die Pflegebedürftigkeit des Betroffenen und damit zusammenhängende Erfahrungen sowie damit einhergehende persönliche Veränderungen zu akzeptieren (siehe hierzu auch Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe 2006; Sit et al. 2004; Wilz et al. 1999). Die Pflegebedürftigkeit bzw. Erkrankung kann dazu führen, dass das Leben nicht mehr so geführt werden kann wie zuvor und eine andere Normalität gefunden werden muss. Es gibt berufstätige pflegende Angehörige, die zugunsten

der häuslichen Versorgungssituation ihre Arbeit aufgeben bzw. reduzieren. Neben dem damit verbundenem finanziellen Verlust erfahren sie auch einen gesellschaftlichen. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Betreuung des Betroffenen zur sozialen Isoliertheit führt. Vor allem Erkrankungen wie beispielsweise die Demenz, die eine ständige Nähe zum Betroffenen voraussetzen, führen zwangsläufig zu eingeschränkter eigener Freizeit und damit zu höherer subjektiv erlebter Unabhängigkeit. Aufgrund der gewählten Pflegearrangements und geringer zur Verfügung stehender Entlastungsmöglichkeiten können pflegende Angehörige mit dem Zeitpunkt der Pflegeübernahme häufig nicht mehr in Urlaub fahren oder sich daran erinnern, wann sie zum letzten Mal ein freies Wochenende hatten (Blom, Duijnste 1999; Bösch 1988; Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe 2006; Winkler et al. 2006).

Jüngere Untersuchungen zeigen, dass das Risiko pflegender Angehöriger, subjektive Belastungen zu erleben, größer ist, wenn sie jünger als der Pflegebedürftige oder selbst in ihrer Gesundheit eingeschränkt sind. Die Pflegesituation wird als umso belastender erlebt, je mehr Arbeitsaufwand mit ihr verbunden ist und je mehr sich das Verhalten des Betroffenen aufgrund der Pflegebedürftigkeit bzw. Erkrankung verändert (Hasemann et al. 2007; Kofahl, Arlt, Mnich 2007).

2.3.4 Unterstützung durch professionelle Helfer

Um die Stabilität häuslicher Pflege auch weiterhin aufrecht zu halten, müssen daher pflegende Angehörige näher ins Blickfeld professioneller Helfer rücken und entlastende Unterstützung erhalten. Doch Angehörige werden von den professionellen Helfern zu meist nicht wahrgenommen (Bischofberger, Spirig 2004). Sie geraten immer nur dann in den Fokus, wenn es Arbeit an sie abzugeben gibt. Auch wenn die von ihnen übernommenen Aufgaben vielfältig und vielschichtig sind, erzielen sie dabei dennoch eine Wirkung. Angehörige führen zwar einzelne Tätigkeiten durch, um den Betroffenen darin zu unterstützen, seinen Alltag aufrecht zu halten. Zusammengenommen sind diese Tätigkeiten aber viel komplexer und zeigen, dass sich Angehörige viel Wissen aneignen müssen, um die Versorgungssituation aufrecht zu halten. Die Übernahme der Tätigkeiten ist für sie selbstverständlich und sie sprechen kaum darüber (Bischofberger, Spirig 2004; Schnepf 2002). Um ihre Belastungen dennoch kennen zu lernen, müssen Gesprächsunterstützende Instrumente eingesetzt werden, wie zum Beispiel der niederländische Zorgkompas (Blom, Duijnste 1999).

Im Rahmen des EUROFAMCARE Projektes wurden die verschiedenen Dienstleistungen, die pflegenden Angehörigen zur Verfügung stehen, untersucht. Die Autoren fanden heraus, dass etwa ein Drittel der rund 6000 befragten Angehörigen in den letzten sechs Monaten mindestens einen professionellen Dienst in Anspruch nahm. In

Deutschland nutzten Angehörige die Dienste, um Informationen zur Krankheit des Betroffenen, über Leistungen der Pflegeversicherung und Möglichkeiten der sozial emotionalen Unterstützung zu erhalten (Lamura et al. 2006). Hindernisse, die den Zugang zu den professionellen Diensten in Deutschland erschwerten, wurden durch Bürokratie (18,6%) sowie Probleme mit der Pflegeversicherung verursacht. Die meisten Angehörigen gaben jedoch an, keine professionellen Dienste zu brauchen. Diese Einschätzung wurde von den Angehörigen in allen Ländern geteilt. In Deutschland lag die Einschätzung unter 1003 befragten Angehörigen bei 67%. Doch auch zu hohe Kosten (22,3%), sowie die Einstellung gegenüber den Angeboten (27,8%) verursacht den Verzicht auf professionelle Dienste. Auf Dienste, die eigentlich benötigt, aber nicht genutzt werden, verzichteten in Deutschland 26,6% der befragten pflegenden Angehörigen. Dies geschieht am häufigsten aus Kostengründen (31,2%) und Informationsdefiziten (25,6%). Aus Kostengründen (42,0%) sowie aufgrund schlechter Qualität (20,2%) werden ebenfalls Dienste aufgegeben, die eigentlich von den Angehörigen gebraucht werden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass das in Nordeuropa und durchaus auch in Deutschland vielfältige Angebot für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige nicht ausreicht, um die vorhandenen Bedürfnisse zu erfüllen. Daher werden zunehmend private Pflegekräfte von den Familien eingestellt und aus eigener Tasche finanziert. Die Tatsache, dass Dienstleistungen von den Angehörigen nicht in Anspruch genommen werden, weist darauf hin, dass bei den Nutzern des Gesundheitswesens der Wunsch nach Selbstbestimmung besteht. Gleichzeitig besteht aus Sicht der professionellen Dienste der Bedarf, zukünftig an Akzeptanz zu gewinnen (Lamura et al. 2006: 441).

Zu den Dienstleistungen, die Pflegebedürftige und pflegende Angehörige nur zu einem geringen Anteil in Anspruch nehmen, zählen neben Entlastungsangeboten wie psychoedukativen Kursen oder Pflegekurse auch die ambulanten Pflegedienste, wie anhand der Pflegestatistik aus dem Jahr 2007 zu erkennen ist. Deutschlandweit wird nur ein Drittel der Pflegebedürftigen von ambulanten Pflegediensten unterstützt. In Niedersachsen waren dies im Jahr 2005 etwa 51.000 Personen. Ihnen standen rund 100.000 gegenüber, die ausschließlich von ihren Angehörigen versorgt wurden und die demzufolge Geldleistungen aus der Pflegeversicherung bevorzugten. Für das Bundesland Niedersachsen ist dennoch ein leichter Trend dahingehend zu erkennen, dass mehr ambulante Pflegedienste in Anspruch genommen werden. Gegenüber dem Jahr 2003 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen um 4,4% und die Zahl der Personen, die einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nahmen, um 9,0%. Es wurden mehr ambulante Pflegedienstleistungen genutzt als im Jahr 2003, während die Anzahl der Pflegebedürftigen nicht im gleichen Maße anstieg (Statistisches Bundesamt 2007).

2.3.5 Die Rolle Angehöriger im Entlassungsprozess

Unter Berücksichtigung der belastenden Situation pflegender Angehöriger und dem Wissen um ihre Bereitschaft, die häusliche Pflege eines pflegebedürftigen Menschen zu übernehmen bzw. aufrecht zu halten, soll nun ihre Rolle während der Entlassung des Betroffenen aus dem Krankenhaus nach Hause näher betrachtet werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Zeit für sie zumeist von Unsicherheit oder sogar Ängsten gekennzeichnet ist. Letztere werden ausgelöst, wenn ihnen unklar ist, wie belastbar der Betroffene ist und welche Komplikationen zu erwarten sind. Unsicherheiten entstehen, wenn Angehörige nicht wissen, welche Aufgaben von ihnen übernommen werden und wie sie sich in Notfallsituationen verhalten sollen (Gregory 1997). Die mit der Entlassung aus der Klinik verbundenen Unsicherheiten pflegender Angehöriger können durch eine Verschlechterung des Zustandes des Patienten ansteigen, zu Konfusion führen und große Ungewissheit auslösen (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe 2006). Angehörige versuchen daher, Unsicherheiten vor allem in der postakuten Phase durch erhöhte Wachsamkeit („monitoring“ des Betroffenen), kreative Problemlösung und Hoffnung auf eine schnelle Genesung auszugleichen.

Angehörige werden zum pflegenden Angehörigen und beginnen mit der Übernahme ihrer neuen Rolle bereits im Krankenhaus. Dort nehmen sie unmittelbar nach der Krankenhauseinweisung des Patienten Kontakt zu den Pflegenden auf und beginnen, sich zu informieren. Von den Pflegekräften erhalten sie dabei Informationen über die körperliche Pflege des Patienten, vermissen jedoch Informationen über den Umgang mit seinen emotionalen Bedürfnissen (Stewart et al. 1997).

Die Wahrnehmung professioneller Helfer, dass der Patient im Krankenhaus ein passiver Empfänger von Leistungen ist und kein selbständiger, selbst entscheidender Partner bzw. Nutzer, beeinflusst auch ihren Umgang mit den dazugehörigen Angehörigen (Uhlmann et al. 2005). Professionelle Helfer beraten die Patienten zumeist nicht ausreichend hinsichtlich ihrer Alltagsgestaltung und der Möglichkeiten, sich zu informieren. Die emotionale Bedarfslage der Patienten wird in diesen Gesprächen überhaupt nicht berücksichtigt. Dies kann zur Folge haben, dass Patienten Scham- und Schuldgefühle entwickeln, weil sie krank sind und ihren Angehörigen zur Last fallen (Stewart et al. 1997; Thompson et al. 1995; Uhlmann et al. 2005). Ihre Angehörigen erkennen den Mangel an Kooperation und Koordination und beobachten Wissensdefizite bei den professionellen Helfern. Daher werden sie selbstinitiativ und suchen nach geeigneten Lösungen und Wegen. Obwohl sie als nahe stehende Familienmitglieder den Patienten und seinen Alltag sowie seine biografische Entwicklung kennen, werden Angehörige von den professionellen Helfern häufig nicht als Gesprächspartner wahrgenommen und finden auch bei der Entlassungsplanung eine zu geringe Berücksichtigung. In den Ge-

sprächen mit professionellen Helfern vermissen Angehörige demzufolge auch die von ihnen gewünschte Bewältigungsunterstützung (Uhlmann et al. 2005).

Aufgrund dieses Mangels greifen Angehörige auf alternative Methoden zurück, um das für sie notwendige Wissen zu erfahren. Am häufigsten verlassen sie sich auf die „Versuch und Irrtum“ Methode, sprechen mit Freunden oder Verwandten oder informieren sich über Bücher und Ratgeber (Stewart et al. 1997). Die Gruppe der Gesundheitsberufe spielt dagegen eine geringe Rolle bei der Aneignung von Informationen. Die Suche nach Möglichkeiten und Alternativen wenden Angehörige auch dann an, wenn sie etwas über den Umgang mit dem Stress, der aufgrund der Pflegesituation entsteht, lernen wollen. Stewart et al. (1997) ist in ihrer Untersuchung aufgefallen, dass Angehörige sechs Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt des Patienten vermehrt nach Informationsquellen suchten und Kontakt zu Pflegekräften aufnahmen, wenn ambulante Dienste in die Versorgung involviert waren. Hier wird ein weiteres Problem sichtbar. Angehörige erhalten Informationen von Pflegenden ambulanter Dienste oder von Hausärzten anstatt von den Personen, die sie eigentlich informieren müssten, den Pflegenden und Ärzten im Krankenhaus. So erhalten sie Informationen durch Dritte, die am eigentlichen Behandlungsprozess nicht beteiligt waren und es besteht die Gefahr, dass wichtige Informationen verloren gehen (Grass-Kapanke et al. 2008).

Der erhöhte Bedarf an Informationen in den ersten postsstationären Wochen kann unterschiedlich interpretiert werden. Zum einen besteht die Vermutung, dass Angehörige in höheren Belastungszeiten empfänglicher für Informationen sind. Die verstärkte Suche nach Informationen kann aber zum anderen auch als ein Warnzeichen verstanden werden, dass Angehörige bereits hochgradig belastet sind und ein Bedarf an Hilfe sowie Unterstützung besteht (Stewart et al. 1997). Von Seiten professioneller Helfer ist stets zu berücksichtigen, dass die Pflegeübernahme durch Angehörige ein Lernprozess ist, der nicht abgeschlossen wird. Sie suchen fortlaufend nach Informationen und Wissen, reflektieren ihre Handlungen und suchen immer wieder nach weiteren Alternativen (Gröning 2006, 2007).

Es ist festzustellen, dass sich eine mangelhafte Begleitung während der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus auf die poststationäre häusliche Versorgungssituation auswirkt. Der größte Anteil der pflegenden Angehörigen übernimmt die Pflege ohne besondere Kenntnisse oder fachliche Anleitung (Büscher 2007; Driscoll 2000; Hedtke-Becker 1990; Horn 2008). Die meisten Angehörigen haben deutliche Wissensdefizite bezüglich der Krankheit des Pflegebedürftigen, ihrer Auswirkungen und Prognose sowie über Möglichkeiten einer aktivierenden und ressourcenorientierten Pflege, wenn sie sich entscheiden, den Patienten Zuhause zu versorgen (Auer et al. 2007; Bach, Nikolaus 1998; Marchi-Jones et al. 1996). Dabei beeinflusst das Wissen über die Folgen

und Nebenwirkungen einer Erkrankung sowie über den entsprechenden Umgang mit diesen die Belastung Angehöriger (siehe 2.3.3).

In Interventionsstudien (siehe hierzu Jost et al. 2006; Pinguart, Sörensen 2002) konnte wiederholt nachgewiesen werden, dass bei den Angehörigen beispielsweise erst dann positive Gefühle hinsichtlich der belastenden Versorgungssituation ausgelöst werden können, wenn sie wissen, dass der Patient unter den gegebenen Umständen ein normales Verhalten zeigt und Bestandteil seiner Erkrankung ist. Diese Informationen erlauben einen anderen Umgang mit der Situation.

2.4 Ansätze zur Verbesserung der nachstationären Versorgung

Der Bedarf einer gezielten Entlassungsplanung wurde in Deutschland vor einigen Jahren erkannt und im nationalen Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) manifestiert (DNQP 2004). Mit diesem Standard wurde konzertiert, dass der Patient und seine Angehörigen von professionellen Helfern auf die Entlassung vorbereitet und diese gemeinsam gezielt geplant werden. Es wird empfohlen, ein initiales Assessment zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs des Patienten und seines Angehörigen durchzuführen. Der Patient und seine Angehörigen sollen durch edukative Maßnahmen auf die poststationäre Situation vorbereitet werden. Neben der individuellen Bedarfsanalyse und Informationsvermittlung gehören auch koordinierende Aufgaben zum Leistungsspektrum des Entlassungsmanagements in der Pflege. Hierzu zählen die Abstimmung mit weiterversorgenden Einrichtungen sowie deren Beratung. Die Entlassungsvorbereitungen sollen 24 Stunden vor der Krankenhausentlassung überprüft und spätestens 48 Stunden danach telefonisch evaluiert werden (DNQP 2004). Weitere nachstationäre Aktivitäten sind nicht vorgesehen. Um das Entlassungsmanagement qualitativ hochwertig durchzuführen und Versorgungsbrüche zu vermeiden, ist eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit nötig. Der Expertenstandard richtet sich an verschiedene Einrichtungen des Gesundheitswesens und kann daher nur allgemein gehaltene Aussagen bereithalten, die die Umsetzung in die Praxis erschweren (Engeln, Stehling 2006; Wingenfeld et al. 2007a).

2.4.1 Die Pflege-Überleitung

Um die Vorgaben des Expertenstandards umzusetzen, stellt die Pflege-Überleitung eine von verschiedenen Lösungsoptionen dar und kann als bisher „wichtigster konzeptioneller bzw. organisatorischer Ansatz in Deutschland bezeichnet werden“. (Wingenfeld et

al. 2007a: 7). Die Pflege-Überleitung stellt sich als ein pflegerisches Handlungsmodell dar, welches von der Aufnahme des Patienten im Krankenhaus bis zu seiner Entlassung nach Hause oder in andere Institutionen Anwendung findet. Demgegenüber bedeutet die Überleitungspflege, dass den Patienten während des Übergangs von einer Schnittstelle zur anderen durch eine Pflegefachkraft eine bestimmte Dienstleistung erbracht wird (Domscheit, Wingenfeld 1996; Schönlau et al. 2005).

Dabei werden direktes und indirektes Entlassungsmanagement unterschieden. Ein eigenständiger Dienst, oftmals mit einem eigenen Mitarbeiter in einem Krankenhaus, der die Überleitung eines Patienten in die poststationäre Versorgung managt, vollzieht eine direkte Pflege-Überleitung. Die Überleitung durch einen ambulanten Pflegedienst, der entweder einen Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus vereinbart hat oder direkt an das Krankenhaus angeschlossen ist, versteht sich als indirekte Pflege-Überleitung (DNQP 2004; Grundböck et al. 2005; Joosten 1997; Schönlau et al. 2005). Bei dieser Form sind jedoch Schwierigkeiten zu erwarten, die die Möglichkeit, Schnittstellenproblematiken in den Krankenhäusern zu lösen, betrifft. Weil die Pflegeüberleitungskräfte von außerhalb kommen, haben sie zu wenig Einfluss auf die klinikinternen Prozesse (Domscheit, Wingenfeld 1996).

Grundsätzliche Ziele und Aufgaben der Pflege-Überleitung sind, bei gleichzeitiger ökonomischer Behandlung (d.h. die Liegezeiten im Krankenhaus zu reduzieren) die Versorgungskontinuität und -qualität im Sinne des Patienten aufrecht zu halten sowie Drehtüreffekte zu vermeiden (Domscheit, Wingenfeld 1996; Schönlau et al. 2005; Wingenfeld 2005). Zur Umsetzung dieser Ziele besteht die Aufgabe der Pflege-Überleitung darin, materielle sowie personelle Ressourcen des Patienten, seiner Angehörigen sowie der versorgenden Einrichtungen zu erkennen und sicher zu stellen. Die Versorgung kann nur dann kontinuierlich verlaufen, wenn dem Patienten notwendige Unterstützungen zur Verfügung stehen. Hier sind in erster Linie die Angehörigen gefragt, aber auch professionelle Hilfen. Die Pflege-Überleitung vermittelt zwischen den Schnittstellen und ihren Vertretern und berät bzw. managt die Überleitung des Patienten von einer Institution in die nächste. Dies kann auch im Sinne von Case Management geschehen (Ewers, Schaeffer 2000; Dörpinghaus et al. 2004). Die Umsetzung von Pflege-Überleitung und mit ihr verbundene langfristige Qualität bedeutet für die Beteiligten, einen qualitativ hohen Informationstransfer kontinuierlich zu gewährleisten (Bartholomeyczik 2007; Schönlau et al. 2005). Diese Kontinuität ist mit der Fortsetzung des Pflegeprozesses zu ermöglichen (Domscheit, Wingenfeld 1996).

Insgesamt betrachtet umfasst die Pflege-Überleitung nach Domscheit und Wingenfeld (1996) folgende Aufgabenbereiche:

- „Information und Beratung der Patienten und Angehörigen (insb. Zu Versorgungsmöglichkeiten und Versicherungsleistungen),
- Abstimmung mit Kranken-/Pflegekassen und Medizinischen Diensten der Krankenversicherung,
- Vermittlung ambulanter Pflegedienste und anderer Leistungsangebote,
- Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung,
- Dokumentation (Überleitungsbogen), Information des Hausarztes,
- Herstellung von Kommunikation zwischen einzelnen Versorgungsinstanzen, Übergabegespräche,
- Netzwerkpflge zur Festigung der krankenhausinternen Zusammenarbeit und der Kooperation mit Pflegeeinrichtungen.“ (Wingenfeld et al. 2007a: 5)

Die Pflege-Überleitung zeigt inzwischen erste Effekte. Wingenfeld et al. (2007a) führten in Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und der AG Pflegeüberleitung Nordrhein-Westfalen eine Studie zur Pflegeüberleitung im Bundesland Nordrhein-Westfalen durch. An ihr beteiligten sich 13 Krankenhäuser, in denen Pflegeüberleitungskräfte tätig sind. Die befragten entlassenen Personen wiesen zu 71,9% Mobilitätsbeeinträchtigungen und zu 30,1 % kognitive Einbußen auf. Während vor dem Krankenhausaufenthalt noch 94,8% der befragten Patienten zuhause lebten, waren es danach nur noch 78%. Zugleich kamen vor der Einweisung ins Krankenhaus fast die Hälfte der Patienten ohne Unterstützung zurecht und 41,6% mit der Hilfe ihrer Angehörigen. Nach dem Aufenthalt waren nur noch 6% der Patienten unabhängig. Hilfen durch ambulante Pflegedienste erhielten vor dem Krankenhaus insgesamt 12% der Patienten. Nach der Entlassung griffen jedoch 33% von ihnen auf Dienste der ambulanten Pflegedienste zurück sowie 38% auf Kombinationsleistungen mit Angehörigen. Die Anzahl derjenigen, die ausschließlich durch Angehörige versorgt wurden, reduzierte sich auf 24%. Anhand dieser Zahlen sind der Bedarf und das Bemühen der Pflegeüberleitungskräfte zu erkennen. Die Autoren zeigen auf, dass in 70% der befragten Fälle neue Versorgungssituationen hergestellt wurden. Ein weiterer positiver Effekt konnte dargestellt werden. 80% der Befragten wussten, wer ihr Ansprechpartner, also die Pflegeüberleitungskraft ist und fast 75% wussten 2-3 Tage oder früher von ihrem Entlassungstermin. Zu den Gesprächsthemen und geleisteten Unterstützungen zählten die pflegerische Versorgung, Leistungen der Pflegeversicherung, familiäre Situationen, die ärztliche Versorgung sowie die Organisation von Mahlzeitenbringdiensten. Mehr als die Hälfte der Befragten (58,2%) erhielten die Unterstützung, die sie nach der Entlassung brauchten, 54% hatten keinen weiteren Bedarf an Informationen und Beratung. Die Beschaffung von Hilfsmitteln konnte bei über 50% der Patienten rechtzeitig erfolgen. Die Beratung durch die Pflegeüberleitungskräfte wurde als hilfreich bewertet und die Informationen als ausreichend. Die meisten Befragten bewerteten die Arbeit der Pflegeüberleitungskräfte mit sehr gut bzw. gut. Für die Angehörigen bestand die Möglichkeit, Ergänzungen im Freitext auszu-

füllen. Dort wiesen sie darauf hin, dass sie mehr Anleitung und Berücksichtigung pflegetechnischer Probleme direkt zuhause gebraucht hätten.

2.4.2 Alternative Konzepte

In der Vergangenheit wurden neben der Pflege-Überleitung verschiedene Konzepte mit unterschiedlichem Modellcharakter eingesetzt, um Patienten und ihre Angehörigen während der Transition vom Krankenhaus nach Hause zu begleiten, zu informieren sowie zu schulen und ihre Versorgung kontinuierlich aufrecht zu halten.

Stellvertretend seien hier die gezielte Entlassungsvorbereitung sowie der poststationäre telefonische Kontakt durch Pflegefachkräfte zu den Patienten und seinen Angehörigen (Engeln, Stehling 2006; St. Marien Krankenhaus Ahaus 1998;) genannt sowie der Rückmeldebericht durch den ambulanten Pflegedienst (Schmidt 2001). Das Modellprojekt Pflegeüberleitung in das häusliche Umfeld im Klinikum Nürnberg (PIKN) beschränkt sich auf pflegerische Leistungen im Rahmen des SGB V (Brüggemann et al. 2002). Die Übergangsbetreuung (Bach, Nikolaus 1998) des Patienten beinhaltet die Übernahme von Teilen der Versorgung in der häuslichen Umgebung durch Mitarbeiter des Krankenhauses. Des Weiteren sei auf das Pflegerische Case Management bzw. Case Management Modell (das Augsburger Modell „Der Bunte Kreis“) hingewiesen (Dörpinghaus et al. 2004). Das Case Management wird zunehmend als eine Methode wahrgenommen, klinische Versorgungspfade und pflegerische Aufgaben miteinander zu verbinden und den Patienten fallsteuernd zu begleiten. Dörpinghaus et al. (2004) empfehlen, das Case Management auch im Falle der Begleitung pflegender Angehöriger anzuwenden, um ihren hochgradigen Belastungen und damit Gesundheitsrisiken vorzubeugen.

2.5 Schlussfolgerung

Die hohe Bereitschaft Angehöriger, Aktivitäten und Behandlungsprozesse des Patienten verstärken zu können sowie ihre Bereitschaft, auch eine anstrengende Versorgung zu übernehmen, verdient Unterstützung durch professionelle Interventionen. Wie aus der Literatur hervorgegangen ist, sollten diese den Angehörigen langfristig helfen, die Versorgung über einen langen Zeitraum aufrecht zu halten, denn ihr Bedarf an Anleitung, Unterstützung und Beratung ist hoch. Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (2006) empfiehlt hier ein aus vier Teilkonzepten (Case Management, der Anleitung, Beratung sowie emotionaler Unterstützung der Angehörigen und Patienten) bestehendes Begleitkonzept für Angehörige von Schlaganfallpatienten, welches bereits in der postakuten Phase im Krankenhaus beginnt.

Es wird deutlich, dass Angehörige sowohl während der Krankenhausbehandlung des Patienten als auch in den ersten Wochen nach der Entlassung des Betroffenen nach Hause zahlreiche Informationen, direkte Unterstützung sowie Anleitung benötigen. Weil Angehörige im Krankenhaus häufig nicht als Informanten wahrgenommen werden, sind sie unzureichend aufgeklärt, wenn der Patient wieder zuhause ist. Frühzeitige Entlassungen aus dem Krankenhaus und die zunehmende Zahl chronischer Erkrankungen bedeuten schon jetzt, dass Patienten in den ersten Wochen Zuhause häufig auf die Hilfe ihrer Angehörigen angewiesen sind. Weil abzusehen ist, dass diese Patientengruppe zukünftig größer werden wird, muss hinsichtlich ihres Versorgungsnetzwerkes gehandelt werden. Angehörige müssen vorbereitet und ihre Kompetenzen gestärkt sowie unterstützt werden. So können langfristig auf der einen Seite Wiedereinweisungen ins Krankenhaus und auf der anderen Seite hochgradige Belastungen vermieden werden.

Anhand der analysierten Literatur wird zudem deutlich, dass in Projekten, die die Kompetenzen der Angehörigen stärken wollen, mit Gruppeninterventionen keine positiven Effekte erzielt werden können, weil in den Gruppen individuelle Problemlagen nicht ansprechbar sind und die Zeit zu kurz ist, um allen Problemen gerecht zu werden (Kurz et al. 2005; Heier et al. 2002). Es empfiehlt sich daher eine individuelle Vorgehensweise, die Interventionen vor Ort bei den Angehörigen und Patienten zuhause vorsieht (Yin et al. 2002).

Ausgehend von der vorliegenden Problemanalyse wurde im Rahmen des Modellprojektes ein Interventionskonzept entwickelt, um Pflegebedürftige und pflegende Angehörige individuell fallbezogen in der frühen nachstationären Versorgungssituation zu unterstützen. Dies wird nachfolgend beschrieben.

3 Konzeption der Interventionen zur Kompetenzförderung

3.1 Das Interventionskonzept

Zielsetzung

Das Modellprojekt zur Kompetenzförderung von Patienten und Angehörigen in der nachstationären Versorgungsphase legte ausgehend von der Problemstellung der hohen Anforderungen an pflegende Angehörige in der frühen nachstationären Phase den Fokus auf die Förderung der Kompetenz pflegender Angehöriger. Die erste Zeit der nachstationären Versorgungssituation sollte sowohl für den pflegenden Angehörigen als auch für den zu Pflegenden erfolgreich bewältigt werden, um damit eine nachhaltige Aufrechterhaltung dieser Pflegesituation gemäß der vorrangigen Wünsche von Betroffenen sowie der Prämisse „ambulant vor stationär“ zu fördern.

Dies beinhaltete pflegebedürftige Patienten der Projektklinik und ihre pflegenden Angehörigen über die Entlassung hinaus in der ersten Zeit der Pflegeübernahme zu Hause zu begleiten, ihren konkreten Unterstützungsbedarf zu erfassen, sie dementsprechend zu informieren, anzuleiten und zu beraten, so dass sie geeignete Strategien entwickeln konnten, die ein längerfristiges Pflegearrangement ermöglichten. Durch diese Intervention, sollte mittelbar ein Beitrag geleistet werden zum Erhalt weitgehender Selbständigkeit der Pflegebedürftigen, zur Belastungsreduktion der pflegenden Angehörigen in der Anfangsphase der Pflegeübernahme sowie zur Vermeidung von Rehospitalisierungen die aufgrund von Pflegeinduzierter Überlastungssituationen zu Stande kommen.

Zielgruppe des Modellprojektes

Die Zielgruppe des Modellprojektes bestand aus Patienten des Projektkrankenhauses, vornehmlich aus der Klinik für Geriatrie, bei denen entweder bereits eine Pflegeeinstufung nach SGB XI vorlag oder bei denen aus der Projektklinik heraus ein Pflegeantrag zur Einstufung gestellt worden war und bei denen eine ausschließliche häusliche Versorgung von pflegenden Angehörigen geplant wurde. Mit der Eingrenzung der Zielgruppe war intendiert, die Menschen einzubeziehen, die zum einen einen pflegestufenrelevanten Pflegebedarf aufwiesen, auch wenn dieser evtl. noch nicht gutachterlich bestätigt wurde und deren Pflege zum anderen nicht durch professionelle Hilfe sondern durch Hilfe und Unterstützung im sozialen Umfeld gewährleistet wurde. Es sollten damit genau die pflegenden Angehörigen erreicht werden, die die Pflege ohne professionelle Unterstützung leisten und daher vermutlich insbesondere in der ersten Zeit der Pflegeübernahme Hilfe benötigten, da der Kontakt zu professionellen Pflegeakteuren mit dem Verlassen des Krankenhauses beendet war.

Zur Erreichung der oben beschriebenen Ziele wurde im Rahmen der Projektentwicklung ein Interventionskonzept erstellt und erprobt. Das Konzept sah folgende Schritte vor:

- Hausbesuch ein bis zwei Wochen nach der Entlassung des Pflegebedürftigen
- Durchführung eines weiteren Hausbesuch zur Durchführung der Intervention
- Fakultative telefonische Nachfrage zwei Tage nach Hausbesuch
- Obligatorische telefonische Nachfrage vier Wochen nach Entlassung
- Abschlussbesuch neun Wochen nach der Entlassung

Hausbesuch zur Erfassung des Unterstützungsbedarfs

In den ersten zwei Wochen nach Entlassung wird ein Hausbesuch durch eine Projektmitarbeiterin/ einen Projektmitarbeiter durchgeführt, in dessen Verlauf der individuelle Unterstützungsbedarf des pflegenden Angehörigen und des Pflegebedürftigen ermittelt werden soll. Die Grundlage hierfür bildet ein ausführliches Gespräch mit dem pflegenden Angehörigen wenn möglich im Beisein des Pflegebedürftigen. Der Gesprächsablauf soll sich an einem halbstandardisierten Gesprächsleitfaden (modifizierter Zorgkompass, s. dazu ausführlich Kap. 4.1) orientieren. Zusätzlich wird mit Einverständnis der Beteiligten eine Wohnungsbegehung durchgeführt. Bei neu entstandenen Pflegesituationen wird der Hausbesuch obligatorisch erst in der zweiten Woche durchgeführt, um den Betroffenen Zeit zu geben, sich an die neue Pflegesituation zu gewöhnen und einen möglichen Unterstützungsbedarf überhaupt erkennen zu können. Basierend auf der Einschätzung der Pflegesituation sowie der Schilderungen der Beteiligten wird eine dem Bedarf angemessene Intervention durchgeführt. Diese erfolgt bei Bedarf an einem gesonderten Interventionstermin, kann aber je nach vorliegendem Fall auch zeitnah während des ersten Hausbesuchs durchgeführt werden.

Telefonkontakt nach 2 - 4 Tagen und nach 4 Wochen

Ca. 2 - 4 Tage nach umfangreichen Interventionen (z. B. mit komplexen Anleitungen) wird telefonisch nachgefragt, ob die bestehenden Probleme und Fragen erfolgreich geklärt werden konnten. Konzeptionell besteht hier bei Bedarf die Möglichkeit im Rahmen eines erneuten Hausbesuchs eine weitere Intervention durchzuführen. Vier Wochen nach der Entlassung erfolgt obligatorisch eine weitere telefonische Rückfrage, die dazu dient, die aktuelle Situation und mögliche Veränderungen des bisherigen Unterstützungsbedarfs zu erfassen. Zusätzlich besteht für alle teilnehmenden Probanden über den gesamten Projektzeitraum von neun Wochen und ggf. auch darüber hinaus, das ausdrücklich offerierte Angebot, bei Fragen, Hilfs- und Unterstützungsbedarf die Projektmitarbeiter telefonisch erneut zu kontaktieren.

Abschlussbesuch nach Neun Wochen

Neun Wochen nach der Entlassung erfolgt nochmals ein Hausbesuch durch die Projektleitung. Zielsetzung hierbei ist die Erfassung des aktuellen Unterstützungsbedarfs, des Selbständigkeitsstatus des Pflegebedürftigen sowie das Erfassen des Erlebens und die

Beurteilung der durchgeführten Interventionen sowie des Modellprojektes allgemein. Damit ist der Abschlussbesuch hauptsächlich auf die wissenschaftliche Begleitforschung hin orientiert, bietet den Pflegenden Angehörigen jedoch nochmals die Möglichkeit Fragen zu stellen und Informationen zu erhalten.

Durch das Interventionskonzept sollen Pflegebedürftige und ihre Hauptpflegepersonen Unterstützung zu folgenden Aspekten erhalten:

- Vertiefung und Anleitung in pflegepraktischen Fertigkeiten
- Hinweise für ein situativ angemessenes Handling unter Kenntnisnahme und Einbezug der konkreten häuslichen Bedingungen vor Ort
- Ausführliche Erörterung der Probleme und Informationsbedarfe der frühen nachstationären Phase mit der Möglichkeit Informationslücken zu schließen sowie Hinweise für die Alltagsorganisation zu erhalten
- Möglichkeit auch psychosoziale Belastungseffekte zu thematisieren und Hinweise zu Entlastungsstrategien sowie konkrete Hinweise zu regionalen Angeboten zu erhalten
- Kontinuierliche Ansprechpartner über die Entlassungssituation hinaus durch eine Person mit pflegefachlichem und methodischen Kenntnisse

Im Rahmen des Interventionsverständnisses des vorliegenden Konzeptes wird davon ausgegangen, dass die aufzusuchenden Personen in aller Regel über Ressourcen und sinnvolle Strategien verfügen, die gestellten Anforderungen teilweise zu bewältigen. Aufgrund der besonderen Situation (Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit) sowie der erschwerenden Bedingungen durch den Übergang von der stationären in die häusliche Umgebung fehlen aber u. U. in bestimmten Teilbereichen angemessene Informationen und Unterstützungsangebote, um die Pflegesituation mit ihren Belastungen auch längerfristig gestalten zu können.

Die Intervention setzt daher konsequent am individuellen Bedarf der Pflegebedürftigen und ihrer Hauptpflegepersonen an und bezieht ggf. die Ressourcen der Beteiligten mit ein. Strategien und Lösungsmöglichkeiten werden gemeinsam erarbeitet, den Beteiligten wird die Entscheidung über die letztendliche Auswahl der Hilfe aber nicht abgenommen. Die Interventionen verstehen sich im Sinne eines Angebotes, dessen Umsetzung generell in der Entscheidungsfreiheit der betreffenden Individuen liegt. Das Interventionspektrum reicht dabei von einer Weitergabe einfacher Informationen über umfassende Unterstützung beim Beantragen von Sozialleistungen bis hin zu psychosozialen Entlastungsgesprächen oder der Verstärkung bereits angewandter Strategien in der Pflegesituation. Sie umfasst dabei bei Bedarf auch stellvertretendes Handeln, um erste Lösungsschritte einzuleiten.

Das Interventionskonzept orientiert sich ferner an einer Interventionssystematik, die ursprünglich für die Beraterausbildung entwickelt wurde (Sander 1999). Demnach werden die Interventionen drei unterschiedlichen Interventionsbereichen zugeordnet: Die folgende Tabelle verdeutlicht das Modell.

Interventionsbereich	Maßnahmen
Information und Orientierung	Zur Verfügung stellen von Wissen und Informationen, das für den Klienten eine Orientierung und ggf. eine informierte Entscheidungsfindung erleichtern soll.
Deutung und Klärung	Unterstützung zum besseren Verstehen und Einordnen von Erfahrungsinhalten bzw. der Klärung von bisher nicht wahrgenommenen Zusammenhängen
Handlung und Bewältigung	Erwerb eines konkreten Handlungsrepertoires bzw. von konkreten Strategien und Techniken wie z. B. der Aneignung von bestimmten Lagerungstechniken

Tabelle 1: Modell der Interventionsarten (mod. nach Sander 1999)

Die Interventionen sind primär im Rahmen zugehender Hilfe angedacht, greifen aber bei Bedarf auch auf weitere Formen der Informationsvermittlung und Beratung zurück (z.B. telefonische Beratung, postalisches Versenden von Informationen)

Die skizzierte Vorgehensweise stellte hohe Anforderungen an die Kompetenz der Projektmitarbeiter. Beide Mitarbeiter konnten zwar auf fundierte berufliche Erfahrung im Bereich der geriatrischen Pflege zurückgreifen und waren daher mit den pflegfachlichen Aspekten der Intervention sehr vertraut. Da das Interventionskonzept mit den Merkmalen Besuch in der eigenen Häuslichkeit des Probanden, Schwerpunktsetzung auf die Zielgruppe der Pflegenden Angehörigen sowie Durchführung eines halbstandardisierten Leitfadeninterviews weit über die bisherigen Handlungsrountinen der beiden Pflegekräfte hinausging, war jedoch eine Schulung unerlässlich. Es wurde daher ein Schulungskonzept entwickelt, das nachfolgend beschrieben wird.

3.2 Das Schulungskonzept

Die Zielsetzung der Schulung bestand darin, die Handlungskompetenz der Projektmitarbeiter in den Bereichen zu vertiefen bzw. zu erweitern, die über den Handlungsrahmen ihrer bisherigen Tätigkeit hinausreichten. Dies betraf übergeordnet betrachtet die Aspekte:

- Ziele, Inhalte und Ablauf des Interventionskonzeptes
- Themenfeld Pflegenden Angehörige
- Themenfeld Beratungskompetenz

- Themenfeld Sozialrechtliche Grundlagen

Die Schulung wurde auf einen Zeitraum von zwei Wochen festgelegt. Der Stundenumfang betrug ca. 80 Stunden. Folgende Schulungsinhalte wurde geplant:

- Erläuterung der Zielsetzung und des Ablaufs des Interventionsprojektes
- Erläuterung der entwickelten Dokumentationsvorlagen und Instrumente
- Themenkomplex pflegende Angehörige (Motivation zur Pflegeübernahme, Rollenaneignung, Belastungen, Entlastungsfaktoren, Beziehungsgefüge, Unterstützungssysteme)
- Interviewerschulung: grundsätzliche Informationen zur Interviewtechnik Erläuterung des Sorgkompass; Analyse eines Probeinterviews zu methodischen und inhaltlichen Schulungszwecken
- Themenkomplex Beratung (Beratungsverständnis, Beratungshaltungen, verschiedene Beratungsmethoden, Umgang mit Konfliktsituationen)
- Themenkomplex Sozialrechtliche Grundlagen (SGB XI, BSHG, Betreuungsrecht)

Die aufgelisteten Themengebiete wurden jeweils von Fachexperten vermittelt, die zum Teil Klinikintern (z.B. die Pflegeüberleitungskraft der Klinik) zur Verfügung standen, sowie zum Teil eigens für das Projekt beschäftigt wurden, um eine qualifizierte Schulung zu gewährleisten. Zusätzlich besuchten beide Mitarbeiter eine im Projekt Krankenhaus fortlaufend angebotene Fortbildungsveranstaltung zum Themengebiet Beratung. Didaktisch wurde im Rahmen der Schulung neben der Wissensvermittlung auch Wert auf die Reflexion von bisherigen Erfahrungen der Mitarbeiter z. B. mit pflegenden Angehörigen gelegt sowie auf Übungsphasen gelegt. So fanden die ersten Erprobungen des Interventionskonzeptes unter Anleitung der Projektleitung statt und wurden zeitnah supervidiert. Darüber hinaus wurde eine fortlaufende supervidierende Begleitung der Projektmitarbeiter geplant. Diese sollte in regelmäßigen Abständen alle zwei Wochen bei Bedarf aber auch zeitnäher stattfinden. Neben der Verstärkung der Schulungsinhalte und damit der Festigung der neu erworbenen Kompetenzen war hier indentiert, den Projektmitarbeitern auch Gelegenheit zu geben, über belastende und als problematisch erlebte Situationen zu berichten.

4 Methodische Vorgehensweise der Begleitforschung

4.1 Design und Datenerhebungsinstrumente

Das methodische Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitforschung orientierte sich an der Anlage einer Evaluationsstudie mit Follow-up-Design, in der sowohl quantitative als auch qualitative Daten erhoben wurden. Ausgehend von der Erkenntnis, dass sich Angehörigenpflege in aller Regel durch ein sehr komplexes Bedingungsgefüge mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Einflussfaktoren auszeichnet, erschien eine rein quantitative Bewertung der Projektintervention als zu kurz greifend, um die tatsächliche multifaktorielle Bedingtheit der einzelnen Fallentwicklungen adäquat abzubilden. Daher wurde von vorn herein ein Methodenmix (Kelle; Erzberger 2005) vorgesehen, da sowohl quantitative Daten (z. B. soziodemographische Daten, Vorliegen einer PST etc.) als auch qualitative Befunde (z. B. Erleben der Belastungen, Erleben der durchgeführten Intervention) erhoben wurden. Folgende Datenerhebungsinstrumente (s. Anlage) wurden im Projekt eingesetzt:

Instrumente zur Erfassung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen	Barthel Index, erweiterter Barthel Index, IADL Skala
Instrumente zur Erfassung der Belastungsentwicklung sowie der Interventionseffekte für die pflegenden Angehörigen	Zorgkompass (mod. Fassung) Projektspezifische Interviewleitfäden
Instrumente zur Erfassung der Rahmendaten des Projektes	Projektspezifische Dokumentationsvorlagen

Tabelle 2: Datenerhebungsinstrumente

Bei der Auswahl der Assessmentinstrumente zur quantitativen Erfassung des Selbstständigkeitsstatus der Pflegebedürftigen wurde auf die in der Projektklinik eingeführten Instrumente zurückgegriffen. Dabei handelte es sich um den Barthel-Index, den erweiterten Barthel und die IADL-Skala. Folgende Gründe waren ausschlaggebend für diese Vorgehensweise:

- Die Instrumente waren den Projektmitarbeitern aus der täglichen Arbeit in der Klinik vertraut und aufgrund ihrer jeweils überschaubaren Anzahl an Items und Ausprägungen einfach zu handhaben. Da die Projektmitarbeiter die Pflege der Probanden nicht selbst durchführten, waren sie bei der Einschätzung auf die Darstellung der Angehörigen angewiesen, so dass die Anwendung eines komplexen und differenzierten Instrumentes wie z. B. des FIM (Functional Independence Measurement) nicht möglich war.
- Durch die Nutzung bekannter Instrumente erübrigte sich eine spezifische Schulung der Mitarbeiter. Da durch das qualitative Erhebungsinstrumentarium

gänzlich neue Anforderungen an die Mitarbeiter gestellt wurden, erschien ein Rückgriff auf vertraute quantitative Assessments hier im Sinne der Erhaltung partieller Handlungssicherheit geboten.

- Im Rahmen der Datenerhebung zum ersten Messzeitpunkt sollten die Daten aus der Klinikdokumentation genutzt werden. Hier ein neues Instrumentarium einzuführen, erschien den Akteuren als zu aufwändig und störanfällig, da dieses von allen auf den Projektstationen beschäftigten Mitarbeitern hätte praktiziert werden müssen.

Die verwendeten Assessmentinstrumente sollen im Folgenden beschrieben werden. Der Barthel-Index, der 1965 als „Selbständigkeitsindex“ entwickelt wurde, wurde zunächst von Barthel und Mahoney zur Einschätzung der Selbstpflegefähigkeit eines Patienten genutzt und diente im weiteren Verlauf zur Evaluation von Rehabilitationsfortschritten (Halek 2003, Barthel / Mahoney 1965). Es handelt um ein Instrument, das lediglich physische Aspekte erfasst und sich auf folgende Bereiche bezieht:

<ul style="list-style-type: none"> • Essen • Bett-/ Stuhltransfer • Körperpflege • Toilettenbenutzung • Baden/ Duschen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gehen auf ebener Strecke oder Steuern eines Rollstuhls • Treppensteigen • Sich kleiden • Stuhlinkontinenz • Harninkontinenz
---	---

Tabelle 3: Items Barthelindex

Die Bereiche bekommen in Abhängigkeit der Selbständigkeit der Durchführung bzw. dem Umfang der geleisteten Unterstützung Punkte zugewiesen (siehe Anlage 1). Allerdings ist auch mit Erreichen der maximalen Punktzahl von 100 Punkten keine Aussage über die Fähigkeit eines Patienten zur selbständigen Lebensführung möglich, da wesentliche Merkmale wie z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten nicht erfasst werden (Halek 2003). Ebenso wenig werden kognitive Fähigkeiten oder individuelle Gegebenheiten berücksichtigt. Validität und Reliabilität konnten nach Halek (2003) in verschiedenen Studien nicht eindeutig bewiesen werden, allerdings wurde eine gute Validität für einmalige Messungen sowie für Statusmessungen über längere Zeit in Untersuchungen aus dem englischsprachigen Raum nachgewiesen.

Wingenfeld et al. (2007a) weisen darauf hin, dass eine hohe Interrater-Reliabilität des Instrumentes besteht, wohingegen sich Aussagen zur Validität kaum finden. In der Projektklinik und damit auch im Rahmen des Modellprojekts wurde ein einheitliches Vorgehen bei der Einschätzung durch die verbindliche Anwendung des so genannten „Hamburger Manual“ angestrebt. Dabei handelt es sich um ein 1999 entwickeltes Einstufungsmanual (Lübke 2004).

Ergänzend zum Barthel-Index wurde der so genannte erweiterte Barthelindex eingesetzt, der den Barthel-Index um sechs weitere Items ergänzt (Prosiegel u. a. 1996), die die Fähigkeiten eines Patienten in kognitiven und sozialen Bereichen erfassen:

<ul style="list-style-type: none"> • Verstehen • Sich verständlich machen • Soziale Interaktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Lösen von Alltagsproblemen • Gedächtnis, Lernen, Orientierung • Sehen und Neglect
--	---

Tabelle 4: Items erweiterter Barthelindex

Schädler et al. (2006, 59ff) bewerteten das Instrument im Hinblick auf Reliabilität und Validität positiv und stellten vor allem einen etwas geringeren Zeitaufwand für die Bearbeitung als bspw. beim FIM (Functional Independence Measurement) heraus.

Zusätzlich wurde die IADL-Skala nach Lawton und Brody (1969) angewandt, die zur Erfassung der Fähigkeiten dient, die zu einer selbständigen Lebensführung erforderlich sind und folgende Items umfasst:

<ul style="list-style-type: none"> • Telefonieren • Einkaufen • Haushaltsführung • Essenszubereitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrauch von Transportmitteln • Medikamenteneinnahme • Wäsche waschen • Umgang mit Geld
--	--

Tabelle 5: Items IADL-Skala

Untersuchungen zur Validität wurden in Verbindung mit unterschiedlichen Skalen im Bereich der Erfassung der Aktivitäten des täglichen Lebens durchgeführt. Hierbei wurde deutlich, dass die Ergebnisse sowohl kulturellen als auch geschlechtsspezifischen Einflüssen unterliegen (Halek 2003), was sich durch einige Tätigkeiten wie Haushaltsführung oder Wäsche waschen, die traditionell eher von Frauen ausgeübt werden, erklären lässt. Halek (2003) kommt in ihrer Beurteilung zu dem Schluss, dass die IADL-Skala nur in Verbindung mit einer ADL-Skala wie dem Barthelindex verwendet werden sollte und diese dann um Aktivitäten zur unabhängigen Lebensführung ergänzen kann. Mit der Verwendung der drei genannten Assessments in der Projektklinik¹ wurde diesem Anspruch nachgekommen.

Um mögliche Probleme im Rahmen der Durchführung der Assessments sowie einer angemessenen Einschätzung der Pflegebedürftigen zu vermeiden, wurden unklare Einstufungen zeitnah von Projektmitarbeitern und Projektleitung besprochen und ggf. mit

¹ Einschränkung muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass Veränderungen an der Skala im Rahmen der Projektklinik durchgeführt wurden. So wurde das Item „Medikamenteneinnahme“ aus der Skala herausgenommen, da diese in der Regel durch die Pflegenden verabreicht werden und daher im Hinblick auf die eigenständige Fähigkeit zur Medikamenteneinnahme nicht bewertet werden konnten.

dem „Hamburger Manual“ abgeglichen. Grundsätzlich wurden demnach nur die Aktivitäten bewertet, die der Pflegebedürftige tatsächlich auch ausführte.

Als Erfassungsinstrument für die Situation der pflegenden Angehörigen, ihrer Belastungen sowie der Einschätzung der Entwicklung der Pflegesituation im Zeitverlauf wurde ein qualitatives Instrument verwendet, um der Komplexität und den vielfältigen Zusammenhängen sowie dem individuellen Erleben der Probanden Raum zu geben. Hierbei handelt es sich um das niederländische Instrument Zorgkompas (Blom; Duijnste 1999) das im Sinne eines halbstrukturierten Interviewverfahren konzipiert wurde und zur Gesprächsstrukturierung einen Leitfaden zugrunde legt. (s. Anlage 1). Da es sich um ein Instrument handelt, das für den Einsatz in der Pflege dementierender Menschen entwickelt wurde, waren einige Modifikationen notwendig. Diese betrafen folgende Aspekte:

- Umformulierung der Fragen, die sich auf den Krankheitszustand Demenz beziehen in allgemeine Krankheitsbezogene Fragen
- Anpassung der Fragen an das Setting der frühen nachstationären Versorgungsphase z. B. durch Erweiterung des Instrumentes um Fragen nach dem Wissens- und Kenntnisstand der Hauptpflegeperson bezüglich Ressourcen und Erhaltung von Selbständigkeit
- Zusammenfassung von Fragen, die ähnliche Themenbereiche betreffen, um den Gesprächsfluss der Probanden nicht zu unterbrechen sowie um Wiederholungen zu vermeiden
- Modifikation der Reihenfolge von Fragen, um eine inhaltlich aufeinander aufbauende Gesprächsführung zu ermöglichen, um bspw. zunächst über sachbezogene Fragen zu emotional belastenden Themenbereichen zu gelangen

In einem Probeinterview mit einem langjährig pflegenden Angehörigen wurde die grundsätzliche Anwendbarkeit und Verständlichkeit des Instrumentes getestet. Hierdurch ergaben sich kleinere Änderungen in der Reihenfolge der Fragen. Insgesamt erwies sich die modifizierte Fassung als verständlich und handhabbar und konnte so als Instrument angewendet werden.

Zur Erfassung des Erlebens und der Beurteilung des durchgeführten Erstbesuchs sowie der ggf. durchgeführten Intervention wurde ein halbstrukturierter Leitfaden entwickelt (s. Anlage 1). Zusätzlich zu den beschriebenen Instrumenten wurden folgende Dokumentationsvorlagen eingesetzt:

- Vorlagen zur Erfassung der Patientenbezogenen Daten im Rahmen der Ersterhebung sowie der Assessmentinstrumente Barthel-Index, erweiterter Barthel-Index und IADL-Skala

- Vorlage zur detaillierten Erfassung des Fallverlaufs (inkl. Problembereiche, Ziele der Intervention, Interventionsmaßnahmen und Kontrollanruf) (s. Anlage 1)
- Vorlage Pfl egetagebuch für die Angehörigen (Ziel: Erkennen der zentralen Probleme aus Sicht der Angehörigen)

Die Erhebung der Datensätze fand analog der Interventionszeitpunkte im geplanten Interventionskonzept (s. ausführlich Kap. 3.1) statt. Dabei wurden die relevanten Daten zu den Messzeitpunkten X1 (wenige Tage vor Entlassung), X2 (ein bis zwei Wochen nach Entlassung) durch die Projektmitarbeiter erhoben und dokumentiert. Die Datenerhebung zum Messzeitpunkt X3 erfolgte aus methodischen Gründen durch die Projektleitung da zu diesem Zeitpunkt auch das Erleben und die Beurteilung der Intervention durch die Projektmitarbeiter erfragt wurden und so beeinflussende Aspekte bei der Beantwortung vermieden werden sollten.

In der folgenden Darstellung sind die Messzeitpunkte der jeweiligen inhaltlichen Zielsetzung sowie den eingesetzten Instrumenten bzw. Datenerfassungsdokumenten zugeordnet.

Zeitpunkt	Ziel und Inhalt	Datenerfassung
X1 Wenige Tage vor Entlassung Aus der Projektklinik	Probandenrekrutierung Terminvereinbarung Selbständigkeitsstatus	Datenblatt soziodemografische Daten Assessments
X2 Ein bis zwei Wochen nach Entlassung	Selbständigkeitsstatus Pflegesituation der Angehörigen Rahmenbedingungen und Verlauf Hausbesuch Wohnsituation	Assessments Leitfadeninterview (Modifizierter Zorgkompass) Dokumentationsvorlagen
X3 Neun Wochen nach Entlassung	Selbständigkeitsstatus Pflegesituation der Angehörigen Rahmenbedingungen und Verlauf Hausbesuch	Assessments Leitfadeninterview (Modifizierter Zorgkompass) Leitfadeninterview zum Erleben der Intervention Dokumentationsvorlagen

Tabelle 6: Messzeitpunkte und Datenerfassung

Die Datenerfassung zum Zeitpunkt X1 erfolgte unter zu Hilfenahme der klinikinternen Dokumentation. Die Datenerfassung bezüglich der Rahmenbedingungen der jeweiligen Hausbesuche zu X2 sowie der Befunde des Telefoninterviews zu wurden stichpunktartig handschriftlich in die entsprechenden Dokumentationsvorlagen übertragen. Die halbstrukturiert geführten Interviews zum Zeitpunkt X2 und X3 wurden jeweils mit Einverständnis der Probanden auf einen Tonträger aufgenommen. Im Anschluss daran wurden diese zeitnah transkribiert.

Dabei wurde aufgrund der zu erwartenden hohen Datenmenge auf die Form der vollständigen wörtlichen Transkription verzichtet. Stattdessen wurden stichwortartig Inhaltstragende Aussagen der Probanden herausgeschrieben. Dazu wurde die Struktur des Leitfadens als Dokumentationsgrundlage genutzt. Das bedeutet, dass im Prozess der Niederschrift durch die Projektmitarbeiter es bereits zu einer ersten Selektion von Daten kam. Dieses Vorgehen lässt sich vor allem durch das primär rein inhaltliche Interesse des Forschungsansatzes begründen, für das eine vertiefte Konversationsanalyse von nachgeordneter Bedeutung war. Um jedoch in dieser ersten Datenselektion den Verlust von relevanten Daten zu verhindern, wurden die Tonbänder zu Beginn der Projektlaufzeit engmaschig durch die Projektleitung abgehört, so dass durch Nachsteuerung ein Datenverlust weitgehend ausgeschlossen werden konnte. Mit zunehmender Routine der Projektmitarbeiter zeigte sich hier ein verbessertes Verständnis für die Relevanz der von den Probanden genannten Aspekte. Zusätzlich zu den extrahierten Stichworten wurden besonders aussagekräftige Narrative der Probanden wörtlich transkribiert.

Die Fallbezogenen vollständigen Datensätze bestanden nach Abschluss des jeweiligen Erhebungszeitraums aus folgenden Elementen:

Bezeichnung	Inhalte
Datendeckblatt	Personenbezogene Daten ²
Instrument Ersterhebung	Diagnosen, zuständiger Hausarzt, bisherige Versorgungssituation, Vorliegen einer Pflegestufe/ Betreuungsvollmacht, bereits vorhandene Hilfen bzw. Hilfsmittel, Therapieempfehlung aus dem Krankenhaus, Hausbesuch, durchgeführte Anleitungen
Assessmentinstrumente	Barthel-Index, Erweiterter Barthel-Index, IADL Skala
Dokumentation des Fallverlaufs	Verlaufsbeschreibung Erstbesuch, fallspezifische zentrale Probleme, Intervention, Telefonkontrollnotizen, Verlaufsbeschreibung Abschlussbesuch,
Leitfaden Interventionserleben	Beurteilung des Erlebens der Intervention
Zorgkompas	Transkribierte Notizen aus den halbstrukturierten Interviews zu X1 und X3

Tabelle 7: Datensatz

² Die Datendeckblätter wurden nach Vergeben einer Fallnummer in einem gesonderten verschlossenen Aktenschrank aufbewahrt und nach Abschluss des Projektes vernichtet.

4.2 Methodisches Vorgehen bei der quantitativen Analyse

Für die quantitative Analyse wurde nach 40 abgeschlossenen Fällen im Datenverarbeitungsprogramm SPSS eine projektspezifische Datenmaske erstellt, in der die in der folgenden Tabelle dargestellten Itemgruppen erfasst wurden.

Inhalt	Items
Soziodemografische Variablen	Alter, Geschlecht Pflegebedürftiger, Alter Geschlecht Hauptpflegeperson, Art der Pflegebeziehung, Pflegesetting,
Diagnosen Pflegebedürftiger	Erfassung von 1 Hauptdiagnose und 2 pflegerelevanten Diagnosen nach ICD 10 Codierung
Pflegestufe	Pflegestufe bei Erstbesuch vorhanden/ beantragt Pflegestufe bei Abschlussbesuch
Assessments	Barthel Index, erweiterter Barthel Index, IADL Skala, Unterstützungsbedarf aus Sicht der Angehörigen
Motivation	Motivation zur Pflegeübernahme
Gesundheitszustand Hauptpflegeperson	Gesundheitliche Einschränkungen vor und nach der Pflegeübernahme
Pflegeorganisation	Aufgaben neben der Pflege, Zeitbudget, Möglichkeit Auszeit zu nehmen
Entlastung	Inanspruchnahme von Entlastung und Hilfen
Interventionsarten	Information und Orientierung, Deutung und Klärung, Handlung und Bewältigung
Bewertung der Intervention	Erleben und Umsetzung der Intervention, Erleben der Fallentwicklung
Überleitungsprozess der Klinik	Probleme mit Hilfsmitteln, Durchführung von Hausbesuch/ Anleitung aus der Klinik heraus
Daten zum Projektablauf	Dauer der Hausbesuche, Interventionszeitpunkt, erneute Intervention im Abschlussbesuch

Tabelle 8: Variablen der quantitativen Analyse

Die Dateneingabe erfolgte in Zusammenarbeit der Projektleiterin und der wissenschaftlichen Begleitung. Dieses Verfahren wurde deshalb gewählt, da die quantitativ zu erfassenden Daten zum Teil auch aus den Transkripten der Leitfäden extrahiert und codiert werden mussten. Dies erforderte inhaltliche Kenntnisse der Einzelfälle, wie sie nur die Projektleitung hatte. Um hier jedoch ebenfalls rein subjektive Beurteilungen zu unterbinden, wurden Zweifelsfälle fachlich methodisch zwischen der Projektleitung und der wissenschaftlichen Begleitung diskutiert. Um eine hohe Interrater-Reliabilität anzustreben wurden insbesondere in der Frühphase der Dateneingabe stichprobenartig Codierungen derselben Fälle unabhängig und unbeeinflusst voneinander vorgenommen, um die Übereinstimmung zu kontrollieren und die Codierpraxis anzugleichen.

Die Auswertung der erfassten quantitativen Daten verfolgte vornehmlich das Ziel einer deskriptiven Analyse des Samples sowie der Beschreibung der Rahmendaten des Pro-

jektes (wie z. B. Dauer der Erstbesuche) sowie auch einer quantitativen Bewertung der Interventionseffekte und der Entwicklung der Selbständigkeit.

4.3 Methodisches Vorgehen bei der qualitativen Analyse

Im Kontext der qualitativen Analyse wurden unterschiedliche Auswertungsstrategien verfolgt, um das komplexe Datenmaterial mehrschichtig zu erschließen.

Die erste Erschließungsstrategie erfolgt über eine Fallübergreifende Analyse deduktiv abgeleiteter Kategorien aus dem teiltranskribierten Material. Zielsetzung dieser Auswertungsstrategie war es, fallübergreifend neben den quantitativ erfassten Daten (wie z.B. zur Beurteilung der Intervention durch die Projektmitarbeiter) auch qualitative Aussagen darüber zu erhalten, welche Aspekte inhaltlicher und methodischer Art von den Hauptpflegepersonen in der Intervention als hilfreich oder auch weniger hilfreich empfunden wurden.

Das methodische Vorgehen gestaltete sich konkret wie folgt: Aus allen Datensätzen wurden jeweils die Kategorie bezogenen Inhaltstragenden Aspekte zunächst wörtlich in einer gesonderten Datei gesammelt, wobei der jeweiligen Aussage der konkrete Fall mittels Fallnummer zugeordnet wurde. Dies ermöglichte während des weiteren Auswertungsprozesses immer wieder auf das Ausgangsmaterial zurückgreifen zu können, um Aussagen in ihrem Kontext zu betrachten. Dieses Vorgehen lehnte sich stark an Techniken im Rahmen der Grounded Theory (Strauss; Corbin 1996) an, bei denen Erkenntnisse aus dem Datenmaterial im induktiv deduktiven Wechselspiel am Material überprüft werden. Dies geschah beim vorliegenden Datensatz immer dann, wenn Aussagen nicht eindeutig gedeutet werden konnten. Im weiteren Verlauf wurden die Aussagen Kategorien zugeordnet, die die inhaltliche Struktur der Ergebnisdarstellung bilden.

Eine zweite Erschließungsstrategie orientierte sich - im Sinne der fokussierten Zielsetzung des Projektes – an der Belastungsreduzierung für die pflegenden Angehörigen. Hier wurde in Anlehnung an Gamel (1999, 2000) davon ausgegangen, dass weniger die faktische Belastung durch die Pflegesituation sondern primär das Erleben dieser Belastung entscheidend für die Gestaltung und die Bewältigung des Pflegeverlaufs ist. Um das Belastungserleben der Hauptpflegepersonen zu analysieren und herauszuarbeiten, wurden die einzelnen Fälle daraufhin betrachtet, ob sich im Pflegeverlauf Phänomene als herausragend feststellen ließen, die zentral in dem jeweils betrachteten Fall das Belastungserleben bestimmen. Die Zielsetzung dieser Herangehensweise bestand darin, Hinweise auf Faktoren gelingender und eher nicht gelingender Pflegesituationen herauszufiltern. Hierzu wurden während der Sichtung der jeweiligen

Datensätze pro Fall bedeutsame Aspekte im Datenmaterial markiert und zunächst im Sinne eines ersten Falleindrucks schriftlich festgehalten. Anschließend fand eine inhaltliche Rücküberprüfung dieser ersten herausgefilterten Aspekte durch eine gemeinsame Reflektion mit dem jeweils für den Fall zuständigen Projektmitarbeiter statt. Daraufhin wurde von der Projektleitung eine zusammenfassende Fallgeschichte geschrieben, in der die zentralen Eindrücke eines Falls gebündelt wurden und die damit – im Sinne der Vorgehensweise der Grounded Theory (Strauss/ Corbin 1996, 96ff) – den roten Faden eines Falls dokumentiert.

Nach Vorliegen von ca. 60 Fallgeschichten und dem Eindruck, dass die Daten einen ersten Sättigungsgrad aufwiesen, wurde deutlich, dass im Hinblick auf das Gelingen oder Misslingen eines Falls bestimmte Phänomene eine besondere Rolle spielten. Diese aus den Einzelfällen extrahierten zentralen Phänomene wurden induktiv formulierten Kategorien zugeordnet. Dies geschah in dem die im jeweils bearbeiteten Fall am deutlichsten hervortretenden Aspekte extrahiert wurden. Im Sinne der qualitativen Analyse war das Ziel hierbei nicht herauszufinden, wie viele Fälle jeweils einem Phänomen zugeordnet werden konnten und dadurch eine Hierarchisierung und Wertigkeit aufgrund quantitativer Bedeutsamkeit herzustellen, sondern Fall bestimmende Aspekte in ihrer Komplexität zu erfassen und abzubilden.

Schließlich war im Kontext einer dritten Erschließungsstrategie die fallrekonstruktive Betrachtung spezifischer Einzelfälle geplant. Diese Vorgehensweise sollte sich ursprünglich auf die Fälle beschränken, die im Zuge einer pflegerischen Überforderungssituation entweder ins Krankenhaus oder in die stationäre Heimversorgung eingewiesen wurden. Im vorliegenden Untersuchungszeitraum kam es im zugrunde liegenden Sample in keinem Fall zu einer Wiedereinweisung, die primär als Überlastungsinduziert (s. auch Kapitel 6.6.2) einzustufen wäre, demgegenüber entschlossen sich jedoch einige pflegende Angehörige, Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung betreuen zu lassen. Einer dieser Fälle wird exemplarisch dargestellt (s. Kapitel 6.6.2).

5 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Begleitforschung

Folgend werden die zentralen Ergebnisse der Begleitforschung zusammenfassend dargestellt. Die Darstellung orientiert sich dabei an der Beantwortung der zentralen Forschungsfragen.

- Wo lagen die Problemlagen und Belastungen von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen in der frühen nachstationären Versorgungsphase?
- Wie entwickelte sich die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen?
- Welche Effekte zeigte die Intervention zur Belastungsreduktion für die Pflegenden Angehörigen?
- Erwiesen sich Konzeption und Durchführung des Interventionskonzeptes als sinnvoll?

Problemlagen und Belastungen der Pflegebedürftigen und Pflegenden Angehörigen in der frühen nachstationären Versorgungsphase

Die Hauptproblemlagen der Pflegebedürftigen zeigten sich erwartungsgemäß im Bereich der zugrunde liegenden Erkrankung und der damit verbundenen Symptome. Das Sample zeichnete sich durch ein für geriatrische Patienten typisches Erkrankungsspektrum aus, in dem degenerative Erkrankungen im Bereich des Bewegungsapparates, Krankheiten des Nervensystems und des Herz-Kreislaufsystems die zentrale Rolle spielten (Robert Koch Institut 2002). Bei der Mehrzahl der Probanden (82%) zeigten sich mindestens noch zwei weitere pflegerelevante Nebendiagnosen. Diese lagen gehäuft im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen (z. B. Demenz). Dementsprechend ergaben sich Problemlagen nicht nur als Ableitung aus der Grunderkrankung, sondern diese fanden sich auch in den Bereichen Verhalten, Handlungsplanung und Beschäftigung. Es zeigte sich ferner, dass gerade die Problemlagen in den Bereichen Verhalten und Handlungsplanung und Beschäftigung zentral für die Belastungswahrnehmung der pflegenden Angehörigen waren.

Die Belastungen der pflegenden Angehörigen betrafen die Aspekte: Handling, Informationsdefizite, Emotionale Probleme, Körperliche Probleme sowie den Bereich der Interaktion mit dem Pflegebedürftigen. Der größte Interventionsbedarf in der Anfangsphase der Pflegeübernahme lag im Bereich der Information und Orientierung. Hier fehlten den Angehörigen relevante Informationen zum Zusammenhang zwischen Erkrankung des Pflegebedürftigen, Symptomen und Konsequenzen sowie insbesondere auch zu organisatorischen und sozialrechtlichen Aspekten. Ein zweites wesentliches Feld betraf das Handling. Hier spielte die unsichere Anfangssituation der Pflege eine Rolle und induzierte einen hohen Interventionsbedarf im Bereich von Anleitung und Unterstützung wie bspw. bei Lagerung oder Transfers. Weniger groß stellte sich in der Anfangsphase der Pflegeübernahme der Bedarf an psychosozialer Unterstützung dar.

Hier zeigte sich, dass die pflegenden Angehörigen sich vornehmlich mit den alltagspraktischen Problemen der Pflegesituation befassen, bevor sie ihre eigene Belastungssituation reflektierten. Erfreulich gering war die Anzahl der Fälle, in denen es einen Interventionsbedarf im Hinblick auf eine nicht funktionierende Hilfsmittelversorgung gab.

Insgesamt zeichnete sich die Anfangsphase der Pflegeübernahme sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Hauptpflegepersonen als eine Zeit mit außerordentlich komplexen Anforderungen heraus, die in der Mehrzahl der Fälle einen Interventionsbedarf induzierte. Die Angehörigen waren gerade in der frühen Phase der Pflegeübernahme sehr belastet. Dies zeigte sich auch daran, dass mehr als die Hälfte der Hauptpflegepersonen angaben, kein ausreichendes Zeitbudget zur Verfügung zu haben, 44% sahen für sich keinerlei Möglichkeiten, eine Auszeit von der Pflege zu nehmen. Dabei hing das Belastungserleben der Hauptpflegepersonen nicht ausschließlich mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit zusammen, sondern wurde auch stark durch Beziehungsaspekte zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigem bestimmt.

Zur Entwicklung der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen

Im Hinblick auf die Zielsetzung einer weitestgehenden Erhaltung der Selbstständigkeit zeigte sich in der Datenanalyse, dass es im Interventionsverlauf in der Mehrzahl der Fälle zumindest zu einer Stabilisierung der Selbstständigkeit sowie in einigen Fällen sogar auch zu einer Verbesserung kam. Betrachtet man also die für die Intervention relevante Zeitspanne zwischen den Messzeitpunkten X2 (Erstbesuch mit Intervention) und X3 (Abschlussbesuch) zeigt sich ein positives Resultat der Entwicklung der Selbstständigkeit. Dieses wird die auch durch Einschätzung der Angehörigen bestätigt, die in der Bilanzierung des gesamten Verlaufs sowohl den konkreten Unterstützungsbedarf im Alltag als auch die gesamte Fallentwicklung mehrheitlich stabilisiert bis positiv wahrnehmen.

Einschränkend muss hier darauf hingewiesen werden, dass dieses sehr positive Ergebnis nicht als monokausaler Effekt der Intervention gewertet werden kann. Um hierzu Aussagen zu machen, hätte es einer randomisierten kontrollierten Studie bedurft. Diese Anlage hatte die vorliegende Studie nicht. Es wurde vielmehr in der Betrachtung der Einzelfälle deutlich, dass eine Vielzahl von Faktoren wie bspw. eine plötzliche Verschlimmerung der Grunderkrankung einen wesentlichen Effekt für die Selbstständigkeitsentwicklung entfalten konnte, ohne dass hierbei eine Einflussmöglichkeiten im Rahmen des Interventionsansatzes gegeben war. Insofern eignet sich der Parameter der Selbstständigkeitsentwicklung der Pflegebedürftigen nur bedingt zur Beurteilung der faktischen Interventionseffekte. Relevanter für die Beurteilung des direkten Effektes der Intervention ist hingegen die Einschätzung der Hauptpflegepersonen hinsichtlich ihrer Belastungsreduzierung.

Zur Belastungsreduzierung der pflegenden Angehörigen

Das Interventionskonzept zur Kompetenzförderung erwies sich generell als Zielführendes Verfahren zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Hauptpflegepersonen in der frühen nachstationären Phase der Versorgung. Der überwiegende Anteil (90%) der befragten Angehörigen, die eine Intervention erhielten, bewertete sowohl den Ansatz allgemein als auch den Effekt für die persönliche Reduzierung der Belastung sehr positiv. Hier spielte besonders der begleitende Interventionscharakter eine zentrale Rolle. Angehörige schätzten auf der einen Seite die Möglichkeit sich auszutauschen, die Sicherheit und Ansprechbarkeit der Projektmitarbeiter im Hintergrund sowie das Prinzip der zugehenden Interventionsform. Auf der anderen Seite wurden die fachliche Kompetenz und die direkten praktischen Hinweise positiv hervorgehoben.

Die Hauptpflegepersonen setzten die Interventionsinhalte und vorgeschlagenen Maßnahmen gut zur Hälfte um. Zum Teil (25%) wurden die Vorschläge zwar als sinnvoll beurteilt, die Umsetzung z. B. aus Gründen mangelnder Finanzierbarkeit aber auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. In den gut 20% der Fälle, die vorgeschlagene Maßnahmen definitiv nicht umsetzen wollten, wurden zum einen finanzielle Gründe sowie zum anderen auch eine grundsätzlich ablehnende Haltung des Pflegebedürftigen gegenüber fremder Hilfe angegeben.

In der Gesamtbetrachtung der Umsetzung der Interventionen zeigt sich, dass in der Regel die Interventionen von den Angehörigen umgesetzt wurden, die sich direkt auf Anleitungen zum pflegerischen Verhalten bezogen oder die der Verbesserung des Zustandes der Pflegebedürftigen dienten. Die Umsetzungen von Maßnahmen zur Entlastung der Hauptpflegeperson erfolgten dagegen weitaus seltener. Das zeigt, dass dem Pflegebedürftigen und seinen Bedürfnissen in der Pflegesituation höchste Priorität zugestanden wurde, dahinter traten die Bedürfnisse der Hauptpflegeperson deutlich zurück.

Im Rahmen der qualitativen Fallanalyse konnten zudem Faktoren gelingender und Faktoren für sich eher ungünstig entwickelnde Pflegeverläufe extrahiert werden, die wertvolle Hinweise im Sinne „weicher“ Indikatoren zur prospektiven Einschätzung von Pflegesituationen liefern. Demnach entwickeln sich Pflegesituationen immer dann positiv, wenn Angehörige sich bewusst und aktiv mit der Pflegeübernahme auseinandersetzen, diese einer positiven Motivation entspringt, es gelingt eine akzeptierende Grundhaltung zu entwickeln, soziale Unterstützungssysteme bestehen und diese auch aktiv genutzt werden, Angehörige Strategien wie bspw. Grenzen setzen entwickeln, mit der Belastungssituation umzugehen sowie sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen stabilisiert oder verbessert.

Demgegenüber fanden sich insbesondere immer dann eher ungünstige und für alle Beteiligten schwierige Verläufe, wenn bereits im Vorfeld eine problematische Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen und dem pflegenden Angehörigen bestand, es sich um eine erzwungene Pflegeübernahme handelte, sich der sowohl der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen als auch der Hauptpflegeperson verschlechterte sowie materiell als auch personell kein Unterstützungssystem zur Verfügung stand.

Zur Umsetzung des Interventionskonzeptes

Die Interventionskonzeption erwies sich als sinnvoll, der zeitliche Ablauf führte zu einer bedarfsangemessenen Unterstützung der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen. Der erste Hausbesuch ein bis zwei Wochen nach der Entlassung war zeitlich gut platziert, um zum einen die Teilnehmer nicht zu überfordern zum anderen aber eine im Zeitverlauf der Versorgung möglichst frühe Weichenstellung zu ermöglichen. So konnte erreicht werden, dass z. B. nicht korrekt durchgeführte Handlings frühzeitig korrigiert werden konnten und nicht erst zur Routine wurden.

Die Auswertung der konkreten Interventionsabläufe zeigte dass das Verfahren an zwei Stellen vereinfacht werden konnte. So wurde deutlich, dass ein zusätzlicher Interventionsstermin über den ersten Hausbesuch nur in wenigen Fällen mit komplexem Anleitungsbedarf notwendig war. In der Mehrzahl der Fälle konnte die Intervention zeitnah während des ersten Hausbesuchs stattfinden. Sondertermine wurden in geringer Anzahl in komplexeren Fällen mit hohem Pflegebedarf durchgeführt. Es zeigte sich weiter, dass der fakultativ zwei Tage nach Hausbesuch geplante Telefonanruf zumeist entfallen konnte, da in Absprache zwischen dem jeweiligen Projektmitarbeiter und der Hauptpflegeperson dafür keinen Bedarf gesehen wurde, da entweder die Interventionen im niedrigschwelligen Bereich lagen und keine Vertiefung erforderten oder weil die pflegenden Angehörigen sich ausreichend beraten fühlten. Hierbei spielte die sukzessiv im Projektverlauf anwachsende Handlungskompetenz und Routine der Mitarbeiter sowie deren fundierte pflegfachliche Kompetenz die zentrale Rolle.

Der Telefonkontakt vier Wochen nach der Entlassung des Pflegebedürftigen aus dem Krankenhaus konnte deutlich den geplanten begleitenden Charakter entfalten. Von den Hauptpflegepersonen wurden kaum neue Thematiken oder Probleme aufgeworfen. Vielmehr wurde über Strategien zur Bewältigung der Pflegesituation berichtet und diese wurden ggf. durch die Projektmitarbeiter verstärkt bzw. korrigiert. In keinem Fall wurde ein Bedarf für einen erneuten Hausbesuch geäußert. Dies deutet daraufhin, dass die Hauptpflegepersonen nach einem Zeitraum von vier Wochen Routine in der Handhabung der Pflegesituation erlangt hatten.

Der ursprünglich vornehmlich zum Zweck der wissenschaftlichen Begleitforschung geplante Abschlussbesuch neun Wochen nach der Entlassung stellte sich allerdings

deutlich als ein zusätzlicher Interventionszeitpunkt heraus. Es zeigte sich ein erneuter Interventionsbedarf bei den Hauptpflegepersonen. Dieser umfasste ebenso wie beim Erstbesuch die drei Interventionsbereiche Handlung und Bewältigung, Information und Orientierung und Deutung und Klärung. Inhaltliche Schwerpunkte stellten sich jedoch unterschiedlich dar. So ergab sich hier ein hoher sozialrechtlicher Informationsbedarf, z. B. im Hinblick auf Widerspruchsverfahren bei Ablehnung der Pflegeeinstufung bzw. einem Höherstufungsantrag. Zudem war ein Anstieg der Interventionen im Bereich von Deutung und Klärung zu verzeichnen, der darauf hindeutet, dass die Angehörigen nach neun Wochen eher psychosoziale Belastungsmomente der Pflege thematisieren als dies in der Anfangsphase der Pflegeübernahme der Fall ist.

Der Einsatz eines halbstrukturierten Gesprächsleitfadens (modifizierter Zorgkompass) verfolgte eine doppelte Zielsetzung. Zum einen diente er als Instrument der qualitativen Datenerfassung zum anderen wurde durch die halboffene Befragungsform den Probanden die Möglichkeit gegeben, ihre Problemlagen und Belastungen ausführlich zu schildern. Dies wurde von den meisten Teilnehmern dankbar aufgegriffen, führte aber auch zu einem relativ hohen Zeitbedarf sowohl im Erst- als auch im Abschlussgespräch. Den Aussagen vieler Probanden zufolge stellte sich jedoch dadurch bereits ein erster entlastender Effekt ein. Das Instrument hat sich daher zum Zweck der Erzählstimulierung individueller Erfahrungen als sehr sinnvoll erwiesen. Durch die im Erzählstil frei formulierten Antworten der Pflegenden Angehörigen gelang ein unmittelbarer Zugriff zum individuellen Relevanzsystem des Befragten. Dadurch konnten die fallspezifischen Problemlagen besonders gut erfasst werden.

Die Strategien zur Projektimplementierung erwiesen sich als erfolgreich. Die in der Anfangsphase offensiv betriebene Öffentlichkeitsarbeit führte zu einer guten Verankerung und Unterstützung des Projektes innerhalb der Projektklinik. Klinikintern erhielt das Projekt insbesondere fundierte organisatorische als auch inhaltliche Unterstützung durch die für die Entlassungsorganisation zuständigen Mitarbeiter des Sozialdienstes sowie der Pflegeüberleitung. Auch außerhalb der Projektklinik wurde das Projekt bis auf ein Beispiel positiv aufgenommen. Daher kam es im Projektzeitraum bis auf eine Ausnahme nicht zu Problemen mit anderen Akteuren der nachstationären Versorgung.

Die Auswahl der Projektmitarbeiter und der Projektleitung war eine wesentliche Gelingensbedingung des Interventionskonzeptes. Insbesondere im Hinblick auf pflegfachliche Aspekte zeigten die Mitarbeiter eine hohe Kompetenz, die bereits in der Frühphase des Projektes mit dazu beitrug, dass die Interventionen zeitnah im Erstbesuch durchgeführt werden konnten und von den pflegenden Angehörigen als alltagsnah und praktikabel empfunden wurden. In Bezug auf die notwendige Erweiterung des Handlungsspektrums der Pflegemitarbeiter in puncto Setting der häuslichen Pflegesituation, sozialrechtliche Inhalte, Beratungskompetenz sowie Datenerhebungs-

methodik bedurfte es einer intensiven Schulung. Das dazu entwickelte Schulungskonzept erwies sich sowohl inhaltlich als auch zeitlich als angemessen, um eine Grundkompetenz in den Bereichen Beratung, Angehörigenbezug, Setting häusliche Pflege zu erlangen. Die Mitarbeiter konnten ihre Handlungskompetenz vor allem im Hinblick auf das nachstationäre Setting erheblich erweitern. Die Anfangsphase erforderte allerdings vor allem in Bezug auf die Interviewführung eine intensive Begleitung und Supervision. Zudem zeigte sich die Notwendigkeit einer dauerhaften Projektbegleitenden Supervision, um die Nachhaltigkeit der Schulungseffekte zu verstetigen. Das zu diesem Zweck entwickelte Fallorientierte Besprechungsverfahren mit der pflegewissenschaftlich qualifizierten Projektleitung führte zu einer praxisnahen Begleitung der Mitarbeiter. Dies bewirkte zum einen eine Entlastung der Mitarbeiter bei problematischen Fällen und trug zu einer kontinuierlichen Vertiefung und Anwendung der Schulungsinhalte bei.

In der Gesamtbetrachtung stellt sich die Bilanz des Interventionskonzeptes positiv dar. Es wurde zum einen deutlich, dass in der frühen poststationären Phase ein erheblicher Interventionsbedarf besteht. Dieser konnte sowohl quantitativ als auch qualitativ inhaltlich erfasst werden. Es konnte deutlich herausgearbeitet werden, dass in der Anfangsphase für die pflegenden Angehörigen Handling- und Information im Vordergrund stehen, psychosoziale Aspekte der eigenen Belastung der Angehörigen dahinter deutlich zurücktreten. Zudem zeigte sich die deutliche Tendenz der Angehörigen die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen absolut in den Mittelpunkt zu stellen, eigene Bedürfnisse eher zurückzustellen. Ferner zeigte sich der zugehende Charakter der Intervention als hilfreich für die Angehörigen, da diese wenig Bereitschaft zur aktiven Inanspruchnahme von Hilfeleistungen zeigten. Der erneute Interventionsbedarf, der sich in den meisten Fällen im Abschlussbesuch ergab, zeigt dass pflegende Angehörige eine längerfristige Begleitung ihrer Pflegesituation benötigen und eine einmalige Intervention zu Beginn der Pflege nicht ausreichend ist. Ebenso kristallisierte sich heraus, dass sich zu unterschiedlichen Zeiten im Pflegeverlauf auch deutlich unterschiedliche Interventionsbedarfe ergeben.

6 Ergebnisse der Begleituntersuchung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Begleitforschung im Detail dargestellt und bewertet. Dazu wird zunächst auf die Rahmenbedingungen und den Ablauf des Interventionsansatzes eingegangen. Die dann folgenden Kapitel explizieren sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Befunde hinsichtlich der Effekte des Interventionskonzeptes.

6.1 Zu den Rahmenbedingungen des Interventionskonzeptes

Im Rahmen der Projektlaufzeit (32 Monate davon 26 Erhebungsmonate) wurden insgesamt 163 Fälle für die Teilnahme an der Studie rekrutiert. 120 konnten den gesamten Projektablauf durchführen. In 20 Fällen verstarben die Pflegebedürftigen im Untersuchungszeitraum, so dass vor allem auch aus ethischen Gründen kein Abschlussgespräch mit den Hauptpflegepersonen geführt wurde. Die 23 Probanden, die die Teilnahme vorzeitig abbrachen, gaben dafür unterschiedliche Gründe an. In den meisten Fällen lag aus Sicht der Pflegenden Angehörigen kein relevanter Unterstützungsbedarf mehr vor, so dass diese den geplanten Besuch als überflüssig für sich ablehnten. In anderen Fällen wurden zeitliche Gründe genannt.

Der Überleitungsprozess aus der Projektklinik

Der Interventionsansatz sah vor, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen den Übergang aus der klinischen in die häusliche Versorgung zu erleichtern. Daher interessierten auch Daten zum Überleitungsprozess der Projektklinik. Diese bezogen sich auf die Frage, ob aus der Klinik heraus ein vorbereitender Hausbesuch stattgefunden hatte, bzw. ob und von welcher Berufsgruppe in der Klinik Anleitungen zur Entlassungsvorbereitung durchgeführt worden waren.

	Häufigkeit	Prozent
Ja	2	1,2
Nein	80	49,1
Keine Angabe	81	49,7
Gesamt	163	100,0

Tabelle 9: Durchführung Hausbesuch während des Klinikaufenthaltes

	Häufigkeit	Prozent
Keine Anleitung	62	38,0
Keine Angabe	85	52,2
Ergo	4	2,5
Physio	1	0,6
Logo	1	0,6
Pflege	9	5,5
Mehrere	1	0,6
Gesamt	163	100,0

Tabelle 10: Anleitung und anleitende Berufsgruppen in der Klinik

Hier zeigt sich eine unzureichende Datendokumentation der Klinik darüber ob Hausbesuche oder Anleitungen stattgefunden hatten. An der Betrachtung von Einzelfällen ließ sich ein deutlicher Unterschied feststellen, zwischen tatsächlich stattgefundenen Anleitungen, von denen Angehörige in Einzelfällen berichteten und der dazugehörigen Dokumentation. Daher kann aufgrund der Daten keine eindeutige Aussage zum Grad der Entlassungsvorbereitung aus der Klinik getroffen werden. Mit zunehmender Dauer des Projektes könnte es auch dazu gekommen sein, dass Anleitungen und Hausbesuche unterblieben, da die Mitarbeiter die Verantwortung für die Nachsorge in die Hände der Projektmitarbeiter abgaben.

Interventionszeitpunkte

Entgegen der ursprünglichen Planung den Pflegenden Angehörigen nach der Ersterhebung während des Erstbesuches einen weiteren Hausbesuch zur eigentlichen Intervention anzubieten, stellte sich bereits in der Pretestphase heraus, dass dies zu meist nicht praktikabel war, da die geschilderten Probleme und Unterstützungsbedarfe entweder einen sofortigen Handlungsbedarf induzierten (z. B. in Falle von Schluckstörungen, die zu gefährlicher Aspiration von Nahrungsresten oder Flüssigkeiten führen könnten) und daher zeitlich nicht verschoben werden konnten oder diese aufgrund der Niedrigschwelligkeit ihrer Anlage keinen gesonderten Termin notwendig erscheinen ließen. Die folgende Tabelle verdeutlicht diesen Aspekt:

	Häufigkeit	Prozent
Intervention beim Erstbesuch	131	80,4
Sondertermin	8	4,9
Keine Intervention	23	14,1
Keine Angabe	1	0,6
Gesamt	163	100,0

Tabelle 11: Zeitpunkt der Intervention

So fand nur in 8 Fällen ein gesonderter Interventionstermin statt. Hierbei handelte es sich um Fälle, in denen komplexere Pflegehandlungen gezeigt werden mussten (z.B. der Umgang mit einer Ernährungssonde oder ein Transfer). In weiteren Fällen hielten die Projektmitarbeiter aufgrund von umfassenderen sozialrechtlichen Fragen zunächst Rücksprache mit dem Kliniksozialdienstmitarbeiter, um eine fundierte Beratung anbieten zu können. In zwei Fällen führten zeitliche Gründe von Seiten der Pflegenden Angehörigen zur Vereinbarung eines gesonderten Interventionstermins. Es zeigt sich ferner, dass in gut 14% der Fälle gar keine Intervention notwendig war. Hier bestand in aller Regel eine profunde pflegerische Vorerfahrung von Seiten der pflegenden Angehörigen.

Kontaktaufnahmen im Projektverlauf

Der für den Bedarf (z.B. im Fall komplexer Anleitung) angelegte Telefonruf 2 Tage nach dem Hausbesuch, mit dem erfragt werden sollte, ob die Angehörigen auch wirklich mit der Situation zurecht kamen, konnte ebenfalls in der Mehrzahl der Fälle unterbleiben.

	Häufigkeit	Prozent
Ja	32	19,6
Nein	131	80,4
Gesamt	163	100,0

Tabelle 12: Telefonanruf 2 Tage nach Hausbesuch

Die Möglichkeit, ihrerseits Kontakt mit den Projektmitarbeitern aufzunehmen nutzte nur eine geringe Anzahl der Hauptpflegepersonen.

	Häufigkeit	Prozent
ja	16	9,8
nein	147	90,2
Gesamt	163	100,0

Tabelle 13: Kontaktaufnahme durch Angehörige in 9 Wochen

Demgegenüber ergab sich in einer Vielzahl der Fälle ein erneuter Interventionsbedarf beim Abschlussbesuch durch die Projektleitung neun Wochen nach der Entlassung.

	Häufigkeit	Prozent
Ja	96	80,0
Nein	24	20,0
Gesamt	120	100,0

Tabelle 14: Intervention beim Abschlussbesuch (X3)

Die Befunde lassen vermuten, dass sich im Zeitverlauf der neun Wochen anscheinend für die pflegenden Angehörigen neue Fragen und Beratungsbedarfe entwickelt hatten, sie diese aber nicht von sich aus mittels einer aktiven Kontaktaufnahme, sondern erst im Rahmen des erneuten Hausbesuchs thematisierten. Vergleicht man die Interventionsarten zu den beiden Messzeitpunkten ergibt sich folgendes Bild:

	Erstbesuch (N= 152)	Abschlussbesuch (N= 100)
Information und Orientierung	79,8 %	63,3%
Deutung und Klärung	35,0 %	45,0%
Handlung und Bewältigung	55,2 %	58,3%

Tabelle 15: Vergleich der Interventionsarten zu den Messzeitpunkten X2 und X3

Während im Bereich Information und Orientierung ein Rückgang zu verzeichnen ist, findet sich ein Anstieg im Bereich der Deutung und Klärung. Annähernd gleich verteilt stellt sich die Interventionsrate im Bereich von Handlung und Bewältigung dar. Während Aspekte zum Bereich Deutung und Klärung in allen neuen Pflegesituationen im Erstbesuch lediglich prospektiv angesprochen werden konnten, weil die Angehörigen noch nicht über längere Erfahrungen mit der Pflegesituation verfügten, konnte im Abschlussbesuch anhand konkreter Belastungssituationen darauf intensiver eingegangen werden.

Dauer der Hausbesuche

Der erste Hausbesuch ein bis zwei Wochen nach der Entlassung des Pflegebedürftigen beinhaltete sowohl das ausführliche Gespräch mit den Angehörigen als auch die ggf. durchzuführende Intervention. Dies ließ sich an der Dauer der Erstbesuche ablesen:

	Häufigkeit	Prozent
1Std	31	19,0
1,5 Std	43	26,4
2 Std	39	23,9
2,5 Std	31	19,0
3 Std und mehr	8	4,9
Keine Angabe	11	6,7
Gesamt	163	100,0

Tabelle 16: Dauer Erstbesuch ohne Fahrzeit

Die Erstbesuche dauerten in rund 70% aller gültigen Fälle zwischen 1 und 2 Std. Angesichts der Tatsache, dass in den allermeisten Erstbesuchen sowohl eine ausführliche Erhebung der Pflegesituation anhand der eingesetzten Erhebungsinstrumente als auch Beratung und ggf. Anleitung stattfand, erscheint der Zeitbedarf angemessen. Nur in rund 5% der Fälle dauerten die Erstbesuche 3 Std. oder länger. Dabei handelte es sich um komplexere Pflegesituationen sowie um Angehörige, die einen erhöhten Gesprächsbedarf aufwiesen und für die die Projektmitarbeiter offenbar die einzige Möglichkeit darstellten, sich ausführlich mit einer fachkompetenten Person auszutauschen.

Neun Wochen nach der Entlassung fand der Abschlussbesuch statt. Dieser wurde in aller Regel durch die Projektleitung durchgeführt, da hier neben der Erhebung der Pflegesituation auch die Wahrnehmung und die Beurteilung der Intervention durch die Projektmitarbeiter erfragt werden sollte. In 24 Fällen wurde die Abschlusserhebung telefonisch durchgeführt, da sich die pflegenden Angehörigen nur unter diesen Voraussetzungen zu einer Auskunft über ihre Situation bereit erklärten. Hier wich die Projektleitung vom geplanten Vorgehen ab, um in den betreffenden Fällen dennoch eine Abschlusserhebung durchführen zu können, führte aber telefonisch ein analoges Befragungsvorgehen durch. Die Dauer der Abschlussbesuche stellte sich folgendermaßen dar.

	Häufigkeit	Prozent
1Std	31	25,8
1,5 Std	41	34,2
2 Std	18	15,0
2,5 Std	5	4,2
3 Std und mehr	1	0,8
Telefon-Abschlusserhebung	24	20,0
Gesamt	120	100,0

Tabelle 17: Dauer der Abschlussbesuche ohne Fahrzeit

Die Abschlussbesuche dauerten in der Mehrzahl der Fälle wiederum zwischen 1 und 2 Stunden. Auch bei den Abschlussbesuchen erklärt sich der Zeitbedarf durch die qualitative Erhebung der Pflegesituation sowie durch den bereits oben beschriebenen erneuten Interventionsbedarf.

6.2 Zielgruppe der pflegebedürftigen Menschen

Soziodemografische Variablen

In der Gruppe der Pflegebedürftigen nahmen knapp 58% Frauen und rund 42% Männer am Modellprojekt teil. Es zeigt sich insgesamt ein hoher Altersdurchschnitt:

	Häufigkeit	Prozent
35-44 Jahre	1	,6
45-54 Jahre	1	,6
55-64 Jahre	7	4,3
65-74 Jahre	32	19,6
75-84 Jahre	74	45,4
>/= 85 Jahre	48	29,4
Gesamt	163	100,0

Tabelle 18: Alter der Pflegebedürftigen

Gut 94% der Probanden waren älter als 64 Jahre sind, rund 75% hatten bereits das 74. Lebensjahr überschritten. Der hohe Altersdurchschnitt kam durch die in der Projektklinik fokussierte Hauptzielgruppe (Patienten der Geriatrischen Klinik) zustande.

Einweisungsdiagnosen und pflegerelevante Nebendiagnosen

Im Rahmen der Untersuchung wurden sowohl die Haupteinweisungsdiagnosen als auch pflegerelevante Nebendiagnosen erfasst. Die Codierung orientierte sich dabei an der ICD 10. In Bezug auf die Hauptdiagnosen findet sich im zugrunde liegenden Sample der Pflegebedürftigen folgendes Bild:

	Häufigkeit	Prozent
Neubildungen	6	3,7
Krankheiten des Blutes	1	,6
Endokrine/ Ernährungskrankheiten	5	3,1
Psychische und Verhaltensstörungen	9	5,5
Krankheiten Nervensystem	46	28,2
KHK	23	14,1
Atmungsorgane	10	6,1
Verdauungsorgane	12	7,4
Krankheiten der Haut	2	1,2
Muskel/Skelett/Bindegewebe	33	20,2
Urogenitalsystem	4	2,5
Verletzungen/Vergiftungen	12	7,4
Gesamt	163	100,0

Tabelle 19: Hauptdiagnosen nach ICD 10

Die größten Häufungen finden sich erwartungsgemäß in den Bereichen degenerativer Erkrankungen des Muskel- Skelett und Bindegewebsapparates, im Bereich der Krankheiten des Nervensystems sowie der Herz-Kreislaufkrankungen. Damit bilden sich häufige Hauptdiagnosegruppen geriatrischer Patienten im vorliegenden Sample ab. Spielen Psychische und Verhaltensstörungen (wie bspw. Demenzen) bei den Hauptdiagnosen noch nicht die zentrale Rolle, so zeigen sich diese dann prominent (23,9%) in der Betrachtung der Nebendiagnosen. Ebenso spielen hier endokrine Erkrankungen (wie bspw. der Diabetes) mit 13,5 % eine wesentliche Rolle wie auch weiterhin der Bereich der Herz-Kreislaufkrankungen mit 18,4%. Auffällig ist zudem, dass alle Probanden über mindestens eine weitere pflegerrelevante Nebendiagnose verfügen. Immerhin 139 von 163 Probanden (82%) weisen auch eine zweite pflegerrelevante Nebendiagnose auf. Hier zeigen sich neben den psychischen- und Verhaltensstörungen auch Krankheiten des Urogenitaltraktes (z. B. Inkontinenz) vermehrt.

Einstufung der Pflegebedürftigkeit

Bei ca. der Hälfte (48%) der Pflegebedürftigen lag zum Interventionsbeginn bereits eine Pflegeeinstufung vor. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung auf die unterschiedlichen Pflegestufen:

	Häufigkeit	Prozent
Pflegestufe I	53	66,3%
Pflegestufe II	23	28,7%
Pflegestufe III	3	3,8%
Sonderstufe	1	1,2%
Gesamt	80	100,0%

Tabelle 20: Einstufung in Pflegestufen nach SGB XI

Hier zeigt sich ein deutlicher Schwerpunkt im Bereich der Pflegestufe I, da es sich im zugrunde liegenden Sample um Pflegebedürftige handelte, deren Einschränkungen zumeist noch nicht so weit vorangeschritten waren und die daher ohne professionelle Hilfe ausschließlich von Pflegenden Angehörigen versorgt werden konnten.

Ein weiterer Parameter zur Beschreibung Status der Pflegebedürftigen lässt sich durch die Betrachtung der Assessmentwerte zum Erhebungszeitraum X2 (beim ersten Hausbesuch) erfassen. Hier wird zunächst Bezug auf die körperlichen Fähigkeiten, die mittels des Barthelindex erhoben wurden, genommen. Die folgende Tabelle, die sich an einer Definition nach Shah et al. (1989) orientiert, zeigt, dass sich zu Beginn der Angehörigenpflege in der Häuslichkeit knapp 70% der Pflegebedürftigen im unteren Bereich der Skala einordnen lassen, also eine schwere bis totale Abhängigkeit in der Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens bestand.

Punktwert	Definition (vgl. Shah et al. 1989)	(n= 161)
0-20	Totale Abhängigkeit	07,6%
21- 60	Schwere Abhängigkeit	60,7%
61 - 90	Mittlere Abhängigkeit	31,7%
91-99	Schwache Abhängigkeit	-
100	Unabhängig	-

Tabelle 21: Verteilung des Gesamtscorewertes Barthelindex

Bei der Betrachtung der Einzelitems des Barthelindex fällt auf, dass die größten Selbstständigkeitsdefizite im Bereich der Körperpflege (Waschen, Baden und Duschen) im Bereich der Toilettenbenutzung, im Bereich der Mobilität (Aufstehen, Gehen, Treppe steigen) sowie beim An- und Auskleiden bestehen. Demgegenüber spielen im vorliegenden Sample die Bereiche Essen, Harn- und Stuhlinkontinenz keine so massive Rolle bei der Einschränkung der Selbständigkeit.

Beim erweiterten Barthelindex, dessen Schwerpunkt auf den kognitiven Funktionen liegt, zeigen sich insgesamt weniger starke Einschränkungen zu Beginn der Pflegeübernahme. So erreichen immerhin noch 50% der Fälle zwischen 60 und 85 Punkten, liegen also in der Gesamtscorebetrachtung bei einem maximalen Scorewert von 90 Punkten im mittleren bis oberen Bereich. Die Analyse der Einzelitems zeigt hier vornehmlich Defizite im Bereich des Lösens von Alltagsproblemen. Immerhin 85% der Pflegebedürftigen benötigen entweder geringe oder erhebliche Hilfestellung z. B. beim Planen von Handlungsabläufen, dem Einhalten von Terminen oder der pünktlichen und korrekten Medikamenteneinnahme. Im Bereich der IADL Skala, in der weitere Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung erfasst werden (vgl. Kapitel 4.1) zeigen sich bis auf den Bereich des Telefonierens in allen Items erhebliche Beeinträchtigungen.

In qualitativer Hinsicht konnten die Hauptproblemlagen der Pflegebedürftigen in der frühen nachstationären Phase anhand der Befunde aus dem halbstrukturierten Leitfaden (Zorgkompas) zum konkreten Unterstützungsbedarf der Pflegebedürftigen erfasst werden. Darüber hinaus ergaben sich mittelbar auch Hinweise aus der Falldokumentation der Projektmitarbeiter und der Interventionsplanung. Die Grafik zeigt die wesentlichen Befunde im Überblick:



Abbildung 1: Hauptproblemlagen der Pflegebedürftigen

Erkrankung und Symptome

Im Bereich der Erkrankung und Symptome war der körperliche Zustand der Pflegebedürftigen vordergründig. Insbesondere Schmerzen und Einschränkungen wie Hemiparesen und fehlende Rumpfstabilität aber auch körperliche Schwäche führten zu einer erheblichen Sturzgefährdung für die Pflegebedürftigen. Zudem erhöhte die eingeschränkte Mobilität in vielen Fällen die Risiken von Thrombose, Dekubitus und Pneumonie.

Ein weiterer wesentlicher Problembereich ergab sich durch die bei den meisten Pflegebedürftigen reduzierte Trinkmenge und Nahrungsaufnahme. Ursächlich waren in erster Linie Appetitlosigkeit und mangelndes Durstgefühl, aber durchaus auch Übelkeit und Erbrechen (z. B. durch Medikamente) sowie Schluckstörungen. Hinsichtlich der Ausscheidungen stellte die Inkontinenz mit den verbundenen Risiken (z.B. Hautirritationen, Geruchsbelästigung, Mykosen) und Folgen (z.B. sozialer Rückzug) eine weitere zentrale Problemquelle dar.

Verhalten

Neben den Problemen der Pflegebedürftigen im Hinblick auf das körperliche Befinden zeigten sich auch im Bereich des Verhaltens Phänomene, die die erste nachstationäre Phase kennzeichneten. So zeigten einige Pflegebedürftige aggressive Verhaltensweisen, Schreien und Stöhnen sowie einen ständigen Bewegungsdrang bspw. als Folge von Demenz. Viele hatten Schwierigkeiten sich zu Alltagsaktivitäten zu motivieren, sie zeigten sich antriebs- und interesselos. Eine Angehörige berichtete ein Beispiel:

„Vor allen Dingen morgens, das Aufstehen ist problematisch. ‚Ich kann nicht, lass mich liegen, meine Beine.‘ Und ich rede und rede und sag, wenn ich dich jetzt hoch setze und du kommst auf die Beine wird es besser. Und es wird auch dann hinterher immer besser ... So über Tag geht es dann immer, aber der Anfang...“ (Fall 13)

Hier zeigt sich wie viel Geduld ein solches Verhalten der Hauptpflegeperson abverlangt, da sich Handlungsmuster tagtäglich wiederholen und die Pflegebedürftige positive Erfahrungen nicht in alltägliches Handeln umsetzen kann.

Einige Pflegebedürftige entwickelten bzw. verstärkten ein mangelndes Hygienebewusstsein, so dass die Notwendigkeit zur Körperpflege mit einer ständigen Auseinandersetzung mit der Hauptpflegeperson verbunden war. Ein Teil der Pflegebedürftigen zeigte kaum Compliance, sie hielten therapeutische und diätetische Absprachen nicht ein, zeigten keinerlei Einsicht in das Krankheitsgeschehen und die damit verbundenen erforderlichen Maßnahmen. Einige Pflegebedürftige fixierten ihre Erwartungen und Betreuungsansprüche nahezu vollständig auf die Hauptpflegeperson und verhinderten mit der Ablehnung fremder Personen oder professioneller Unterstützungsleistungen wie Tagespflege deren Entlastung. Gleichzeitig drohten viele Pflegebedürftige zu vereinsamen, da sie infolge ihrer Immobilität und anderer Einschränkungen (z. B. Schwerhörigkeit, nachlassende Sehkraft) nicht oder nur selten am Familienleben bzw. sozialen Leben teilnehmen konnten.

Handlungsplanung und Beschäftigung

In engem Zusammenhang mit den Verhaltensproblemen sind die Schwierigkeiten der Pflegebedürftigen im Rahmen der Handlungsplanung und Beschäftigung zu sehen. Vielen Pflegebedürftigen fehlte die Fähigkeit zu einer angemessenen Tagesstrukturierung, so dass auch für die Pflegepersonen ein geregelter Tag-Nacht-Rhythmus kaum durchzuhalten war. Insbesondere die Pflegebedürftigen mit demenziellen Erkrankungen bzw. erheblichen kognitiven Einschränkungen nach Schlaganfall konnten Alltagshandlungen weder selbständig planen noch durchführen. Sie waren in oft erheblichen Maße auf die Unterstützung und Anleitung durch die Hauptpflegepersonen angewiesen, wodurch letztere nahezu ständig an die häusliche Umgebung gebunden waren. Ein weiteres Beispiel verdeutlicht das Phänomen:

„Und dann steht sie manchmal vor der Toilette und fragt, was muss ich jetzt tun, wenn sie in der Nähe der Badezimmertür ankommt. ‚Du musst jetzt hier parken‘ (mit dem Rollator, E.H.) Dann parkt sie ein. Und wenn man ihr das nicht sagt, fährt sie geradeaus ins Badezimmer und dann steht sie da und sagt: ‚Das war falsch‘“ (Fall 14)

In diesem Beispiel wird deutlich, dass annähernd jegliche Handlung der Pflegebedürftigen verbal begleitet werden muss, um eine Alltagsaktivität wie den Toilettengang durchführen zu können.

Zusammenfassend zeigt sich in der Analyse der Problemlagen der Pflegebedürftigen ein vielschichtiges Bild. Dabei stellen die faktischen körperlichen Beschwerden der Betroffenen nur einen Teil der Gesamtproblematik dar. Sie bilden oftmals den Hintergrund für Verhaltensweisen und Handlungsprobleme, die besonders von den pflegenden Angehörigen als sehr belastend erlebt. Es zeigt sich zudem, dass die Probleme der Pflegebedürftigen eng mit der Belastungswahrnehmung der pflegenden Angehörigen verknüpft sind.

6.3 Die Zielgruppe Pflegende Angehörige

Soziodemografische Variablen

In der Gruppe der Pflegenden Angehörigen fand sich eine klassische Geschlechterverteilung wieder. Den knapp 85 % pflegenden Frauen standen gut 15% männliche Hauptpflegepersonen gegenüber. Die Altersverteilung der Hauptpflegepersonen stellte sich wie folgt dar:

	Häufigkeit	Prozent
< 35 Jahre	3	1,8
35-44 Jahre	15	9,2
45-54 Jahre	31	19,0
55-64 Jahre	45	27,6
65-74 Jahre	44	27,0
75-84 Jahre	24	14,7
>/= 85 Jahre	1	,6
Gesamt	163	100,0

Tabelle 22: Alter Hauptpflegeperson

Mit knapp 70% überwiegen hier die Personen, die das 54. Lebensjahr überschritten haben. Bemerkenswert sind die immerhin noch gut 15% Hauptpflegepersonen in der Altersspanne zwischen 75 und 85 Jahren. Die folgende Tabelle dokumentiert die Art der Beziehung zwischen den Pflegebedürftigen und den Hauptpflegepersonen.

	Häufigkeit	Prozent
Eltern/ Kind	70	42,9
Schwiegerkinder	17	10,4
Ehe/Lebenspartner	69	42,3
Geschwister	1	,6
Nichte/Neffe	3	1,8
Andere	3	1,8
Gesamt	163	100,0

Tabelle 23: Art der Pflegebeziehung

Es zeigt sich, dass in mehr als 50% der Fälle eine Eltern/ Kind bzw. Schwiegerkind Pflege durchgeführt wurde. In gut 42% der Fälle handelte es sich um die Pflege zwischen Ehegatten bzw. Lebenspartnern.

Im Hinblick auf die Wohnverhältnisse der beteiligten Personen wird deutlich, dass Angehörigenpflege im unmittelbaren räumlichen Zusammenhang geschieht.

	Häufigkeit	Prozent
Gemeinsamer Haushalt	116	71,2
Gemeinsames Haus	30	18,4
Nachbarschaft (bis 10 min Geh-Entfernung)	3	1,8
Gleicher Ort/ Stadt	6	3,7
Anderer Ort/ andere Stadt	8	4,9
Gesamt	163	100,0

Tabelle 24: Pflegesetting

So findet die Pflege in immerhin gut 70% der Fälle sogar in gemeinsamen Haushalten statt, in weiteren 18% zwar in getrennten Haushalten, die jedoch räumlich nah beieinander liegen. Der Anteil derjenigen Hauptpflegepersonen, die eher aus räumlicher Distanz (z. B. aus einer anderen Stadt) die Pflege übernehmen, ist mit rund 5% sehr gering.

Pflegeerfahrung der Hauptpflegepersonen

Im vorliegenden Sample stellte sich die Verteilung zwischen neu entstandenen Pflegesituation und bereits bestehenden Pflegesituationen folgendermaßen dar.

	Häufigkeit	Prozent
Pflegesituation neu	53	32,5
Pflegesituation bereits vorher bestehend	109	66,9
Keine Angabe	1	,6
Gesamt	163	100,0

Tabelle 25: Pflegeerfahrung

Dies bedeutet, dass sich die Gruppe der Pflegenden Angehörigen im Rahmen des vorliegenden Projektes zu mehr als der Hälfte aus Personen zusammensetzte, die bereits Pflegeerfahrung hatten.

Motivation der Pflegeübernahme

Zur Frage der Motivation, die der Pflegeübernahme zugrunde lag, fanden sich vielschichtige Antworten. In aller Regel äußerten die pflegenden Angehörigen mehrere Motive. Die folgenden Nennungen sind in der Rangfolge ihrer Häufigkeit geordnet:

1. Der Hauptpflegebedürftige sah sich in der Lage und war verfügbar
2. Die Pflege des Angehörigen wurde im Rahmen von Familienbeziehungen als Selbstverständlichkeit angesehen
3. Die Pflege erfolgte im Kontext des Eheversprechens
4. Dem Pflegebedürftigen sollte etwas von früher erhaltener Fürsorge zurückgegeben werden
5. Pflege wurde aus Pflichtgefühl oder Erbschaftsregelungen heraus übernommen
6. Die Pflegeübernahme wurde als kulturell bedingte Selbstverständlichkeit bezeichnet
7. Die Pflege wurde auf Wunsch des Pflegebedürftigen übernommen
8. Die Pflege wurde aufgrund beruflicher Vorerfahrungen übernommen.

Tabelle 26: Motivation zur Pflegeübernahme

Belastungsaspekte und Belastungswahrnehmung der Pflegesituation

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu unterschiedlichen Belastungsbeeinflussenden Aspekten der Pflegesituation dargestellt. Ein wesentlicher Grund bestand darin, dass die meisten der pflegenden Angehörigen neben der Pflege weitere Alltagsaufgaben zu meistern hatten:

	Trifft zu	Trifft nicht zu
Haushalt	96,3%	3,7%
Kinderbetreuung	26,4%	73,6%
Berufstätigkeit	30,7%	69,3%
Freizeitaktivitäten	44,8%	55,2%
Ehrenamtliches Engagement	3,7%	96,3%

Tabelle 27: Aufgaben neben der Pflege (N= 163)

Neben der in annähernd allen Fällen relevanten Hausarbeit zeigt sich ein relativ hoher Anteil sowohl derjenigen, die neben der Pflege noch berufstätig waren als auch derjenigen, die zusätzlich zur Betreuung von Pflegebedürftigen auch Kinder zu betreuen hatten.

Maßgeblich für die Belastung war auch, ob die Hauptpflegeperson die Pflege ohne jegliche Unterstützung durchführen musste, oder ob die Pflegeaufgabe mit mehreren bewältigt wurde.

	Häufigkeit	Prozent
Keine weiteren Hilfe	36	22,1
Eine weitere Hilfe	48	29,4
Mehrere weitere Hilfen	78	47,9
Keine Angabe	1	,6
Gesamt	163	100,0

Tabelle 28: Weitere an der Pflege beteiligte Personen

Hier zeigte sich für die Mehrzahl der Pflegesituationen, dass die Pflege auf verschiedene Schulter verteilt wurde. Betrachtet man die Items keine und nur eine weitere Hilfe zusammen, konnten über 50% der Angehörigen jedoch nicht auf eine umfangreiche Unterstützung zugreifen.

Die Belastungen, die Angehörige in aller Regel darstellten, zeigten sich vor allem in der zeitlich hohen Beanspruchung der Pflegenden Angehörigen. So sah immerhin ein Viertel aller pflegenden Angehörigen keine Möglichkeit, den Pflegebedürftigen auch nur für kurze Zeit allein zu lassen.

	Häufigkeit	Prozent
gar nicht	42	25,8
< 2 Std.	79	48,5
> 2 Std	39	23,9
1 Tag und mehr	3	1,8
Gesamt	163	100,0

Tabelle 29: Möglichkeit den Pflegebedürftigen allein zu lassen

Dementsprechend hoch war die Anzahl der Hauptpflegepersonen, die angaben, kein ausreichendes Zeitbudget zur Verfügung zu haben, bzw. keine Auszeit von der Pflege nehmen zu können.

Steht ein ausreichendes Zeitbudget zur Verfügung			Möglichkeit eine Auszeit zu nehmen		
	Häufigkeit	Prozent		Häufigkeit	Prozent
Ja	69	42,3	Ja	87	53,4
Nein	88	54,0	Nein	72	44,2
Keine Angabe	6	3,7	keine Angabe	4	2,5
Gesamt	163	100,0	Gesamt	163	100,0

Tabelle 30: Zeitbudget und Auszeit von der Pflege

Gesundheitliche Einschränkungen nach der Pflegeübernahme

Belastungen durch die Pflegesituationen können auch gesundheitliche Konsequenzen für die pflegenden Angehörigen nach sich ziehen. So berichteten knapp 40% der Hauptpflegepersonen von gesundheitlichen Einschränkungen nach der Pflegeübernahme

	Häufigkeit	Prozent
Ja	63	38,7
Nein	99	60,7
Keine Angabe	1	,6
Gesamt	163	100,0

Tabelle 31: Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach der Pflegeübernahme

Auch hierbei wurden von Angehörigen zumeist mehrere gesundheitliche Einschränkungen beschrieben. Hierbei standen folgende Einschränkungen in der Rangfolge ihrer Nennungen im Vordergrund:

- Nervosität und nervliche, emotionale Anspannung
- Verspannungen und Rückenprobleme
- Schlafstörungen, Müdigkeit und Erschöpfung
- Magenprobleme

Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen

Eine Möglichkeit mit Belastungen der Pflege umzugehen und diese zu reduzieren, besteht in der Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsleistungen. Dies stellt sich im zugrunde liegenden Sample folgendermaßen dar:

	Trifft zu	Trifft nicht zu
Tagespflege	6,7%	93,3%
Kurzzeitpflege	10,4%	89,6%
Mahlzeitendienst	6,1%	93,9%
Hausnotrufsystem	4,9%	95,1%
Hilfe im Haushalt und Garten	9,2%	90,8%
Ehrenamtliche Angebote	1,8%	98,2%

Tabelle 32: Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen (N= 163)

Hier zeigt sich eine extrem geringe Inanspruchnahme sowohl professioneller als auch ehrenamtlicher Hilfsangebote. Mögen bei der geringen Nutzung von Tages- und Kurzzeitpflege evtl. Finanzierungsgründe eine Rolle spielen, erstaunt demgegenüber dass in der Regel kostenlose ehrenamtlich angebotene Unterstützungsleistungen so gut wie gar nicht Anspruch genommen werden.

Zu den wesentlichen Belastungsbereichen der Hauptpflegepersonen zählten neben den Anforderungen, die sich im Rahmen konkreter pflegerischer Aufgaben ergaben (z.B. Transfer, Lagerung, Hautpflege), das eigene körperliche Befinden, das psychisch-emotionale Erleben, die Interaktion mit dem Pflegebedürftigen, organisatorische und finanzielle Aspekte sowie Fragen zur Wohnraumgestaltung. Die folgende Grafik verdeutlicht die Befunde im Überblick:

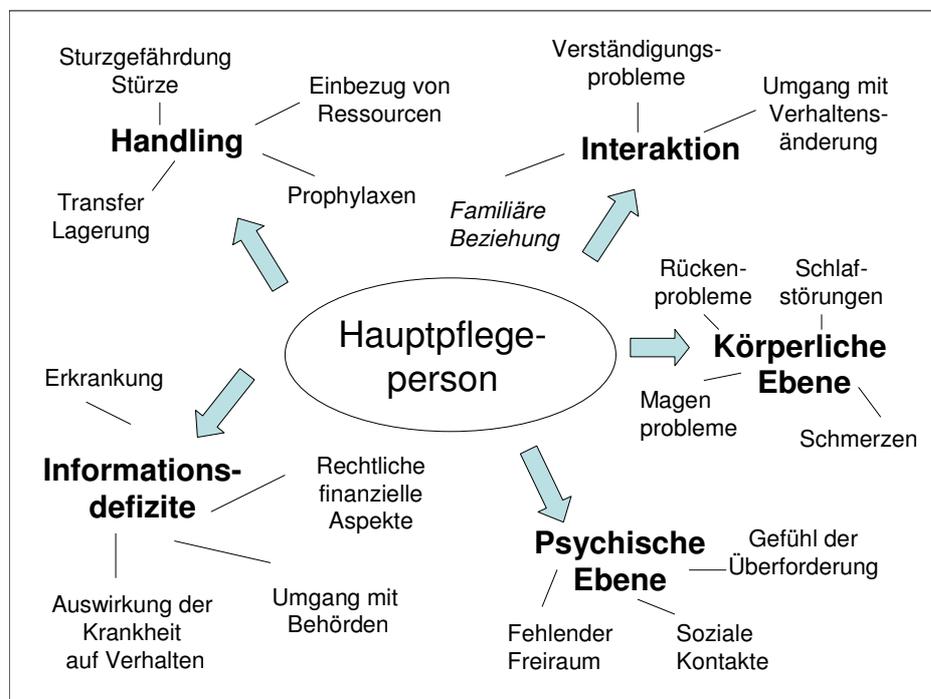


Abbildung 2: Belastungsbereichen der Hauptpflegepersonen

Handling

Einen wesentlichen Problembereich stellte die Umsetzung der notwendigen Transfers dar. Den Hauptpflegepersonen fehlten zum Teil erforderliche Fertigkeiten zur Durchführung der Transfers bzw. zur adäquaten Nutzung der verschiedenen Hilfsmittel. Daraus resultierte oft ein erheblicher zusätzlicher Kraftaufwand, der sich insbesondere bei bestehenden körperlichen Einschränkungen der Hauptpflegepersonen als zusätzliche Belastung darstellte. Ein Angehöriger berichtet über einen Pflegebedürftigen, der sich immer dann besonders gegen den Transfer wehrt, wenn der Angehörige unter Zeitdruck steht:

*„Er macht sich steif wie ein Brett, da hätt' ich ihm am liebsten eine geklebt ...
(Fall 37)*

Hier zeigt sich, dass Transferprobleme neben den Schwierigkeiten beim konkreten Handling auch emotional sehr belastend erlebt wurden und Wut oder auch Formen von Aggressivität auslösen konnten.

In engem Zusammenhang mit den Problemen im Bereich der Transfers stand die in den meisten Fällen bestehende Sturzgefährdung der pflegebedürftigen Personen, die von den Hauptpflegepersonen entweder nicht erkannt oder unterschätzt wurde. Zudem fehlten vielfach Kenntnisse über sinnvolle Maßnahmen zur Sturzvermeidung sowie adäquates Verhalten nach Stürzen.

Die Probleme hinsichtlich der erforderlichen Lagerungen der Pflegebedürftigen im Bett ergaben sich in der Regel durch fehlende Kenntnisse seitens der Angehörigen, die durch Abwehrverhalten, Kontraktionen oder körperliche Schwäche der Pflegebedürftigen verstärkt wurden. Daneben wurden häufig Fragen zu spezifischen Bereichen der Pflege gestellt. Diese betrafen die Hautpflege bei alten Menschen, den Umgang mit bestehenden Hautdefekten und Wunden, Verbandwechsel, Haarwäsche im Bett und das An- und Auskleiden z. B. bei Menschen mit M. Parkinson, Apoplex oder bei Abwehrverhalten des Pflegebedürftigen.

Einen weiteren Problemschwerpunkt stellte der Bereich der Ausscheidung und damit verbundener Aufgaben dar. Vordergründig waren Fragen zur Inkontinenz, insbesondere zum Umgang mit Blasenverweilkathetern und ableitenden Systemen. In diesem Zusammenhang bestand in der Regel ein eindeutiges Informations- und Anleitungsfizit. Ähnliche Fragen ergaben sich auch in den Fällen, in denen pflegebedürftige Personen mit einer Ernährungssonde in das häusliche Umfeld entlassen wurden.

Sowohl in neu entstandenen als auch in bereits bestehenden Pflegesituationen traten Unsicherheiten im Umgang mit dem Pflegebedürftigen in Bezug auf bestehende kör-

perliche Einschränkungen (z. B. hemiparetische Extremitäten, Neglect, Schluckstörungen) aber auch in Bezug auf die Aktivierung und Berücksichtigung vorhandener Ressourcen und Restfähigkeiten auf. Dieser Problembereich stand in engem Zusammenhang mit dem im Folgenden dargestellten Bereich der Informationsdefizite.

Informationsdefizite

In den meisten Fällen waren die Hauptpflegepersonen zwar grundsätzlich über die Erkrankung informiert, dennoch fehlten ihnen angemessene Informationen, um Zusammenhänge zwischen Erkrankung und Symptomen, Verhaltensweisen sowie möglichen Folgen erkennen zu können. Aus diesem Grund fiel es vielen Angehörigen sehr schwer, Verständnis für den Pflegebedürftigen zu entwickeln, seine Verhaltensweisen der Erkrankung zuzuschreiben und angemessene Strategien zu entwickeln.

„Eine ganz schöne Arbeit. Sie lässt sich von hinten bis vorne betütteln. Sie macht gar nichts, wo ich meine, sie könnte es wenigstens versuchen ... Sie setzt sich hin und wartet bis ich mache. Ich hab schon mehrfach geredet und geredet, dann ist sie beleidigt. Ich kann nicht akzeptieren, dass sie sich so aufgibt. ... Sie könnte noch mehr Lebensqualität haben. (Fall 79)

Wissensdefizite traten außerdem deutlich im Bereich der Prophylaxen (Bedeutung und Vorgehen), in Bezug auf die Bedeutung von Mobilisation sowie hinsichtlich der Bedingungen von Wundheilung auf. Zudem war den Angehörigen der tatsächliche Unterstützungsbedarf der Pflegebedürftigen in der Regel nicht deutlich, d.h. sie übernahmen mehr Handlungen als erforderlich gewesen wäre.

Auch für Probleme hinsichtlich organisatorischer, rechtlicher und finanzieller Aspekte der Pflegesituationen waren in erster Linie fehlende resp. mangelhafte Kenntnisse ursächlich. Bei gut der Hälfte der teilnehmenden Pflegebedürftigen lag zu Projektbeginn noch keine Pflegestufe vor (vgl. Tabelle), so dass es z. T. zu erheblichen sozialrechtlichen Unsicherheiten kam. Daneben spielen zeitliche und bürokratische Aspekte eine wichtige Rolle. Ein Angehöriger berichtet vom Aufwand, den ein Höherstufungsantrag für ihn bedeutete:

„Ich hab gesagt, da kann ich ja besser pflegen als so viel zu schreiben. Die von der Krankenkasse müssen doch wissen in was für einem Zustand er (der Pflegebedürftige, E.H.) ist.“ (Fall 40)

In einigen Fällen stellte sich die gesamte Organisation der Betreuung des Pflegebedürftigen als defizitär und inadäquat dar. So führten neben getrennten Wohnungen von Pflegebedürftigem und Hauptpflegepersonen vor allem Mehrfachbelastungen (z. B. durch zusätzliche Aufgaben wie Beruf oder Kinder) zu diesen schwierigen Betreuungssituationen. Eine Angehörige beschrieb ihre Doppelbelastung anschaulich:

„Ich hab immer gedacht, es ist ja meine Pflicht (täglich hinzugehen, E.H.), es war Stress, ich musste ja auch meine Arbeitsstunden leisten. Ich hab mich manchmal gefühlt wie ein Hamster im Laufrad.“ (Fall 22)

Beratungs- und Informationsbedarf bestand weiter bezüglich verschiedener möglicher Versorgungsformen und –alternativen, ihrer Verfügbarkeit in der Region sowie Entlassungsmöglichkeiten in konkreten Fällen. Daneben fehlten den Angehörigen Informationen über mögliche Sozialleistungen, Regelungen zur Betreuung und Vorsorgevollmacht sowie zum Umgang mit Kranken- und Pflegekassen sowie anderen Behörden z. B. zur Antragsstellung (Einstufung bzw. Höherstufung nach SGB XI, Schwerbehindertenausweis).

Ein geringer Teil der Angehörigen (9,8%) beschrieb Probleme hinsichtlich der Organisation von bzw. des Umgangs mit Hilfsmitteln. Auch wenn diese Probleme nur wenige Probanden betrafen, waren sie doch im Einzelfall recht gravierender Natur. So wurden Hilfsmittel teilweise erst verspätet geliefert, waren nicht angemessen bzw. bei Anlieferung bereits defekt. In einem Fall bekam ein Pflegebedürftiger einen Toilettensitz, dessen Öffnung so klein war, dass er darin nicht selbständig den Beutel seines Anus Praeters entleeren konnte, in einem weiteren Fall führte eine verspätete Rollstuhllieferung dazu, dass ein Pflegebedürftiger das Haus nicht verlassen konnte. Womit diese Schwierigkeiten ursächlich zusammenhängen, ließ sich aufgrund der Daten zwar nicht eindeutig verifizieren, nach Aussagen der Angehörigen führten aber in einigen Fällen selbst hartnäckige Anrufe beim zuständigen Kostenträger nicht zum gewünschten Erfolg sondern zur Resignation (*„Ich rufe nicht mehr an“ (Fall 2)*).

Sehr selten bestanden gravierende Probleme im Bereich des Wohnraums z. B. enge steile Wendeltreppen, fehlende Treppenlifte, enge Badezimmer, schmale Türbreiten und enge Räume sowie unüberwindliche Treppenstufen. Meistens gelang es den Angehörigen jedoch zu improvisieren. Nur in drei Fällen beantragten die Hauptpflegepersonen einen Umbau der jeweiligen Gegebenheiten. In der Regel waren die häuslichen Umfeldbedingungen jedoch unproblematisch und wirkten sich nicht negativ auf die Pflegesituation aus.

Psychische Ebene

Die Belastungen, die von den Angehörigen im emotionalen Bereich erlebt wurden, waren nicht unbedingt an die physischen Belastungen durch körperliche Beanspruchung gekoppelt. Oftmals erlebten die Hauptpflegepersonen die körperliche Belastung zwar durchaus als anstrengend aber realisierbar, wie die folgenden Zitate verdeutlichen:

„Ich mache es jetzt wirklich gerne. Das ist ganz klar, dass das belastend ist. Es war noch nicht einmal, dass ich sagte, verdammt noch mal, dass ich das machen muss. Ich bin über mich selbst erstaunt.“ (Fall 52)

In einigen Fällen bedeutete die durch die Pflegebeziehung erforderliche körperliche Nähe und Berührung von nahen Angehörigen zumindest zu Beginn der Pflegebeziehung jedoch eine sehr starke emotionale Belastung:

„Es ist schon etwas merkwürdig, den eigenen Vater zu waschen, das bedurfte einiges an Überwindung. ... Ihn sauber zu machen ist einfacher als mit ihm umzugehen, wenn er aggressiv ist. Das es so wird, hab ich mir schon gedacht, aber dass es sich so auswirkt ...“ (Fall 33)

Bei der Wahrnehmung der emotionalen Beanspruchung standen insbesondere die Einschränkungen durch die zeitliche Inanspruchnahme und den verringerten bzw. fehlenden persönlichen Freiraum der Angehörigen im Mittelpunkt des Belastungserlebens. In vielen Fällen wurde die Bedeutung des eigenen Freiraums besonders in der Anfangsphase der Erkrankung unterschätzt. Zudem hatten viele Angehörige, insbesondere pflegende Ehefrauen große Probleme, einen eigenen Bereich abzugrenzen. In der Regel waren von den Einschränkungen der Freiräume auch andere Familienmitglieder betroffen, die im gleichen Haushalt lebten. Für die Hauptpflegepersonen erforderte es großes Organisationstalent, die Tagesabläufe derart zu gestalten, dass alle Familienmitglieder zu ihrem Recht kamen.

„Man muss erst gucken, wen hast Du für Oma. Das ist schon hart. ... Ich hab noch genug, aber alles aufgeben möchte ich nicht. Obwohl es schon schwierig ist mit der Pflege und meinem Mann. Ich hab gegenüber meinem Mann ein schlechtes Gewissen, weil ich ihn so oft allein lasse mit meiner Mutter, wenn ich weggehe. Wenn meine Mutter noch allein bliebe, könnten wir zusammen weggehen.“ (Fall 19)

Ein weiterer Aspekt der emotionalen Belastung war die nervliche Anspannung, die von den meisten Angehörigen beschrieben wurde. Dies war in einigen Fällen besonders in den ersten Tagen der Pflegeübernahme besonders problematisch:

„Ich hab die ersten beiden Nächte vielleicht 10 Minuten geschlafen. Mein Mann konnte noch nicht so helfen, wie man wollte. Man konnte die Griffe noch nicht so. ... Vor allem die Ernährungspumpe hat mir zu schaffen gemacht. Da immer zu helfen und dann auch noch auf die Ernährung zu achten. Das war alles auf einmal.“ (Fall 12)

Verbreitet waren Ängste (z. B. vor Stürzen), die Unsicherheit, den Pflegebedürftigen allein zu lassen, die ständige Sorge um den gesundheitlichen Zustand und die mögliche Entwicklung der Pflegesituation sowie Gefühle von Überforderung:

*„Schon komisch, man hat `ne neue Verantwortung für jemanden, der sonst alles selbst gemacht hat. Ich hab manchmal Angst, dass ich etwas falsch mache.“
(Fall 58)*

Zum Teil wirkten sich Anspannung und Unsicherheit auf die Fähigkeit der Angehörigen aus, situativ angemessene Entscheidungen zu treffen. Sie entwickelten stattdessen eine abwartende Haltung, die jedoch nicht zu einer Lösung bestehender Probleme führte. Verstärkt wurde die Haltung, wenn die Angehörigen nicht in der Lage waren, die Erkrankung des Betroffenen und die damit verbundenen Folgen zu akzeptieren.

Körperliche Belastungen

Auch im körperlichen Bereich wiesen Hauptpflegepersonen Probleme auf, die nach Übernahme der häuslichen Pflege entstanden waren. In der Regel handelte es sich um emotionale Belastungen, Schlafstörungen, Nervosität und Magenprobleme, die sich als Folge der als schwierig und anstrengend erlebten ersten Wochen nach Entlassung entwickelten. Eine Angehörige beschreibt ihren Zustand folgendermaßen:

„Ich fühl mich manchmal total alt, dann denk ich, man bin ich auf.“ (Fall 58)

In einigen Fällen litten die Hauptpflegepersonen bereits nach wenigen Tagen unter starken Rückenbeschwerden, ein Hinweis, dass erforderliche Transfers und Hilfestellungen nicht in Rücken schonender Weise durchgeführt wurden. Die eigene gesundheitliche Situation fand jedoch nur wenig Beachtung, bei den pflegenden Angehörigen und wurde selten von sich aus geäußert.

Interaktion mit den Pflegebedürftigen

Die oben dargestellten Informationsdefizite wirkten sich in den meisten Fällen erheblich auf die Interaktion zwischen der Hauptpflegeperson und dem Pflegebedürftigen aus. Vielen Angehörigen gelang es nur unzureichend, sich auf veränderte Verhaltensweisen und Reaktionen des erkrankten Menschen einzustellen und diese als Folge der Erkrankung zu versachlichen. Stattdessen erfolgten emotionale Zuschreibungen, die zu Störungen im bisherigen Beziehungsgefüge führten. Dieses Phänomen ließ sich besonders oft in Pflegebeziehungen von Ehepartnern beobachten. Die Tochter einer pflegenden Angehörigen, die beim Interview dabei war berichtete dazu:

„Meine Mutter hat große Probleme sich auf das veränderte Verhalten von Vater einzulassen. Sie kann sich damit nicht abfinden, sie hofft immer noch, dass es

sich bessert und ärgert sich, dass sie mit ihm nicht zu Recht kommt. Sie hat von uns allen den schwierigsten Part. Sie muss den ganzen Tag auf ihn aufpassen ... und sie kann da nicht gegen halten. Wir machen alles mit, damit er sich nicht aufregt und aggressiv wird." (Fall 33)

Zudem wurden bereits vorab bestehende Beziehungsschwierigkeiten in diesem Zusammenhang weiter verstärkt. Aber auch in bislang intakten Beziehungen stellten die durch eine Erkrankung und ihre Symptome hervorgerufenen Verständigungs- und Verständnisschwierigkeiten erhebliche Belastungspotenziale dar. So fasst eine Ehefrau ihre Erfahrungen zusammen:

„Es ist bitter, wenn man mit dem eigenen Mann nicht mehr kommunizieren kann." (Fall 65)

Viele Angehörige aus Eltern-Kind-Pflegebeziehungen beklagten die hohe Anspruchshaltung der Pflegebedürftigen, die sie durch bisherige Handlungsstrategien kaum überwinden konnten.

„Mutter findet Kurzzeitpflege nicht gut. Sie sagt: Die brauchen ja nicht in Urlaub fahren, die können fahren, wenn ich tot bin." (Fall 8)

Zusammenfassend betrachtet zeigt sich analog zu den vielfältigen Problemlagen der Pflegebedürftigen ein ebenso facettenreiches Belastungsbild auf Seiten der Hauptpflegepersonen, die sowohl körperliche als auch psychische Aspekte umfassen. In der Gesamtschau der bisherigen Befunde wird deutlich, dass die emotionalen Belastungen, die sich durch die Rollenübernahme der Hauptpflegeperson ergibt in der Wahrnehmung der Betroffenen im Vordergrund stehen.

Anknüpfend an die vielfältigen Problemlagen, Belastungen und dadurch ausgelösten Unterstützungsbedarfe, die sich in den Pflegesituationen zeigten, bestand die Zielsetzung des Interventionskonzeptes in der Kompetenzförderung pflegender Angehöriger, damit diese die häusliche Pflegesituation für sich, den betroffenen Pflegebedürftigen sowie das weitere soziale Umfeld angemessen gestalten konnten, damit Belastungen möglichst gering gehalten und gezielt Entlastungsstrategien gesucht und genutzt werden konnten. Im Folgenden sollen nun die durchgeführten Interventionen dargestellt werden.

6.4 Die Umsetzung des Interventionskonzeptes

Analog zum hohen Unterstützungs- und Beratungsbedarf erfolgten in gut 85% der Fälle Interventionen zur Kompetenzförderung der pflegenden Angehörigen. In gut 14% der Fälle wurden keine Interventionen durchgeführt. Hierbei handelte es sich in den meisten Fällen um gut organisierte Pflegesituationen, in denen keine gravierenden Probleme auftraten bzw. in denen die Hauptpflegepersonen durch langjährige häusliche oder professionelle Pflegeerfahrung bereits große Problemlösungs- und Handlungskompetenz entwickelt hatten. Folgende Interventionsarten wurden angewendet:

Information und Orientierung	79,8 %
Deutung und Klärung	35,0 %
Handlung und Bewältigung	55,2 %

Tabelle 33: Interventionsarten zum Messzeitpunkt X 2 (N= 152)

Wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt, bestanden gerade in der frühen poststationären Versorgungsphase vor allem in neu aufgetretenen Pflegesituationen erhebliche Probleme mit dem Handling der pflegebedürftigen Person. Diese bezogen sich vornehmlich auf Lagerung und Transfer sowie auf konkrete pflegerische Techniken. Darauf abgestimmt lag ein Schwerpunkt der Interventionen im Bereich von Handlung und Bewältigung, dem gut 55% der Interventionen zugeordnet werden konnten. So fanden konkrete Anleitungen zu folgenden pflegerischen Tätigkeiten statt:

- Durchführung und Anbahnung einheitlicher Vorgehensweisen von Transfers
- Lagerungstechniken z. B. unter Zuhilfenahme von Lagerungshilfsmitteln Bewegungsübungen im Liegen
- Prophylaxen (z. B. Anlegen von Wickelverbänden bei Stümpfen)
- An- und Auskleidetechniken bei spezifischen Beeinträchtigungen (z. B. Hemiparese oder Abwehrverhalten, korrektes Ankleiden von Kompressionsstrümpfen)
- Rücken schonende Arbeitstechniken
- Pflege von Wunden und Hautdefekten sowie Altersentsprechende Hautpflege,
- Hinweise zum Umgang mit Nahrungsverweigerung, Appetitlosigkeit, geringer Trinkmenge (z. B. Umgang mit PEG-Sonden, Führen eines Einfuhrplans, s. Anlage, Techniken von Mundhygiene)
- Hinweise zum Umgang mit Inkontinenz, Obstipation, Blasenverweilkatheter, (z. B. Anleitung zu einem Toilettentraining, Anlegen und Entfernen von Kontinenzmaterialien)
- Techniken zur Förderung von Selbständigkeit des Pflegebedürftigen (z. B. Nutzung eines Einhänderbretts, Führen der paretischen Hand bei Körperpflege)

Ein weiterer Schwerpunkt lag im Erarbeiten konkreter Schritte und Handlungsstrategien bezüglich des Kontaktes und ggf. auch der Auseinandersetzung mit Behörden, betreuenden Therapeuten, Hausärzten etc.. Für folgende Inhalte wurden Strategien besprochen und angebahnt:

- Vorgehensweise und Formulierungshilfe beim Stellen von Anträgen (z. B. Schwerbehindertenausweis, Höherstufungsantrag im Rahmen der Pflegeversicherung, Antrag auf Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen)
- Vorbereitung auf Klärungsgespräche mit Hausärzten, z. B. bezüglich der Weiterverordnung ambulanter Therapien

Aus der Analyse der Problemfelder und Belastungen der Hauptpflegepersonen ließ sich im Weiteren ein deutliches Informationsdefizit feststellen. Demzufolge bestand ein zweiter Interventionsschwerpunkt im Bereich Information und Orientierung. Dieser kam sogar in knapp 80% der Fälle zum Tragen.

Viele Informationen im Rahmen des Erstbesuchs betrafen die Erkrankung des Pflegebedürftigen deren Symptome und Zusammenhänge zu daraus resultierenden veränderten Verhaltensweisen (z. B. im Falle einer dementiellen Erkrankung) Eine weitere Thematik betraf die Wirkungen und ggf. auch Nebenwirkungen bestimmter Medikationen (z. B. den Zusammenhang zwischen der Wirkung von Parkinsonmedikamenten und der Beweglichkeit) Viele Informationen und Orientierungshilfen waren im Bereich der Mobilisation notwendig. Sie bezogen sich auf die Folgen von Immobilität und die Bedeutung der Mobilisation zur Vermeidung von Stürzen, das Erkennen und die Minimierung von Sturzgefahren sowie Relevanz von Physiotherapie und Sturzpräventionsprogrammen.

Ein dritter Informationsschwerpunkt lag im Feld der Organisation und Finanzierung von Pflegesituationen. Sie betrafen neben niedrigschwelligen Hilfsangeboten der Region (ehrenamtliche Besuchsdienste, Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfe, kommerzielle Seniorenangebote, Umzugshilfen, Blindenverein, kulturelle Betreuungsbesonderheiten, Hausnotruf, Essen auf Rädern) insbesondere Fragen rundum die Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegestufen, Pflegebegutachtung, Pfl egetagebuch, Pflegeleistungsergänzungsgesetz, bestehende Möglichkeiten und Angebote zur Unterstützung wie Tages- und Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Pflegekurse, Möglichkeiten der 24 Stunden Betreuung). Daneben wurden Regelungen zur Finanzierung und Rezeptierung von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln geklärt.

Die Interventionsinhalte im Bereich Deutung und Klärung betrafen den Schutz der Hauptpflegeperson vor Überforderung und ihren Anspruch auf Freiräume sowie die Notwendigkeit, eigene Grenzen erkennen und formulieren zu können. Vornehmlich in

neu entstandenen Pflegesituationen, in denen die pflegenden Angehörigen noch nicht über längere Pflegeerfahrung verfügten, konnten diese Aspekte zunächst lediglich prospektiv angesprochen werden. Dies zeigt sich auch an einer deutlich niedrigen Rate von 35% Interventionen in diesem Bereich. Folgende Inhalte wurden häufig angesprochen:

- Risiken der Überforderung in der konkreten Pflegesituation,
- Recht auf Unterstützung, eigene Freiräume und Grenzen,
- Bedeutung verbindlicher Absprachen zur Entlastung sowie Recht auf Richtungsvorgaben für Entscheidungen zur Pflegesituation,
- Annahme und Einforderung von Unterstützung,
- Bedeutung der eigenen Gesundheit.

Des Weiteren wurden die Hauptpflegepersonen in der Anwendung der Strategien und Verhaltensweisen bestärkt und unterstützt, die sich hinsichtlich der jeweiligen Bedarfslage von Pflegebedürftigen und Angehörigen als sinnvoll erwiesen haben oder erweisen könnten (z. B. Hinzuziehen von anderen Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern, Einbeziehung von Tagespflege oder professioneller Unterstützung zur Körperpflege, Verhalten gegenüber der pflegebedürftigen Person sowie Umgang mit bestimmten Symptomen).

Die nach verschiedenen Bereichen getrennte Auflistung der durchgeführten Interventionsmaßnahmen zeigt ein vielschichtiges Spektrum und verdeutlicht damit die Komplexität häuslicher Pflegesituationen. Die Betrachtung der einzelnen Interventionsbereiche erfolgte aus Gründen analytischer Systematisierung. Im konkreten Fall gingen die vor Ort durchgeführten Interventionen ineinander über und betrafen in vielen Fällen entweder zwei oder drei Interventionsarten. So wurden bspw. Verhaltensweisen fallbezogen in Bezug auf die jeweilige Erkrankung gedeutet und erläutert, um den Angehörigen ein Verständnis für Zusammenhänge und die Entwicklung eines sachlichen Umgangs mit dem Pflegebedürftigen zu ermöglichen (Deutung und Klärung). Diese Erläuterungen gingen weit über die im Bereich Information und Orientierung genannten Maßnahmen hinaus und wurden gezielt eingesetzt, um im Anschluss gemeinsam mit den Angehörigen konkrete Problemlösungsstrategien (Handlung und Bewältigung) zu erarbeiten.

Das Interventionshandeln der Projektmitarbeiter vor Ort war am Einzelfall orientiert, auf Unterstützung und Anbahnung konkreter und Fall angemessener Handlungsoptionen der Angehörigen hin ausgerichtet, verfolgte die übergeordnete Zielsetzung der Förderung der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen. Es wurde daraufhin gearbeitet, dass sich die zum Teil unrealistischen Erwartungen der Angehörigen an das tatsächliche Entwicklungspotenzial des Pflegebedürftigen angleichen konnten, um

Überforderungen zu vermeiden. Ein weiterer Aspekt bestand in der Erhaltung und Förderung der Handlungsfähigkeit der Angehörigen. So wurden Strategien mit den Hauptpflegepersonen gemeinsam erarbeitet und sie wurden z. B. immer wieder ermutigt, bei Unklarheiten und Problemen sich selbständig an die zuständigen Stellen zu wenden. Überforderte dies die betreffenden Angehörigen jedoch, setzten sich Projektmitarbeiter bzw. Projektleitung in Einzelfällen im Sinne stellvertretenden Handelns mit Sanitätshäusern, ambulanten Therapeuten, Hausärzten, Kranken- oder Pflegekassen, Pflegeheimen, ambulanten Hospizdienst, Versorgungsämtern oder ehrenamtlichen Demenzbegleitern in Verbindung, um offene Fragen oder Probleme zu klären oder für die Angehörigen die ersten Kontakte anzubahnen. In einigen Fällen kam es auf Wunsch der Studienteilnehmer zu Kontakten zu Hausärzten. In diesen Fällen lagen jeweils komplexe medizinisch- pflegerische Fragestellungen zugrunde. Dabei handelte es sich z. B. um schwere Schluckstörungen. Hier wurde telefonisch beim Hausarzt auf die Möglichkeit der logopädischen Unterstützung hingewirkt.

Der Kontakt zu weiterbehandelnden Therapeuten verlief in aller Regel nicht direkt, sondern vermittelt über die pflegenden Angehörigen. Hiermit war intendiert, sich von Seiten des Projektes möglichst wenig in die direkte therapeutische Beziehung einzumischen, sondern über die Bestärkung von Angehörigen, den behandelnden Therapeuten Fragen zu stellen oder auf Aspekte der Therapie hinzuweisen, eher eine indirekte Wirksamkeit zu entfalten. In einem Fall wurde von Seiten der Projektmitarbeiter z. Bsp. auf diese Weise daraufhin gewirkt dass mehrere involvierte Therapeuten, bei dem Pflegebedürftigen eine einheitliche Vorgehensweise beim Transfer entwickelten. In einem Fall besuchte der Projektmitarbeiter sogar gemeinsam mit der Hauptpflegeperson und ihrer pflegebedürftigen Tante eine Tagespflegeeinrichtung, um der Pflegebedürftigen die Ängste vor einer schleichenden Heimeinweisung zu reduzieren.

6.5 Das Erleben und die Umsetzung der Intervention durch die Hauptpflegepersonen

Im Weiteren interessiert, ob die durchgeführten Interventionen als hilfreich erlebt wurden und welche Inhalte dabei besonders wichtig waren. Zusätzlich wurde erhoben, welche Interventionsinhalte umgesetzt wurden und aus welchen Gründen Angehörige bestimmte Inhalte nicht umsetzten. Die Analyse bezieht sich auf insgesamt 100 Fälle. Ausgenommen werden mussten hier die Fälle in denen entweder keine Abschlusserhebung oder keine Intervention stattgefunden hatte.

Die Auswertung ergab dass rund 90 % der betreffenden Angehörigen, bei denen eine Intervention durchgeführt wurde, diese auch als hilfreich erlebten. Dabei stand für

einen großen Teil der Angehörigen die Gesprächsmöglichkeit als solche im Vordergrund.

„Es war sehr angenehm, gut und hilfreich. Der Zeitpunkt war in Ordnung. Die erste Zeit war angespannt, weil noch keine Einstufung vorlag, das Potenzial der Hilfe von außen war daher gering. Da war es sehr hilfreich zu wissen, da gibt es Menschen, die man anrufen kann, die sich bemühen um Informationen und und und. Das war schon eine Beruhigung, der Effekt des Besuches.“ (Fall 142)

Hier zeigt sich, dass gerade in der Anfangsphase der Pflegeübernahme das Vorhalten einer kontinuierlichen Ansprechbarkeit für diese Angehörige einen wesentlichen Sicherheitsaspekt darstellte.

Die Gespräche wurden als entlastend erlebt, insbesondere, weil die Projektmitarbeiter fachliche Kompetenz, Offenheit und Neutralität zeigten. Die Hauptpflegepersonen fühlten sich akzeptiert, ernst genommen und nicht gemaßregelt, so dass sie Inhalte in die Gespräche einbrachten, die sie in der Form in ihrem sozialen Umfeld nicht thematisieren konnten.

„Ich bin nicht allein mit meinen Gefühlen, ich muss mich nicht immer schämen oder ein schlechtes Gewissen haben, wenn ich mal laut werde, mich nicht immer unter Druck setzen.“ (Fall 131)

Einigen Probanden gelang es sogar, sich in den Gesprächen mit bislang nicht berücksichtigten Aspekten und Fragen auseinanderzusetzen.

Besonders positiv hervorgehoben wurden die konkreten praxisbezogenen Anleitungen (Lagerungen, Transfers, Umgang mit Hilfsmitteln, Anziehen usw.), Tipps und Informationen (rechtliche / organisatorische Aspekte, regionale Angebote, Handlungsabläufe, Handlungsalternativen usw.) sowie Materialien und Broschüren (z.B. zu bestimmten Krankheitsbildern und Phänomenen sowie verschiedenen regional verfügbaren Unterstützungsangeboten). Die Angehörigen erhielten zum Teil Informationen, die ihnen vollständig neu waren. Teilweise wurden auch bereits vorhandene Informationen aufgefrischt und vertieft, was in der Regel als sinnvoll erlebt wurde. Vielen Angehörigen wurden bestehende Zusammenhänge zwischen Erkrankung und Verhalten deutlich, was positive Auswirkungen auf die Entwicklung adäquater Umgangsstrategien hatte. Zudem erleichterten die Inhalte der Interventionen notwendige Entscheidungen bezüglich der weiteren Gestaltung der Pflegesituation sowie die Durchführung der erforderlichen Handlungen.

In den meisten Abschlussgesprächen wurde deutlich, dass die Hauptpflegepersonen das Angebot des Modellprojekts als „Kompetenz im Hintergrund“ auffassten, die ihnen

im Bedarfsfall zur Seite stehen würde. Zudem wurde auch die aufsuchende Form der Unterstützung gewürdigt:

„Es ist gut und sinnvoll, besonders für Menschen, die ohne jede Kenntnis in eine Situation gehen. Sie sind oft unsicher. Dann ist es besser, man hat eine Person die kommt, weil man seltener eine Behörde oder ein Krankenhaus anruft.“ (Fall 108)

Einige Angehörige, die bereits auf jahrelange Pflegeerfahrung zurück blicken konnten, verglichen das bestehende Angebot mit ihrer eigene unsicheren anfänglichen Situation und unterstrichen die Notwendigkeit einer derartigen häuslichen Unterstützung. Eine Angehörige fasst ihre Erfahrungen folgendermaßen zusammen:

„Erst steht man vor einem Berg, der einen fast erdrückt, wo man nicht weiß, wo man anfangen soll und wie es weitergeht. Das ist ganz schlimm, das ist ganz schlimm. Hilfreich ist, wenn man weiß an wen man sich wenden kann, aber das weiß man nicht am Anfang. Mit allem nicht. Mit geschäftlichen Sachen nicht, mit pflegerischen nicht. Dann beruhigt sich das Ganze so ein bisschen, bis man alles so gesichtet hat, wo man einen Pflegeantrag stellt und alle so etwas. Dann hat man so ein bisschen die Erleichterung, wenn man alles organisiert hat. Am Anfang weiß man nicht, wie man mit dem Berg fertig wird.“ (Fall 7)

Das Symbol des unüberwindbar erscheinenden Berges, das diese Angehörige zur Beschreibung der Anfangsphase der Pflegeübernahme nutzt, verdeutlicht die hohe Belastung, die durch mangelnde Information und Orientierung ausgelöst wird.

In 10 % der 100 einbezogenen Fälle erlebten die Angehörigen die Interventionen explizit nicht als hilfreich. Dabei handelte es sich vielfach um seit Jahren bestehende Pflegesituationen, die von den Hauptpflegepersonen aus unterschiedlichen Gründen als unveränderbar erlebt wurden (knappe finanzielle Ressourcen, Ablehnung fremder Personen durch Pflegebedürftige). In einem Fall wurde die intensive Auseinandersetzung mit der Pflegesituation und ihrer Bedeutung vom Ehemann der Hauptpflegeperson abgelehnt, da eine intensive Auseinandersetzung mit der Situation zu Unzufriedenheit führen könne. Zwei Angehörige mit langjähriger Pflegeerfahrung betonten, eine Hilfestellung in der ersten nachstationären Phase sei nur in neuen Pflegesituationen notwendig.

Neben dem allgemeinen Erleben der Intervention interessiert im Hinblick auf den tatsächlichen Effekt der Interventionen vor allem der Grad der Umsetzung, also inwieweit Hinweise der Projektmitarbeiter von den Hauptpflegepersonen tatsächlich auch angewendet wurden. Hier lassen sich die Angehörigen in drei Gruppen unterscheiden:

Interventionen wurden umgesetzt	54%
Interventionen wurden noch nicht umgesetzt	25%
Umsetzung wurde abgelehnt	21%

Tabelle 34: Umsetzen der Interventionen (N= 100)

Von den 100 befragten Hauptpflegepersonen setzten 54 % die Interventionen in der konkreten Pflegesituation um. Sie beschrieben deutlich positive Auswirkungen in Bezug auf die eigenen Kompetenzen und Handlungsfähigkeiten sowie die Gestaltung der Pflegesituation. Im Vordergrund standen dabei insbesondere die Anleitungen zu konkreten Handlungen an den Pflegebedürftigen (Transfers, Lagerungen, Umgang mit Schluckstörungen, Umgang mit Wunden usw.), die von den Angehörigen nahezu fraglos umgesetzt und als deutlich erleichternd erlebt wurden. Die Informationen über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und spezifischen Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen führten vielfach zu einer Klärung der Situation des Pflegebedürftigen, zu einer zunehmenden Berücksichtigung im Alltagshandeln durch den Wissenszuwachs sowie zur Entwicklung adäquater Strategien, die vor allem den Umgang mit Verhaltensproblemen erleichterten (z. B. Entemotionalisierung, Distanzierung, Krankheitszuschreibung). Die rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Hinweise konnten im Kontakt mit Behörden, Pflege- und Krankenkassen sowie Hausärzten oft erfolgreich angewendet werden.

In 25 % der Fälle beurteilten die Hauptpflegepersonen die Inhalte der Interventionen zwar durchaus als sinnvoll und hilfreich, setzten sie aber dennoch nicht um. Als Begründung wurde in einigen Fällen angegeben, eine Umsetzung (z. B. die Wahrnehmung von Tagespflege, Kurzzeitpflege oder ehrenamtlicher Unterstützung) sei noch nicht notwendig, da die Situation noch nicht als Belastung erlebt wurde bzw. die Belastung noch erträglich sei. In vier Fällen hing die Realisierbarkeit der Interventionsinhalte von einem positiven Einstufungsbescheid ab. Die zugesendeten Adressen und Materialien wurden von den meisten Angehörigen in dieser Gruppe aufbewahrt, um im Bedarfsfall darauf zurückgreifen zu können.

In 21 % der Fälle fehlte jedoch die Bereitschaft zur Umsetzung der vorgeschlagenen Interventionsinhalte, welche die Nutzung verschiedener professioneller und ehrenamtlicher regionaler Unterstützungsangebote zur Entlastung der Hauptpflegepersonen umfassten. Viele Hauptpflegepersonen begründeten ihr ablehnendes Verhalten mit befürchteten Widerständen der Pflegebedürftigen gegen fremde Personen oder unbekannte Orte:

„Kurzzeitpflege, das könnte ich ihr nicht antun. Die Zeit in der Reha war für sie das Furchtbarste, dass ich ihr antun konnte.“ (Fall 61)

In anderen Fällen spielen finanzielle und organisatorische Aspekte (relativ hohe Kosten, wenig Flexibilität der Angebote) sowie ein generelles Misstrauen gegenüber ehrenamtlichen bzw. privaten Unterstützungsangeboten eine Rolle bei der ablehnenden Haltung:

„Was bringt uns `ne Tagesklinik. Morgens hinbringen, abends abholen. Sie sorgt sich da und was soll ich hier rumsitzen, ich kann ja nicht für einen Tag verreisen.“ (Fall 6)

Hier wird vor allem ein wahrgenommener großer Aufwand für relativ wenig Entlassungserleben als Argumentation ins Feld geführt. In der Gruppe der Hauptpflegepersonen, die keinerlei Unterstützung annehmen wollten, zeigte sich dass die Belastungen durch die Pflegesituation im Abschlussgespräch oftmals negiert oder heruntergespielt wurden, um die fehlende Notwendigkeit der Interventionsumsetzung zu unterstreichen.

In einigen wenigen Fällen wurde die Umsetzung sinnvoller Interventionen durch fehlende soziale und finanzielle Ressourcen verhindert. Lediglich in einem der Fälle wurde noch vor Ablauf der ersten neun Wochen ein professioneller Pflegedienst eingeschaltet, um die Pflegesituation zu erleichtern. In den anderen Fällen versuchten die Angehörigen ohne Hilfe zu Recht zu kommen. Gerade dem Dienstleistungsangebot der Pflegedienste standen Angehörige sehr kritisch gegenüber:

„Ein Pflegedienst, der morgens kommt und auf die Uhr guckt bei einer Parkinson Patientin: , ich hab 10 Minuten zum Waschen‘, so einen Pflegedienst brauchen wir definitiv nicht.“ (Fall 23)

Trotz vielfältiger Informationen wurde auf ehrenamtliche Unterstützungsangebote in der Regel nicht zurückgegriffen. Hier zeigt sich auch im zugrunde liegenden Sample ein bereits aus anderen Studien bekanntes Phänomen, die mangelnde Inanspruchnahme professioneller oder ehrenamtlicher Unterstützungsleistungen:

6.6 Die Fallentwicklungen im Zeitverlauf

Durch die Anlage der Begleitforschung im Sinne eines Längsschnittdesigns mit mehreren Erhebungszeitpunkten konnten nicht nur Daten über die Probleme und Belastungen der frühen poststationären Phase gewonnen werden, sondern die einzelnen Fallverläufe ließen sich über einen Gesamtzeitraum von neun Wochen verfolgen. Die Befunde dieser Verlaufsbeurteilung sollen im Folgenden dargestellt werden. Dazu werden zunächst quantitative Ergebnisse zu ausgewählten Verlaufsaspekten dargestellt. Im Anschluss daran werden Kategorien negativer und positiver Fallverläufe herausgearbeitet.

6.6.1 Entwicklung des Selbstständigkeitsstatus der Pflegebedürftigen

Zur Erfassung der Selbstständigkeitsentwicklung wurde – wie bereits erwähnt – auf die in der Projektklinik etablierten Assessmentinstrumente zurückgegriffen. (siehe dazu Kapitel 4.1). Im Folgenden werden die Entwicklungen der jeweiligen Gesamtscores im Vergleich der unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte X1 (Erhebung vor Entlassung) und X2 (Erhebung zum Erstbesuch) und X3 (Erhebung zum Abschlussbesuch) dargestellt.

Hier interessierte zunächst die Frage nach der Entwicklung der Selbständigkeit im Prozess des Übergangs zwischen der Klinik und der häuslichen Versorgung. Dazu wurden die Veränderungen zwischen dem Erhebungszeitpunkt X1 vor Entlassung aus der Klinik und dem Erhebungszeitpunkt X2 zum Erstbesuch in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen erfasst.

Entwicklung Gesamtscore Bartel-Index zwischen X1 und X2		Entwicklung Gesamtscore Erweiterter Bartel-Index zwischen X1 und X2	
Reduktion der Fähigkeiten	65,6%	Reduktion der Fähigkeiten	38,2%
Stabilisierung der Fähigkeiten	17,2%	Stabilisierung der Fähigkeiten	30,9%
Verbesserung der Fähigkeiten	17,2%	Verbesserung der Fähigkeiten	30,9%
Entwicklung Gesamtscore IADL-Skala zwischen X1 und X2			
Reduktion der Fähigkeiten	66,7%		
Stabilisierung der Fähigkeiten	23,1%		
Verbesserung der Fähigkeiten	10,2%		

Tabelle 35: Entwicklung der Gesamtscores zwischen den Erhebungszeitpunkten X1 und X2

Hier zeigt sich, dass es im Rahmen des Entlassungsprozesses in allen drei Assessments zur Reduktion der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen kam. Sowohl im Kontext des Barthelindex, der in erster Linie motorische und Körperpflege bezogene Items misst als auch im Bereich der IADL-Skala, die auf Alltagsbezogene Fähigkeiten abzielt, fielen die Einbußen besonders deutlich aus. Weniger stark stellte sich dies im Bereich des erweiterten Barthelindex dar, der die Fähigkeiten im kognitiven und sozialen Bereich erfasst. Hieran ließe sich zeigen, dass der Übergang aus der stationären Versorgung in die häusliche Versorgungssituation mit zum Teil starken Einbrüchen im Bereich der Selbstständigkeit verbunden war.

Betrachtet man die Entwicklung der Assessmentwerte im gesamten Zeitverlauf (X1 und X3) im Vergleich mit der für die Intervention relevanten Entwicklung zwischen Erst- und Abschlussbesuch (X2 und X3) zeigt sich folgender Befund:

<p>Entwicklung Gesamtscore Bartel-Index zwischen X2 und X3</p> <table border="1"> <tr> <td>Reduktion der Fähigkeiten</td> <td>09,2%</td> </tr> <tr> <td>Stabilisierung der Fähigkeiten</td> <td>56,7%</td> </tr> <tr> <td>Verbesserung der Fähigkeiten</td> <td>34,1%</td> </tr> </table>	Reduktion der Fähigkeiten	09,2%	Stabilisierung der Fähigkeiten	56,7%	Verbesserung der Fähigkeiten	34,1%	<p>Entwicklung Gesamtscore Bartel-Index zwischen X1 und X3</p> <table border="1"> <tr> <td>Reduktion der Fähigkeiten</td> <td>63,0%</td> </tr> <tr> <td>Stabilisierung der Fähigkeiten</td> <td>13,0%</td> </tr> <tr> <td>Verbesserung der Fähigkeiten</td> <td>24,0%</td> </tr> </table>	Reduktion der Fähigkeiten	63,0%	Stabilisierung der Fähigkeiten	13,0%	Verbesserung der Fähigkeiten	24,0%
Reduktion der Fähigkeiten	09,2%												
Stabilisierung der Fähigkeiten	56,7%												
Verbesserung der Fähigkeiten	34,1%												
Reduktion der Fähigkeiten	63,0%												
Stabilisierung der Fähigkeiten	13,0%												
Verbesserung der Fähigkeiten	24,0%												
<p>Entwicklung Gesamtscore Erweiterter Bartel-Index zwischen X2 und X3</p> <table border="1"> <tr> <td>Reduktion der Fähigkeiten</td> <td>19,2%</td> </tr> <tr> <td>Stabilisierung der Fähigkeiten</td> <td>65,8%</td> </tr> <tr> <td>Verbesserung der Fähigkeiten</td> <td>15,0%</td> </tr> </table>	Reduktion der Fähigkeiten	19,2%	Stabilisierung der Fähigkeiten	65,8%	Verbesserung der Fähigkeiten	15,0%	<p>Entwicklung Gesamtscore Erweiterter Bartel-Index zwischen X1 und X3</p> <table border="1"> <tr> <td>Reduktion der Fähigkeiten</td> <td>38,9%</td> </tr> <tr> <td>Stabilisierung der Fähigkeiten</td> <td>33,7%</td> </tr> <tr> <td>Verbesserung der Fähigkeiten</td> <td>27,4%</td> </tr> </table>	Reduktion der Fähigkeiten	38,9%	Stabilisierung der Fähigkeiten	33,7%	Verbesserung der Fähigkeiten	27,4%
Reduktion der Fähigkeiten	19,2%												
Stabilisierung der Fähigkeiten	65,8%												
Verbesserung der Fähigkeiten	15,0%												
Reduktion der Fähigkeiten	38,9%												
Stabilisierung der Fähigkeiten	33,7%												
Verbesserung der Fähigkeiten	27,4%												
<p>Entwicklung Gesamtscore IADL-Skala zwischen X2 und X3</p> <table border="1"> <tr> <td>Reduktion der Fähigkeiten</td> <td>08,3%</td> </tr> <tr> <td>Stabilisierung der Fähigkeiten</td> <td>73,3%</td> </tr> <tr> <td>Verbesserung der Fähigkeiten</td> <td>18,3%</td> </tr> </table>	Reduktion der Fähigkeiten	08,3%	Stabilisierung der Fähigkeiten	73,3%	Verbesserung der Fähigkeiten	18,3%	<p>Entwicklung Gesamtscore IADL-Skala zwischen X1 und X3</p> <table border="1"> <tr> <td>Reduktion der Fähigkeiten</td> <td>59,3%</td> </tr> <tr> <td>Stabilisierung der Fähigkeiten</td> <td>26,4%</td> </tr> <tr> <td>Verbesserung der Fähigkeiten</td> <td>14,3%</td> </tr> </table>	Reduktion der Fähigkeiten	59,3%	Stabilisierung der Fähigkeiten	26,4%	Verbesserung der Fähigkeiten	14,3%
Reduktion der Fähigkeiten	08,3%												
Stabilisierung der Fähigkeiten	73,3%												
Verbesserung der Fähigkeiten	18,3%												
Reduktion der Fähigkeiten	59,3%												
Stabilisierung der Fähigkeiten	26,4%												
Verbesserung der Fähigkeiten	14,3%												

Tabelle 36: Entwicklung der Gesamtscores zwischen den Erhebungszeitpunkten X2 und X3 bzw. X1 und X3

Die Werte zeigen für die Gesamtbetrachtung eine durchgehende z. T. erhebliche Reduzierung der Fähigkeiten im Gesamtverlauf. Das würde bedeuten, dass der Stand der erreichten Assessmentwerte bei Entlassung aus der Klinik bei weitem nicht erreicht werden konnte.

Im Folgenden soll die Selbständigkeitsentwicklung der Pflegebedürftigen im relevanten Interventionszeitraum zwischen den Erhebungszeitpunkten X2 (Erstbesuch) und X3 (Abschlussbesuch) noch einmal explizit dargestellt. Hier zeigt sich insgesamt eine erfreuliche Entwicklung.

<p>Entwicklung Gesamtscore Bartel-Index zwischen X2 und X3</p> <table border="1"> <tr> <td>Reduktion der Fähigkeiten</td> <td>09,2%</td> </tr> <tr> <td>Stabilisierung der Fähigkeiten</td> <td>56,7%</td> </tr> <tr> <td>Verbesserung der Fähigkeiten</td> <td>34,1%</td> </tr> </table>	Reduktion der Fähigkeiten	09,2%	Stabilisierung der Fähigkeiten	56,7%	Verbesserung der Fähigkeiten	34,1%	<p>Entwicklung Gesamtscore Erweiterter Bartel-Index zwischen X2 und X3</p> <table border="1"> <tr> <td>Reduktion der Fähigkeiten</td> <td>19,2%</td> </tr> <tr> <td>Stabilisierung der Fähigkeiten</td> <td>65,8%</td> </tr> <tr> <td>Verbesserung der Fähigkeiten</td> <td>15,0%</td> </tr> </table>	Reduktion der Fähigkeiten	19,2%	Stabilisierung der Fähigkeiten	65,8%	Verbesserung der Fähigkeiten	15,0%
Reduktion der Fähigkeiten	09,2%												
Stabilisierung der Fähigkeiten	56,7%												
Verbesserung der Fähigkeiten	34,1%												
Reduktion der Fähigkeiten	19,2%												
Stabilisierung der Fähigkeiten	65,8%												
Verbesserung der Fähigkeiten	15,0%												
<p>Entwicklung Gesamtscore IADL-Skala zwischen X2 und X3</p> <table border="1"> <tr> <td>Reduktion der Fähigkeiten</td> <td>08,3%</td> </tr> <tr> <td>Stabilisierung der Fähigkeiten</td> <td>73,3%</td> </tr> <tr> <td>Verbesserung der Fähigkeiten</td> <td>18,3%</td> </tr> </table>	Reduktion der Fähigkeiten	08,3%	Stabilisierung der Fähigkeiten	73,3%	Verbesserung der Fähigkeiten	18,3%							
Reduktion der Fähigkeiten	08,3%												
Stabilisierung der Fähigkeiten	73,3%												
Verbesserung der Fähigkeiten	18,3%												

Tabelle 37: Entwicklung der Gesamtscores zwischen den Erhebungszeitpunkten X2 und X3

In der Mehrzahl der Fälle kam es in allen drei Assessments (Barthel, erweiterter Barthel und IADL) zumindest zu einer Stabilisierung des Ausgangswertes im Zeitverlauf von neun Wochen. Mit 34,1% war die Rate der Verbesserung der Alltagsfähigkeiten im Kontext des Barthelindex ebenfalls recht hoch. Dabei muss berücksichtigt werden, dass es sich dabei zum großen Teil um Stabilisierungen und Verbesserungen auf niedrigem Niveau handelt. Dies soll am Beispiel der körperlichen Fähigkeiten verdeutlicht werden. Orientiert an einer gängigen Definition nach Shah et al. (1989) befand sich der Hauptteil der Probanden zum Abschlussbesuch nach neun Wochen im Bereich der schweren Abhängigkeit. Es hat aber eine deutliche Verschiebung in den Bereich der mittleren Abhängigkeit stattgefunden.

Punktwert	Definition (vgl. Shah u.a. 1989)	X2 (N= 161)	X3 (N= 120)
0-20	Totale Abhängigkeit	07,6%	05,8%
21- 60	Schwere Abhängigkeit	60,7%	55,8%
61 - 90	Mittlere Abhängigkeit	31,7%	38,4 %
91-99	Schwache Abhängigkeit	-	-
100	Unabhängig	-	-

Tabelle 38: Verteilung des Gesamtscorewertes Barthelindex (Messzeitpunkt X2 und X3 im Vergleich)

Angesichts des pflegebedürftigen Hauptklientel der Studie ist dies allerdings kein außergewöhnlicher Befund, bedenkt man sowohl die Variablen des Alters als auch der Multimorbidität, die das Sample auszeichnen.

Interessant ist ferner die relativ hohe Rate (knapp 20%) der Reduktion kognitiver Fähigkeiten in der Skala des erweiterten Barthelindex. Betrachtet man sich die Veränderungen bei den Einzelitems im Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte, dann wird deutlich, dass die größten Einbußen im Bereich der Verstehensleistungen, der Leistungen in der sozialen Interaktion, im Bereich des sich verständlich machen sowie im Bereich des Lösen von Alltagsproblemen liegen. Die konkreten Gründe dieser Reduktion kognitiver Fähigkeiten können hier nur vermutet werden. Denkbar ist, dass sich mit zunehmender Gewöhnung an die Situation beim Pflegebedürftigen Verhaltensweisen einstellen, die pflegende Angehörigen als unangemessen, unkooperativ oder gar aggressiv wahrnehmen bzw. dass die Verstehensleistungen z. B. im Rahmen dementieller Erkrankungen im progredienten Krankheitsverlauf abnehmen.

Bei der Gesamtbewertung der hier dargestellten Ergebnisse muss Folgendes berücksichtigt werden: Die Daten zum Messzeitpunkt X1 wurden der Klinikdokumentation entnommen und nicht durch die Projektmitarbeiter direkt erhoben. Die einheitliche Einstufungspraxis durch die Verwendung des Hamburger Manuals (vgl. Kapitel 4.1) auf den Projektstationen wurde vorausgesetzt. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Werte einer nicht ganz einwandfreien Einstufungspraxis geschuldet sind. So zeigten

Analysen von Einzelfällen, dass es im Zeitraum von zwei Wochen zwischen den Erhebungszeitpunkten X1 und X2 zu Selbstständigkeitsverlusten kam, die durch die individuelle Fallbetrachtung nicht nachvollziehbar waren. Mit anderen Worten, es ließen sich keine Hinweise wie bspw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes finden, die ein Abfallen der Selbstständigkeitsstatus hätten plausibel erklären können. Insofern liegt die Vermutung nahe, dass hier unterschiedliche Einschätzungskriterien zwischen den Messzeitpunkten X1 und X2 zugrunde lagen, die die Validität der Datengrundlage zum Zeitpunkt X1 in Frage stellen.

Zusätzlich zu der vergleichenden Analyse der Daten der Assessmentinstrumente wurde zur Beurteilung der Entwicklung des Unterstützungsbedarfs der Pflegebedürftigen im Zeitverlauf des Projektes noch eine weitere Datengrundlage hinzugezogen. Im Rahmen der halbstrukturierten Befragung der pflegenden Angehörigen mithilfe des Zorgkompas wurde auch der konkrete Unterstützungsbedarf der Pflegebedürftigen abgefragt. Diese Abfrage umfasste die Bereiche Körperpflege, Mobilisation, Ernährung, Zur Toilette gehen, Hauswirtschaft, Außen- und Sozialkontakte und Krankheitsbezogene Aufgaben. Es wurde jeweils erfragt, ob die einzelnen Verrichtungen vom Pflegebedürftigen allein, unter Mithilfe des pflegenden Angehörigen erfolgten oder vollständig übernommen werden mussten. Die folgende Tabelle zeigt, wie sich die Entwicklung des Unterstützungsbedarfs im Zeitverlauf aus der Wahrnehmung der Angehörigen darstellt:

	Häufigkeit	Prozent
Stabilisierung des Unterstützungsbedarfs	95	79,2
Reduktion des Unterstützungsbedarfs	19	15,8
Erhöhung des Unterstützungsbedarfs	6	5,0
Gesamt	120	100,0

Tabelle 39: Veränderung des Unterstützungsbedarf beim Abschlussbesuch (X3)

Bei der Betrachtung der konkreten von den Angehörigen im Interview geschilderten Unterstützungsleistungen ergab sich hier ein deutlicher Schwerpunkt im Bereich der Stabilisierung. Nur in 5% der Fälle hatte sich der faktische Unterstützungsbedarf im Lauf der neun Wochen erhöht, war es also zu einer Verringerung der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen gekommen. Da sich die Beurteilung der Pflegenden Angehörigen auch hier wieder auf den Interventionszeitraum zwischen X2 und X3 bezieht, kann dieser Befund die Vermutung einer unterschiedlichen Einstufungspraxis zwar nicht bestätigen, er stützt diese jedoch.

6.6.2 Wiedereinweisungen und Heimeinweisungen im Projektverlauf

Ein wesentliches Ziel guter Entlassungsvorbereitung sowie gezielter Pflegeüberleitung besteht darin, einen so genannten Drehtüreffekt zu vermeiden, das heißt eine Wiedereinweisung ins Krankenhaus bzw. eine meist endgültige Heimübersiedlung möglichst zu verhindern bzw. hinaus zu zögern. Im vorliegenden Sample kam es im Projektzeitraum in 20 Fällen (ca. 12%) zu einer Wiedereinweisung in ein Krankenhaus. Dabei spielte jedoch in allen Fällen die massive Verschlechterung der gesundheitlichen Situation des Pflegebedürftigen die zentrale Rolle für die Wiedereinweisung. Es handelte es sich bspw. um akute Krankheitszustände wie Herzinfarkte, Infektionen oder Frakturen, die eine sofortige Wiederaufnahme erforderten. Daher kann bei der betrachteten Studien- gruppe nicht von Überlastungsinduzierten Wiederaufnahmen ausgegangen werden.

In insgesamt fünf Fällen (3%) gestaltete sich die Pflegesituation im Verlauf der neun Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus so schwierig, dass die Pflegebe- dürftigen in ein Heim übersiedelten bzw. zum Zeitpunkt des Abschlussbesuches eine zeitnahe Übersiedlung geplant war. Ursächlich waren deutliche Veränderungen des Verhaltens der Pflegebedürftigen, die sich nachhaltig auf alle Familienmitglieder aus- wirkten bzw. zu enormen Schwierigkeiten in der Alltagsgestaltung und Gewährleistung der notwendigen Beaufsichtigung führten. Die vorliegende Problematik hatte sich in allen Fällen bereits vorher abgezeichnet, der Versuch einer häuslichen Versorgung soll- te jedoch auf Wunsch der jeweiligen Angehörigen unbedingt erfolgen. In einem Fall war die bereits seit Jahren gestörte Beziehung zwischen der Pflegebedürftigen und dem pflegenden Angehörigen ausschlaggebender Faktor für das Scheitern der häusli- chen Pflegesituation. In einem anderen Fall war die Heimübersiedlung hingegen Resultat eines gemeinsamen Entschlusses von pflegebedürftiger Person und Angehöri- gen. Ziel war es hierbei, der Pflegebedürftigen zu ermöglichen, neue soziale Kontakte zu knüpfen, so lange die Symptome ihrer Parkinson-Erkrankung noch nicht zu ausge- prägt waren. In einem weiteren Fall führte die Beendigung der Arbeitslosigkeit der Hauptpflegeperson zu einer Heimübersiedlung, da die notwendige Versorgung nicht mehr in ausreichender Form sichergestellt werden konnte. Auf einen Fall (118) soll zur Verdeutlichung der maßgeblichen Faktoren exemplarisch eingegangen werden:

Die Pflegebedürftige Frau A. wurde nach der operativen Behandlung einer pertrochantären Femurfraktur in der geriatrischen Klinik behandelt. Sie litt au- ßerdem unter der Sturzkrankheit und vaskulärer Demenz mit Urininkontinenz, wodurch die häusliche Pflege zusätzlich erschwert wurde. Ihre Tochter, Frau B. erklärte sich bereit, die häusliche Pflege zu übernehmen, auch um Frau A. ihren Wunsch nach einem selbst bestimmten Leben in ihrem Haus zu ermöglichen. Frau B. arbeitete bislang als Lehrerin und ließ sich zunächst in ihrer Schule be-urlauben, da sie die zu erwartenden Aufgaben in ihrem Umfang nicht einschätzen konnte. Sie wollte abhängig vom weiteren Verlauf entscheiden, ob

und wann sie ihre berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen würde. Ihre Mutter wohnte nicht im gleichen Haus, sondern in der unmittelbaren Nachbarschaft. Die Tochter von Frau B. hatte ebenfalls eine Wohnung im Haus ihrer Großmutter und konnte zumindest nachts in begrenztem Umfang Aufgaben der Beaufsichtigung übernehmen.

Bislang benötigte Frau A. überwiegend Unterstützung im hauswirtschaftlichen Bereich. Nach dem letzten Krankenhausaufenthalt war sie jedoch deutlich verwirrt, was sich auch auf ihre Selbständigkeit und die Alltagsplanung und –gestaltung auswirkte. Als besonders problematisch erwies es sich, dass Frau A. aufgrund ihrer Demenz nicht mehr in der Lage war, ihre ständige Sturzgefährdung einzuschätzen. Zudem nahm sie zu wenig Flüssigkeit zu sich. Frau B. wurde bereits kurz nach der Entlassung deutlich, dass die Situation in der bestehenden Form kaum aufrecht zu erhalten ist. Dennoch bemühte sie sich, ihrer Mutter zunächst ein Verbleiben in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Während der im Rahmen des Erstbesuchs durchgeführten Interventionen wurden Frau B. verschiedene Möglichkeiten gezeigt und erklärt, um die Flüssigkeitszufuhr zu erhöhen. Zudem erhielt sie Informationen über verschiedene Aspekte zur Betreuung und zu Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten in Bezug auf Tagespflege, sowie Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Auch eine stationäre Versorgung in Form einer Heimunterbringung wurde thematisiert.

Im weiteren Verlauf verschlechterte sich der Zustand der Pflegebedürftigen weiter, so dass es kaum noch möglich war, sie unbeaufsichtigt in ihrer Wohnung zu lassen. Frau B. und ihre Tochter schliefen abwechselnd bei Frau A. Nach mehreren glimpflich verlaufenden Stürzen zog sich Frau A. eine Oberschenkelhalsfraktur zu und wurde erneut in einer geriatrischen Klinik behandelt. Die bisherigen Erfahrungen bewegten Frau B. dazu, eine Heimübersiedlung ihrer Mutter in Erwägung zu ziehen, da eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst die nächtlichen Betreuungsprobleme nicht lösen würde.

„Wir haben überlegt, ob sie mit einem mobilen Dienst nach Hause kann. Problem ist dann die Zeit dazwischen und die Nacht. Das war der Knackpunkt. Nach vielen Überlegungen hab ich mir gesagt, das schaffst Du nicht. ... Das war schon schwierig sich das einzugestehen und zu entscheiden (Pflegerische Angehörige weint etwas).“

Frau B. gelang es nach einiger Zeit einen entsprechende Heimplatz zu finden, von dem sie sich eine gute Betreuung für ihre Mutter erhoffte. Frau A. selbst war zunächst davon überzeugt, sie könne nach einiger Zeit zurück in ihre eigene Wohnung. Auch Frau B. hegte zunächst ähnliche Hoffnungen. Allerdings wurde ihr bereits nach wenigen Tagen deutlich, dass es keine Besserung des Zustands und der Situation ihrer Mutter geben würde.

Im vorliegenden Fall handelte es sich um eine bewusste Entscheidung der Angehörigen zur Pflegeübernahme, um den Verbleib ihrer pflegebedürftigen Mutter in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Der Gesundheitszustand und das Verhalten der Pflegebedürftigen entwickelten sich negativ, wodurch eine schwierige Betreuungssituation entstand. Es gelang der Angehörigen durchaus, die veränderten Verhaltensweisen ihrer Mutter zu akzeptieren, dennoch erlebte sie die Situation als sehr belastend. Es existierte ein soziales Unterstützungssystem, die Hilfsangebote wurden auch in Anspruch genommen, sie reichten jedoch nicht aus, um die erforderliche Betreuung und Beaufsichtigung zu gewährleisten. Die damit erreichte Grenze der häuslichen Pflege wurde von der Hauptpflegeperson erkannt und sie suchte nach angemessenen Strategien, um ihr zu begegnen. Nachdem andere Möglichkeiten verworfen werden mussten, wurde die Heimübersiedlung eingeleitet.

Die Hauptpflegeperson beurteilt die Pflegesituation insgesamt als negativ, da diese nicht aufrechtzuerhalten war, obwohl das Verbleiben in der eigenen Wohnung ein zentrales Anliegen aller Beteiligten war. Es bleibt aber auch festzuhalten, dass sich die Angehörige für eine Belastungsangemessene Strategie entschieden hat und auf diese Weise eine stabile Versorgungssituation für ihre Mutter herstellt, in der auch die eigenen Möglichkeiten und Grenzen berücksichtigt sind.

6.6.3 Belastungsentwicklung für die Hauptpflegeperson im Zeitverlauf

Als Parameter für die Belastungen der pflegenden Angehörigen sollen wie bereits in der Darstellung der Problemlagen in der frühen poststationären Phase die Kategorien „zur Verfügung stehendes Zeitbudget“ sowie die „Möglichkeit, eine Auszeit von der Pflege zu nehmen“ betrachtet werden. Es zeigt sich folgendes Bild:

	Häufigkeit	Prozent
Reduzierung	7	5,8
Erweiterung	13	10,8
Status quo	97	80,8
Keine Angabe	3	2,5
Gesamt	120	100,0

Tabelle 40: Veränderung Zeitbudget zum Messzeitpunkt X3

In einer weit überwiegenden Anzahl der Fälle veränderte sich das zur Verfügung stehende Zeitbudget im Zeitverlauf der neun Wochen aus Sicht der befragten Angehörigen nicht. Führt man sich vor Augen, dass mehr als die Hälfte der Probanden

in ihrer Wahrnehmung gar nicht über ein ausreichendes Zeitbudget verfügen konnten, handelte es sich hier zwar überwiegend um eine Stabilisierung der zeitlichen Beanspruchung allerdings auf eher niedrigem Niveau. Erfreulich ist, dass immerhin gut 10% sogar über eine Erweiterung ihrer zeitlichen Ressourcen berichteten. Der Befund im Hinblick auf die Möglichkeit, sich eine Auszeit von der Pflege zu nehmen, stellt sich vergleichbar dar.

	Häufigkeit	Prozent
Reduzierung	2	1,7
Erweiterung	8	6,7
Status quo	108	90,0
keine Angabe	2	1,7
Gesamt	120	100,0

Tabelle 41: Veränderung der Möglichkeit eine Auszeit zu nehmen (Messzeitpunkt X3)

Auch dieser Befund stabilisiert sich deutlich. Es zeigt sich also ähnlich wie in der Entwicklung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen, dass vielfach der Status quo erhalten werden kann.

Vergleichend dazu wurde die individuelle Einschätzung der Fallverläufe durch die jeweilige Hauptpflegeperson analysiert. Zur Erhebung dieser Einschätzung wurden die pflegenden Angehörigen im Abschlussbesuch gebeten, die Entwicklung der Gesamtpflegesituation seit der Entlassung zu beschreiben. Hier handelt es sich also um die subjektive Einschätzung des Fallverlaufs mit all seinen fallspezifischen Facetten über den Zeitverlauf von neun Wochen. Die in aller Regel umfangreich im Erzählstil dargebotenen Antworten wurden in einem Codierprozess drei Items zugeordnet:

	Häufigkeit	Prozent
Positiver Fallverlauf	45	37,5%
Stabilisierung des Fallverlaufs	49	40,8%
Negativer Fallverlauf	26	21,7%
Gesamt	120	100,0%

Tabelle 42: Fallentwicklung

In knapp 40% der Fälle erschien den pflegenden Angehörigen die Entwicklung in der Gesamtbilanz positiv. Weitere 40% der Hauptpflegepersonen nahmen den Verlauf der gesamten Pflegesituation als stabilisiert wahr, gut 20% als negativ bzw. verschlechtert.

Ingesamt stellt sich der Umfang von Pflegesituationen die entweder als positiv oder aber stabilisiert wahrgenommen werden hoch dar. Das heißt, dass es in knapp 80% der Fälle im Erleben der Hauptpflegepersonen im Zeitraum von neun Wochen gelang, die gesamte Situation der Angehörigenpflege so zu gestalten, dass sie zumindest stabil gehalten werden konnte, wenn nicht sogar positiv zu gestalten war.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es gelang, im maßgeblichen Interventionszeitraum (zwischen den Messzeitpunkte X2 und X3) sowohl die Entwicklung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen als auch die Belastungsentwicklung für die pflegenden Angehörigen mehrheitlich zumindest zu stabilisieren, zum Teil auch zu verbessern. Dieser Effekt kann nicht monokausal auf die Intervention innerhalb des Projektes zurückgeführt werden. Ähnlich wie z. B. im Bereich der gesundheitlichen Entwicklung des Pflegebedürftigen ist auch die Situationsentwicklung der pflegenden Angehörige in einem Zeitraum von neun Wochen ein multifaktorielles Geschehen. Daher sollen im Folgenden die Bedingungen gelingender und nicht gelingender Pflegesituationen in ihrer Vielgestaltigkeit analysiert werden.

6.6.4 Faktoren ungünstiger Fallentwicklungen

Von einer negativen oder ungünstigen Entwicklung im Fallverlauf wurde definitiv immer dann ausgegangen, wenn sich in den Aussagen der Hauptpflegepersonen deutliche Anzeichen für eine dauerhafte Überforderung zeigten bzw. selbst eine negative Bilanz bezüglich der Einschätzung der Pflegesituation getroffen wurde.

Folgende Aspekte spielten hier eine zentrale Rolle

- Gesundheitliche Entwicklung des Pflegebedürftigen
- Gesundheitlicher Status der Hauptpflegeperson
- Vorliegen von Mängeln professioneller Akteure
- Unklare finanzielle Situation
- Mangel an Unterstützung und Inanspruchnahme von Unterstützung
- Verhalten des Pflegebedürftigen
- Schwierige Beziehungskonstellation
- Mangelnde Grenzziehung
- Erzwungene Motivation

Die Entwicklung der gesundheitlichen Situation der Pflegebedürftigen spielte für die Gesamtentwicklung eines Fallverlaufs eine entscheidende Rolle. So ließen sich in den Fällen, in denen sich der Gesundheitsstatus der Pflegebedürftigen nach der Entlassung aus der Projektklinik verschlechtert hatte, deutlich erschwerende Bedingungen für einen gelingenden Fallverlauf herausarbeiten. Dabei bezog sich die Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei vielen Pflegebedürftigen nicht zwingend auf das Grundleiden,

das dem Klinikaufenthalt zugrunde lag, sondern auf vielfältige gesundheitliche Einschränkungen. Auf der körperlichen Ebene waren dies bspw. in einigen Fällen Stürze, oder eine auch neu auftretende Erkrankung wie bspw. in einem Fall ein epileptischer Anfall, die zur Verschlechterung des körperlichen Zustandes führen und den weiteren Verlauf der Pflege erheblich erschwerte. Auf der Verhaltensebene kam es bspw. bei Pflegebedürftigen im Rahmen ihrer dementiellen Erkrankung zu einer Verstärkung von Symptomen wie Unruhe, Weglauftendenz und Aggressivität, die die Betreuung erschweren. Eine pflegende Angehörige schilderte das wie folgt:

„Letzte Woche hat er mir auf dem Flur gesagt: ‚Ich schlag Dir den Knüppel über den Schädel. Ich schmeiß dich aus dem Fenster. Was willst du hier, ich will dich nicht sehen.‘ Das sind Sachen, da kann ich nicht mit umgehen. ... Dann wehr ich mich auch mal und denke, du bist auch nur ein Mensch, das hast du doch nicht verdient. Du tust alles und machst alles und dann bist du nur der letzte Dreck unter seinen Füßen.“ (Fall 103)

Als erschwerend stellt sich ebenfalls eine gesundheitliche Einschränkung der Hauptpflegepersonen heraus. Auch hier findet sich ein breites Spektrum von Erkrankungen wieder, die zum einen Teil bereits vor der Pflegeübernahme bestanden zum anderen Teil durch die Pflegesituation entstanden sind (vgl. Kapitel 6.3). So erkrankte bspw. eine Hauptpflegeperson kurz nach der Pflegeübernahme so schwer, dass sie selbst in einer Klinik behandelt werden muss und die Pflege nur durch Einspringen einer weiteren Angehörigen geleistet werden konnte. In anderen Fällen berichteten Angehörige von bevorstehenden eigenen Operationen, die die Absicherung der Pflegesituation in Frage stellten. Hier zeigte sich in aller Regel die Tendenz vieler Angehöriger, die eigene Gesundheit nicht so wichtig zu nehmen und ggf. notwendige Maßnahmen zunächst zurückzustellen.

In einigen Fällen trug ein nicht adäquates Verhalten professioneller Akteure zur Verschlechterung der Fallverläufe bei. Hier spielte aus Sicht der Hauptpflegepersonen zum Beispiel mangelnde Anleitung im Vorfeld der Entlassung eine Rolle. So berichtete bspw. eine pflegende Angehörige, über eine Wunde am Bein der Pflegebedürftigen nicht informiert worden zu sein, die im weiteren Verlauf zu Komplikationen geführt habe. In zwei weiteren Fällen fühlten sich pflegende Angehörige durch die jeweiligen hinzugezogenen Haus- bzw. Fachärzte nicht angemessen betreut, in einem Fall weil der Hausarzt aus Sicht der Angehörigen die Schmerzen des Pflegebedürftigen nicht ernst genug nahm und diesen auch zu wenig zu Hause besuchte, in einem weiteren Fall entfernte ein hinzugezogener Urologe einen Blasenverweilkatheter bei einem Pflegebedürftigen, obwohl dieser nicht ausreichend mobil für selbständige Toilettengänge war.

Einen weiteren erschwerenden Faktor stellt eine unklare finanzielle Situation dar. Dies zeigt sich vor allem dann, wenn pflegende Angehörige professionelle Entlastungsmöglichkeiten wie z. B. Tagespflege etc. in Anspruch nehmen möchten. Bei der quantitativen Analyse der Fälle die aus der Klinik heraus einen Antrag auf Pflegeeinstufung nach SGB XI gestellt hatten, stellte sich heraus, dass in 69,4% der betreffenden Fälle (n = 62) beim Abschlussbesuch (neun Wochen nach der Entlassung) noch immer keine Einstufung vorlag. Darüber hinaus stellte eine allgemein ungesicherte finanzielle Situation z. B. durch Arbeitslosigkeit etc. einen erschwerenden Faktor dar.

In vielen Fällen, die einer negativen Fallentwicklung zugeordnet werden konnten stellte sich mangelnde Inanspruchnahme oder mangelnde Verfügbarkeit von Unterstützung als zentraler Faktor heraus. Mangelnde Unterstützung aus dem sozialen Umfeld der Hauptpflegeperson zeigte dabei unterschiedliche Facetten.

Neben dem Phänomen eines nicht vorhandenen oder nur sehr gering entwickelten sozialen Umfeldes bspw. wenn Pflegebedürftige und Hauptpflegeperson keine eigenen Kinder hatten, ergaben sich in einigen Fällen Unterstützungsprobleme aufgrund der räumlichen Entfernung. Hierbei handelte es sich zumeist um die Kinder von Hauptpflegepersonen, die aus beruflichen oder familiären Gründen nicht in der Nähe des Pflegebedürftigen leben und sich somit an der direkten Pflege nicht beteiligen können. Die Gruppe der Kinder, Enkelkinder und Schwiegerkinder der jeweiligen Hauptpflegeperson war gleichsam auch die Gruppe, die häufig bewusst von der Unterstützungsleistung ferngehalten wurde, da die Hauptpflegeperson ihnen diese Belastung nicht zumuten wollte. Hier zeigten pflegende Angehörige die Tendenz sich lieber selbst sehr stark zu belasten, anstatt andere Familienmitglieder in die Pflege einzubeziehen und – so drückte es eine pflegende Angehörige aus „...*ihnen die Jugend zu nehmen*“ (Fall 10). Dies Zitat zeigt ein ausgeprägtes Schutzverhalten der Hauptpflegeperson und drückt mittelbar aus, wie belastend die Situation wahrgenommen wurde.

Demgegenüber fanden sich in vielen Fällen auch aktive Verweigerungshaltungen weiterer Angehöriger.

„Von den Kindern kommt keine Unterstützung. Ich weiß nicht, was man denen getan hat. Wir haben alles abgegeben, wie lange ist das jetzt her, 20 Jahre bald. ... Ich weiß nicht, was wir falsch gemacht haben, ich weiß es wirklich nicht.

„I: Können Sie nicht einfach anrufen und nach Hilfe fragen?“

„Lässt mein Stolz nicht zu. Wenn die selbst nicht gucken. Ein bisschen Stolz hab ich noch.“ (Fall 11)

Kommt es in einzelnen Fällen zu einer totalen Verweigerungshaltung so spielen oft langjährige Beziehungsschwierigkeiten zwischen den Beteiligten eine Rolle und die Kinder kommen nicht einmal mehr zu Besuch. Andere Angehörige halten zwar den

Kontakt mit dem Pflegebedürftigen bringen sich aber weder in die Pflegeorganisation noch in die direkte Pflege ein:

Meine Schwester kommt nur zu Besuch, sie ist dann die liebe Tochter." (Fall 9)

Im Gegensatz dazu bringen sich manche Angehörige zwar sehr intensiv in die Diskussion um die Pflegesituation ein, übernehmen aber keine praktischen Tätigkeiten und erschweren durch moralische Appelle an die Hauptpflegeperson deren Belastung noch. So wird eine pflegende Angehörige bspw. von ihrer Tochter davon abgehalten, den pflegebedürftigen Vater in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung zu geben, um eine notwendige Operation durchführen zu lassen. Die Tochter lehnt die Versorgung des Vaters in der Kurzzeitpflege ab und würde diesen in Abwesenheit der Hauptpflegeperson dann lieber selbst versorgen wollen. Da die Mutter ihr dies nicht zumuten möchte, verbleibt die Operation. In einem weiteren Fall bietet sich zwar die Schwester der Hauptpflegeperson an, diese zu entlasten, erscheint dann jedoch nicht zu den Zeiten, in denen es für die Pflegeperson vorteilhaft wäre.

Meine Schwester sagt immer, ihr müsst auch Urlaub nehmen. Wenn ich dann sage, kannst Du vielleicht ..., schlägt sie vor, sie nach M. zu nehmen und in ein Heim zu geben, damit sie sie jeden Tag besuchen kann. Das ist nicht das, was ich mir vorstelle." (Fall 19)

In vielen Fällen kommt es deshalb kaum oder gar nicht zur Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch die Pflegeperson, weil der Pflegebedürftige selbst dies nicht zulässt. Dies bezieht sich zumeist auf professionelle Unterstützungen, die der Pflegebedürftige ablehnt, da er nicht von Fremden versorgt werden möchte.

Ein weiterer erschwerender Faktor für eine gelingende Fallentwicklung stellen die zum Teil gravierenden Verhaltensänderungen auf Seiten der Pflegebedürftigen dar. Viele dieser als problematisch empfundenen Verhaltensweisen resultierten aus einer demenziellen Erkrankung, einige waren Folgen von Schlaganfällen oder entwickelten sich vor dem Hintergrund der spezifischen Persönlichkeit des Pflegebedürftigen. Viele der Schilderungen von pflegenden Angehörigen zeigten hier deutlich, dass als schwierig und problematisch empfundenenes Verhalten eine gelingende Pflegebeziehung erheblich erschweren konnte.

„Sie erinnert sich nicht an das was ich gesagt habe. Das ist als wenn ich das Licht anmache und es gleich wieder ausmache." (Fall 35)

„Es ist problematisch mit meiner Mutter, sie macht auf Freunde einen ziemlich geordneten Eindruck und auf einmal legt sich der Schalter um, je nachdem was gefragt wird.

Und wenn das nicht gefragt wird, dann legt sich der Schalter nicht um. Das ist ganz schön schwierig das nachzuvollziehen." (Fall 42)

Beide Beispiele verdeutlichen symbolhaft mit dem Bild des Schalters bzw. des Lichtes, dass die Angehörigen von Demenzerkrankten Menschen gezwungen sind in zwei Welten zu leben und sich ad hoc zwischen diesen Welten bewegen müssen.

Insgesamt erwies sich eine aktuell schwierige oder gar aus der Vergangenheit stammende belastete Beziehung zwischen der Hauptpflegeperson und dem Pflegebedürftigen als ein zentraler Erschwernisfaktor für das Gelingen einer Pflegebeziehung dar. Dies betraf sowohl Ehe- als auch Eltern-Kind- Beziehungen.

Die Hauptpflegepersonen erlebten ihre Angehörigen oftmals als kontrollierend, dominant, distanziert oder auch gefühllos, wie das folgende Beispiel verdeutlicht:

„Als meine Tochter Brustkrebs hatte, das hat sie (die Pflegebedürftige, E.H.) gar nicht interessiert. Was sie alles hatte, war viel schlimmer ... so ein Altersschutz. Die lassen das einfach nicht mehr an sich ran. Das hab ich schon von vielen gehört. Die kümmern sich nicht drum. Die sind nur noch sich selber wichtig und dann ist es so." (Fall 19)

In den meisten Fällen, in denen bereits vor der Pflegeübernahme ein schwieriges Verhältnis bestand, änderte sich dies auch nach der Pflegeübernahme nicht.

„Wenn man jemandem helfen will und der lehnt es dann ab, da ist man schon enttäuscht und reagiert wütend. Er nimmt die Hilfe nicht an, er ist immer schon ein schwieriger Mensch gewesen. Das sind auch Wesenszüge, unabhängig vom Schlaganfall. Aber ich darf auch nicht so empfindlich sein, er ist ein kranker Mann. Ich muss dann auch sagen, dann eben nicht heute, dann lassen wir das. Ich bin dünnhäutig geworden durch diese ganze Zeit. ... Es kommt nichts, ich werde nicht gelobt. Ich merke, sie fühlen sich wohl, aber von sich aus kommt nichts ... Es gibt Menschen, die können nicht loben." (Fall 59)

Hier zeigt sich die ganze Enttäuschung einer pflegenden Angehörigen über die anscheinend mangelnde Wertschätzung ihrer Pflegeleistung gegenüber.

In einem anderen Fall führte die als problematisch empfundene Beziehung dazu, dass die Pflege eher widerwillig und aus einem reinen Verpflichtungsgefühl heraus übernommen wird:

„Es trifft mich sehr, dass ich sehe, wie meine Mutter sich verändert hat. Und wie schwer es mir ihr gegenüber fällt, weil keine Bande mehr zwischen uns sind. Ich habe keine liebevollen Gefühle für sie, ich muss mich zwingen, die Dinge zu tun, auch zu ihr hinzugehen." (Fall 30)

Gerade weil es in Pflegebeziehung zumeist zwangsläufig zu nahen und intensiven Kontakten kommt, spielt die Beziehungsgestaltung eine große Rolle für die Belastungswahrnehmung und -bewältigung.

Pflegebeziehungen entwickelten sich auch dann problematisch, wenn es den Hauptpflegepersonen nicht gelang, Grenzen der eigenen Belastbarkeit wahrzunehmen und darauf auch dementsprechend zu reagieren. Die mangelnde Grenzziehung hatte dabei verschiedene Facetten.

So kam es in einigen Fällen dazu, dass Hauptpflegepersonen ihr eigenes Leben komplett für den Pflegebedürftigen aufgaben. So verließ bspw. eine Hauptpflegeperson seine Familie und zog zum Pflegebedürftigen. Die anderen Familienmitglieder verweigerten daraufhin jegliche Unterstützung, so dass die Hauptpflegeperson isoliert wurde. Eine weitere Angehörige berichtete von den schwierigen Erfahrungen aus einer zurückliegenden Pflegebeziehung:

„Ich konnte am Anfang nicht akzeptieren, dass ich schon wieder einen pflegen soll. ... Nach der Pflege (des Vaters, E.H.) lebten wir (Pflegerische Angehörige und ihre Familie, E.H.) in einer Wohnung, aber niemand brauchte mich. Wir lebten aneinander vorbei. ... Das tat weh und hat lange gedauert, bis wir wieder zusammengefunden haben. Ich hab Angst, dass das jetzt wieder passieren kann.“ (Fall 79)

Hier zeigt sich, dass die Pflege von Angehörigen tief greifende Auswirkungen auf Familienbeziehungen nach sich ziehen kann.

Eine weitere Facette der mangelnden Grenzziehung besteht darin, sowohl eigene körperliche als auch psychische und soziale Bedürfnisse vollständig hinten an zu stellen. Als ein Beispiel soll hier der Fall 71 dargestellt werden:

In dieser bereits seit längerem bestehenden Pflegesituation pflegt die Ehefrau ihren Ehemann, der an Demenz leidet. Sein körperlicher Zustand verschlechtert sich zunehmend, sie kann ihn kaum noch mobilisieren, er schläft morgens sehr lange und sitzt ansonsten in einem Sessel. Die Hauptpflegeperson hat ihren gesamten Tagesablauf auf dieses Verhalten eingestellt, so dass sie selbst keine Freiräume hat und nahezu ständig anwesend ist. Der Pflegebedürftige zeigt sich sehr oft unkooperativ, manchmal auch aggressiv. Er lehnt jede Unterstützung durch fremde Personen ab. Obwohl die Ehefrau es kaum noch schafft, ihn allein zu duschen und mittlerweile aufgrund fehlender Anleitung und Informationen starke Rückenprobleme hat, traut sie sich nicht, professionelle Hilfe zu organisieren. Sie weiß, dass er aufgrund seiner Demenz kaum noch in der Lage ist, seine Situation umfassend und angemessen einzuschätzen und zu beurteilen, dennoch richtet sie ihr Verhalten nur nach seinen Wünschen und nicht nach ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen. Sie hat sich zwar vorgenommen nach einem in Kürze anstehenden Umzug in eine Wohnung ins Erdgeschoss einen ambulanten Pflegedienst

zumindest zum Duschen einzubeziehen. Alle anstehenden, geplanten oder vorgeschlagenen Veränderungen der bisherigen Pflegesituation werden von der Hauptpflegeperson auf diesen Zeitpunkt verschoben. Sie wirkt völlig überfordert und erhält aus ihrem familiären bzw. sozialen Umfeld kaum Unterstützung. Sowohl der Pflegebedürftige als auch die Hauptpflegeperson sind sozial isoliert, zudem haben Familienmitglieder und Bekannte kein bzw. kaum Verständnis für die Pflegesituation.

Das Beispiel zeigt eine starke Fixierung der Hauptpflegeperson auf die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen. Die notwendigen und auch bereits geplanten Entlastungsmöglichkeiten werden aus Angst vor dem evtl. ablehnenden Verhalten des Pflegebedürftigen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Die Pflegeperson gerät dadurch in eine völlige Überlastungssituation, die durch die mangelnde Unterstützung aus dem Umfeld noch verschärft wird.

Schließlich stellt auch eine erzwungene Motivation bei der Pflegeübernahme einen Faktor für eher problematische Fallentwicklungen dar. Die betreffenden Hauptpflegepersonen fühlen sich in aller Regel gezwungen die Pflege zu übernehmen. Diese Zwänge resultieren entweder aus starken moralischen oder faktisch erbrechtlichen Verpflichtungen, die erfüllt werden müssen. Eine Angehörige berichtet, sie habe mit dem Haus auch die Verantwortung für die erkrankte Mutter geerbt:

„Es muss weitergehen. ... Für uns beide so ein Punkt, wo wir sagen, dann müssen wir es zu Hause schaffen. Es gibt Erbverträge, in denen die Hege und Pflege festgeschrieben ist. Dann geht es nicht anders.“ (Fall 19)

Hier wird die Unausweichlichkeit mancher Pflegebeziehungen deutlich, in denen die Entscheidung der Pflegeübernahme unabhängig von zwischenmenschlichen Aspekten getroffen werden musste. Die Wahrnehmung der Fallverläufe durch die Hauptpflegepersonen war dementsprechend meist sehr negativ. Dabei waren es weniger die körperlichen Entwicklungen des Pflegebedürftigen ausschlaggebend, sondern eher die Notwendigkeit zum persönlichen Verzicht und zur Einschränkung eigener Interessen sowie negative Emotionen mit denen die Pflegesituation für die Hauptpflegepersonen verbunden war.

6.6.5 Faktoren gelingender Fallentwicklungen

Von einer günstigen Entwicklung im Fallverlauf wurde immer dann ausgegangen, wenn sich aus den Aussagen der Hauptpflegepersonen deutliche Anzeichen für eine gelingende, gut bewältigte Pflegesituation zeigten bzw. selbst eine positive Bilanz bezüglich der Einschätzung der Pflegesituation getroffen wurde.

Folgende Faktoren konnten in diesem Sinne aus den Fallgeschichten extrahiert werden:

- Gesundheitliche Stabilisierung des Pflegebedürftigen
- Positive Motivation der Pflegeübernahme
- Hohe Akzeptanz der Pflegesituation
- Vorhandensein und aktive Inanspruchnahme von Unterstützung
- Grenzen setzen
- Weitere sinnvolle Strategien entwickeln

Ein wesentliches Merkmal gelingender oder sich günstig entwickelnder Pflegesituationen war die Stabilisierung oder die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen. So erholten sich einige Pflegebedürftige rasch in der häuslichen Umgebung, so dass bspw. in einem Fall in der Klinik attestierte „Weglauftendenzen“ eines Pflegebedürftigen zu Hause nicht mehr auftraten. In einigen Fällen verstärkte eine grundlegend aktive oder auch geduldige Haltung der Pflegebedürftigen diesen positiven Effekt noch:

„Er (der Pflegebedürftige, E.H.) bemüht sich und so lange ist das o. k. Er ist umgänglich ... kein ‚Knatterkopf‘.“ (Fall 4)

Auf Seiten der Hauptpflegepersonen fielen in gelingenden Pflegesituationen die vielschichtigen positiven Motive zur Pflegeübernahme auf. Die Pflege wurde als Selbstverständlichkeit angesehen. In diesen Fällen gehörte Pflege im Sinne einer normalen Familienaufgabe zum Leben dazu und wurde nicht weiter in Frage gestellt.

„Wir empfinden das auch nicht als Pflege. Sie ist unser Familienmitglied, sie wohnt bei uns. Wenn wir irgendetwas machen, ist das nicht so, das ist jetzt `ne pflegerische Handlung. Das ist einfach so, weil es gemacht werden muss. Das ist so tagesablaufmäßig.“ (Fall 3)

Dies zeigte sich vor allem auch in Familien mit Migrationshintergrund (z. B. aus Russland, Polen sowie aus Südeuropa und der Türkei), in denen die Pflegeübernahme Folge eines kulturell geprägten Selbstverständnisses war. Zentrales Merkmal war die unbedingte Erwartungshaltung der pflegebedürftigen Personen und des eigenen Kulturkreises, die von den Hauptpflegepersonen ebenfalls fraglos akzeptiert wurde, wie in folgender Aussage deutlich wird:

„Bei uns ist das so, wir machen das gerne.“ (Fall 121).

In der Regel zeigten die befragten Hauptpflegepersonen eine positive Einstellung zur Pflege sowie eine große Tragfähigkeit in Bezug auf Belastungen. Anders als bei in

Deutschland sozialisierten Familien wurde auch bei verstärkter körperlicher Beanspruchung keine professionelle Pflege hinzugezogen. Die Pflegeübernahme wurde unabhängig von dem Aufwand an Kraft und Zeit, der zur Aufrechterhaltung erforderlich war gewährleistet. Zudem war es selbstverständlich, dass sich andere Familienmitglieder einbringen.

Eine weitere starke Motivation bestand insbesondere in Eltern-Kind-Pflegebeziehungen darin, etwas von der Fürsorge zurück zu geben, die man selbst als Kind erhalten hat.

„Ich hab mir gesagt, das ist ein großes Kind. Sie hat mich auch gepflegt als ich klein war, jetzt mach ich das gleiche.“ (Fall 21)

Eng verwoben mit dem motivationalen Hintergrund war eine generelle akzeptierende Grundhaltung der Hauptpflegebedürftigen, die in den Fallgeschichten gelingenden Fälle deutlich hervortrat. Die Hauptpflegepersonen konnten die Pflegesituation in der Regel annehmen. Der mit der Pflegeübernahme häufig verbundene Rollenwechsel wurde als unproblematisch erlebt.

„Ach find ich gar nicht so schlimm. Wir haben sehr viel Urlaub gemacht. Wir haben so viel gesehen. Wir werden auch nicht jünger und es wäre mit der Zeit sowieso so gekommen und wir hätten nicht mehr so viel raus gekonnt, deswegen muss man sich damit arrangieren.“ (Fall 20)

Es gelang den Angehörigen vielfach, den Alltag entsprechend zu organisieren und auch eigene Einschränkungen und Verluste anzunehmen. Hauptpflegepersonen handelten entsprechend der Erfordernisse der Situation, und stellten diese Erfordernisse nicht in Frage.

„Eigentlich habe ich noch gar nicht darüber nachgedacht. Ich mache es einfach, weil Mutti mich jetzt braucht und alles andere lass ich hinter mir.“ (Fall 52)

Die akzeptierende Haltung bezog sich jedoch nicht nur auf die Situation an sich, sondern auch auf die begrenzten Fähigkeiten der Pflegebedürftigen und die damit oft verbundene Unumkehrbarkeit. Einige Hauptpflegepersonen waren in der Lage, ihre Erwartungen an die Erkrankung und Symptome, mögliche Entwicklungen und das oft hohe Alter der Pflegebedürftigen anzupassen und auf diese Weise zu einer relativ positiven Einschätzung ihrer Gesamtsituation zu gelangen. Zudem konnten sie sich auf Veränderungen einlassen, die mit vielen Krankheitsprozessen einhergingen. Einige Angehörige schafften es sogar, die eigene emotionale Betroffenheit zu überwinden. Erleichtert wird die Entwicklung von Akzeptanz insbesondere bei den Angehörigen, die sich frühzeitig und bewusst auf die Situation eingestellt haben oder diese als Lernprozess begreifen:

„Ich gebe zu, dass ich mich da am Anfang ein wenig zurück gehalten habe und mich gerne darauf verlassen habe, dass meine Frau das macht. Erstens, weil es einen Einschnitt in meine Freizeit bedeutete und zweitens weil ich Schwierigkeiten hatte mit einem alten Menschen, noch dazu meiner Mutter in so einer Situation umzugehen. Ich war dann drei Wochen krank und in der Zeit bin ich dann mehr eingestiegen und dann hat sich das verändert. Das war ein richtiger Lernprozess.“ (Fall 142)

Hier wird deutlich, dass Akzeptanz nicht zwangsläufig von vorneherein vorhanden sein muss, sondern sich auch mit dem Einlassen auf die Situation entwickeln kann.

Ein weiteres Merkmal gelingender Pflegesituationen besteht im Vorhandensein und der Inanspruchnahme von Unterstützung. Kennzeichnend ist darüber hinaus, dass sich mindestens zwei manchmal auch drei bis vier Personen dauerhaft in die pflegerische Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen einbringen. Sie übernehmen entweder konkrete Aufgabenfelder oder führen die anfallenden Aufgaben zu bestimmten Zeiten durch. Typisch für diese Pflegesituationen ist eine hohe Flexibilität der beteiligten Personen. Im Bedarfsfall können mehr und zeitlich umfangreichere Aufgaben übernommen werden, so dass auch bei einer Verstärkung der Pflegebedürftigkeit eine ausreichende Versorgung gewährleistet werden kann. In der Regel können auch Auszeiten für die beteiligten Angehörigen gut eingeplant und gewährleistet werden. Darüber hinaus wird in einigen Fällen auch professionelle Unterstützung in Anspruch genommen:

„Tagespflege ist wie eine Erholung. Ich geh an die Sache wieder anders heran und er kommt wieder und benimmt sich anders. Es strahlt von ihm etwas Besseres aus Er freut sich, dass er wieder zu Hause ist.“ (Fall 31)

Gelingende Pflegebeziehungen zeichnen sich weiter dadurch aus, dass Pflegende Angehörige eigene Grenzen erkennen und diese auch beachten.

„Es gibt eine Grenzen, dass muss ich ehrlicherweise sagen. Man ist nicht unendlich belastbar. Man muss irgendwann auch zum eigenen Schutz an sich selber denken.“ (Fall 22)

Die Strategien, die Pflegende Angehörige anwenden, um sich selbst vor Überforderung zu schützen bestehen zumeist in dem aktiven Einfordern oder Durchsetzen einer Auszeit von der Pflege. Folgende Beispiele verdeutlichen das:

„Die nehm` ich mir, aber das muss ich machen. Wenn ich das nicht tue, dann würd` ich dabei untergehen.“ (Fall 16)

Das Narrativ zeigt die klare und aktive Entscheidung der Interviewpartnerin zur Durchsetzung ihrer Ansprüche. Weitere positive und gelingende Strategien pflegender

Angehöriger bestanden darin, offen mit dem Pflegebedürftigen über die Grenzen der Pflegebereitschaft zu sprechen:

„Wir sind übereingekommen, dass nicht bis zur Grenze auszureizen, bis sie im Rollstuhl ist oder der Pflegedienst morgens noch kommt und so was alle, sondern sie soll noch halbwegs. ...“ (Fall 23)

Das Zitat zeigt eine aktive Auseinandersetzung mit der Pflegesituation. Mögliche auch negative Entwicklungslinien der Situation werden prospektiv vorweg genommen. Einige Angehörige zeigten Strategien die Belastung, die durch die Pflegesituation zustande kam, durch Versachlichung und Entemotionalisierung für sich aushaltbar zu gestalten.

„Es war schon eine Umstellung, aber man wächst mit der Situation. Anfangs war es ein Umdenken, man musste sich halt denken, dass ist so wie auf der Arbeit.“ (Fall 60)

Durch die Betrachtung der Pflege als Arbeit gelang dieser Hauptpflegeperson eine innere Distanzierung von der Tatsache, dass der zu Pflegende ein naher Angehöriger war. Andere Angehörige scheuten sich nicht, dem Pflegebedürftigen auch negative Gefühle zu zeigen:

„Ich rede dann mit ihr und zeig ihr meine Gefühle, dass hilft. Dann können wir reden und ich fresse es nicht rein. Bei negativen Situationen schalte ich dann um auf Funktionspflege.“ (Fall 8)

Einige Hauptpflegepersonen konnten der Pflegesituation auch sehr positive Seiten abgewinnen. Hier stand bspw. die Freude über die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen oder ein vermehrter Familienzusammenhalt im Mittelpunkt der Schilderungen. Auch die Bestätigung, schwierige Situationen meistern zu können und davor nicht zu kapitulieren, war ein wesentliches Moment positiver Gestaltung von Pflegesituationen.

6.7 Entwicklung von Indikatoren zur prospektiven Einschätzung eines Pflegeverlaufs

Aufgrund der Erkenntnisse aus der Analyse gelingender und eher nicht günstig verlaufender Fälle können folgende zentrale beeinflussende Faktoren extrahiert werden. Pflegesituationen entwickeln sich dann günstig, wenn

- die Pflegeübernahme aus einer positiven Motivation heraus entspringt
- keine ausgeprägten Beziehungsprobleme zwischen dem Pflegebedürftigen und der Hauptpflegeperson bestehen

- es sich um eine bewusste und reflektierte Entscheidung der Pflegeübernahme handelt
- sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen stabilisiert oder verbessert
- es dem pflegenden Angehörigen gelingt eine akzeptierende Grundhaltung zu entwickeln, die sich auf das Verhalten des Pflegebedürftigen sowie die Veränderungen der Gesamtsituation beziehen. Hierfür wird Wissen über die Krankheit des Pflegebedürftigen und Zusammenhänge zum Verhalten benötigt.
- ein Unterstützungssystem besteht und dieses auch aktiv in Anspruch genommen wird
- Angehörige Grenzen der Pflegebereitschaft sehen und diese offen kommunizieren

Pflegesituationen entwickeln sich demgegenüber häufig ungünstig, wenn

- eine erzwungene Motivation zur Pflegeübernahme vorliegt
- sich der Gesundheitszustand bzw. das Verhalten des Pflegebedürftigen bzw. der Gesundheitszustand der Hauptpflegeperson zum Negativen verändert
- bereits aus Vorfeld der Pflegeübernahme eine schwierige Beziehung zwischen Pflegebedürftigem und pflegendem Angehörigen besteht
- kein Unterstützungssystem besteht, bzw. dieses nicht in Anspruch genommen wird
- finanzielle bzw. materielle Probleme bestehen
- sich professionelle Akteure nicht hilfreich verhalten

6.8 Exkurs: Vergleichende Betrachtung der Pflegesituationen mit und ohne Pflegedienst

Aufgrund der sich bereits in der Anfangsphase des Projektes abzeichnenden niedrigen Rekrutierungszahlen wurden zu Beginn der Projektlaufzeit (in den Monaten von Dezember 2005 bis Mai 2006) 42 Fälle in das Sample aufgenommen, in denen zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen ein Pflegedienst involviert war. Diese Vorgehensweise wurde von Seiten der Projektleitung mit der inhaltlichen Erwägung begründet, dass auch bei Probanden, die ein oder zweimal am Tag von einem Pflegedienst aufgesucht werden, über den Pflegeeinsatz hinaus ein Bedarf an Anleitung und Beratung bestehen kann, da die Einsätze der Pflegedienste in aller Regel nur einen kurzen Zeitraum der alltäglichen Pflege abdecken können, der Hauptteil der Arbeit aber bei den pflegenden Angehörigen verbleibt.

Die Ausweitung der Einschlusskriterien wurde im Einvernehmen zwischen den Beteiligten im Mai 2006 wieder zurückgenommen. Es wurde jedoch vereinbart, die Stichprobe

der Probanden mit involviertem Pflegedienst im Sinne einer Vergleichsgruppe mit in die Auswertung einzubeziehen. Hierbei interessieren zum einen generelle Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sowie zum anderen die Fragestellung, ob sich der Interventionsbedarf bei den Fällen mit Pflegedienst erwartungsgemäß kleiner darstellt als in den Fällen, in denen Angehörige ohne jegliche professionelle Unterstützung auskommen.

In den 42 Pflegesituationen mit Pflegedienst, wurde die professionelle Unterstützung in 50% der Fälle zweimal täglich und in gut 40 % einmal täglich in Anspruch genommen. In den verbleibenden 10% kam der Pflegedienst nur 1-2 x wöchentlich zur Unterstützung.

Bezüglich der Geschlechterverteilung zeigt sich in der Gruppe der Pflegebedürftigen kein großer Unterschied zwischen den beiden Stichproben. Der Anteil der Männer in der Gruppe der Probanden mit Pflegedienst liegt um ca. 3% höher als in der Gruppe der Probanden ohne Pflegedienst. Differenzierter stellt sich dagegen die Altersverteilung dar, wie die folgenden Tabellen zeigen:

Alter Pflegebedürftiger (N= 163) (Gruppe ohne Pflegedienst)			Alter Pflegebedürftiger (N = 42) (Gruppe mit Pflegedienst)		
	Häufigkeit	Prozent		Häufigkeit	Prozent
35-44 Jahre	1	0,6	65-74 Jahre	3	7,1
45-54 Jahre	1	0,6	75-84 Jahre	26	61,9
55-64 Jahre	7	4,3	>/= 85 Jahre	13	31,0
65-74 Jahre	32	19,6	Gesamt	42	100,0
75-84 Jahre	74	45,4			
>/= 85 Jahre	48	29,4			
Gesamt	163	100,0			

Tabelle 43: Vergleich Alter Pflegebedürftiger

Es wird deutlich, dass sich die Gruppe der Pflegebedürftigen ohne Pflegedienst deutlich jünger darstellt als die Vergleichsgruppe mit Pflegedienst.

Betrachtet man die Hauptpflegepersonen, dann zeigt sich im Hinblick auf das Verhältnis Männer /Frauen in der Vergleichsgruppe ein um rund 9% höherer Anteil männlicher Hauptpflegepersonen. Auch die Altersverteilung zeigt einen interessanten Unterschied. Zum einen finden sich in der Vergleichsgruppe um ca. 5% mehr jüngere Hauptpflege-

personen in der Altersspanne zwischen < 35 Jahre bis 44 Jahren. Zum anderen ist die Gruppe der 75jährigen und älteren Hauptpflegepersonen um knapp 10% größer.

Hier liegt die Vermutung nahe, dass sich ältere Hauptpflegepersonen u. U. wegen eigener gesundheitlicher Einschränkungen eher für den Einsatz eines Pflegedienstes entscheiden. Ähnliches gilt für jüngere Angehörige die aus Gründen der Berufstätigkeit nicht in der Lage sind, die Pflege vollständig zu übernehmen. Bezüglich des Pflegesettings ist der höhere Anteil von Angehörigen auffällig, die nicht in unmittelbarer Nähe des Pflegebedürftigen leben. Auch hierin kann ein Grund der Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen liegen.

Das höhere Alter der Pflegebedürftigen könnte einen weiteren Aspekt darstellen, da hier auch eine gleichzeitige Zunahme von Pflegebedürftigkeit vermutet werden könnte. Dies bestätigt sich allerdings im Vergleich der vorliegenden Pflegestufen der beiden Probandengruppen nicht. So weisen beide Stichproben eine nahezu identische Verteilung auf die drei Pflegestufen auf. Auch in der Gruppe der Pflegebedürftigen mit Pflegedienst überwiegt der Anteil der Probanden mit Pflegestufe I mit 66%. Anhand einer vergleichenden Analyse der Assessmentwerte (hier Gesamtbarthel-Indexwerte zum Messzeitpunkt X2) zeigt sich zwar ein etwas höherer Anteil der Pflegebedürftigen mit totaler Abhängigkeit (Punktwert 0-20 Punkte, Interpretation nach Shah, 1989) als in der Vergleichsgruppe. Betrachtet man jedoch die Gesamtverteilung stellt sich das Selbstständigkeitsdefizit in beiden Gruppen annähernd gleich dar.

Ein deutlicher Unterschied zeigt sich hingegen bei der Frage ob bei den Probanden, die aus der Projektklinik heraus einen Pflegeantrag gestellt haben im Zeitraum von neun Wochen eine Pflegeeinstufung vorgenommen wurde. Bei den 85 Probanden ohne Pflegedienst war dies nur zu gut 24% der Fall, von den 21 Probanden mit Pflegedienst hatte im Zeitraum von neun Wochen in 57% der Fälle eine Einstufung stattgefunden.

Neben einem allgemeinen Vergleich der beiden Gruppen interessiert im Folgenden ob sich im Hinblick auf die Interventionsraten der Projektmitarbeiter relevante Unterschiede feststellen lassen. Interessant ist hier zunächst, dass in 14,1 % der Fälle ohne Pflegedienst aber nur in 9,5% der Fälle mit Pflegedienst gar keine Intervention stattgefunden hat. Dies würde bedeuten, dass es in den Fällen der Vergleichsgruppe mit Pflegedienst sogar einen höheren Interventionsbedarf gab als in der Studiengruppe. Dafür spricht auch die höhere Anzahl der über den Erstbesuch hinaus vereinbarten Sondertermine zur Intervention. Hierbei könnte es sich jedoch auch um einen Erhebungsbias handeln, da die Fälle mit Pflegedienst alle in der frühen Projektlaufzeit durchgeführt wurden und die mangelnde Routine der Projektmitarbeiter zu einer vermehrten Vereinbarung von Sonderterminen geführt haben könnte.

Auch bei den jeweiligen Abschlussbesuchen der Fälle der Vergleichsgruppe fanden Interventionen statt. Hier zeigt sich jedoch ein deutlicher Unterschied zur Studiengruppe ohne Pflegedienst. So hatten in dieser rund 80% der Hauptpflegepersonen einen erneuten Interventionsbedarf zum Zeitpunkt des Abschlussbesuches, während dies in der Vergleichsgruppe nur auf gut 47% der Fälle zutraf.

Betrachtet man nun die inhaltliche Ausgestaltung der Interventionen sowohl zum Erst- als auch zum Abschlussbesuch so zeigt sich, dass die Fälle der Vergleichsgruppe mit Pflegedienst im Erstbesuch etwas häufiger einen Bedarf im Bereich von Information und Orientierung aufwiesen, demgegenüber lag der Schwerpunkt bei der Studiengruppe eher im Bereich des Handlings. Dieser Befund lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass der jeweils involvierte Pflegedienst die Handlingfragen bereits ausreichend klären konnte, bzw. anspruchsvolle Handlings weitgehend durch die Pflegekräfte des Pflegedienstes erbracht wurden und daher weniger Bedarf für eine Anleitung gegeben war. Für eine intensivere Informationsvermittlung scheint aber im üblichen Zeitrahmen der Einsätze von Pflegediensten wenig Spielraum vorhanden zu sein.

Insgesamt fällt auf, dass bei den Fällen mit Pflegedienst der Interventionsbedarf beim Abschlussbesuch in allen drei Bereichen deutlich geringer war als beim Erstbesuch. Dies stellte sich in der Studiengruppe anders dar. Hier variierte zwar der inhaltliche Fokus der Interventionen, d. h. es fanden sich beim Abschlussbesuch mehr Aspekte, die sich dem Bereich der Deutung und Klärung zuordnen ließen. In der Gesamtschau verringerte sich der Bedarf aber nicht.

Die qualitativ erfassten Interventionsinhalte der Fälle, die von einem ambulanten Pflegedienst unterstützt wurden, unterschieden sich kaum von denen der Fälle, in denen die Angehörigen die Pflege ohne professionelle Unterstützung leisteten. Schwerpunkte waren insbesondere sozialrechtliche Fragen sowie Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen. In vielen Fällen waren die Anleitungen zu Transfers und Lagerungen zentrales Thema der Interventionen.

Aus der vergleichenden Betrachtung der beiden Studiengruppen lässt sich folgendes ableiten. Im Hinblick auf soziodemografische Aspekte bestätigen sich im hier vorliegenden Vergleich bereits bekannte Befunde (vgl. auch Kap. 2). Interessant aber bleibt der höhere Interventionsbedarf der Fälle, in die Pflegedienste involviert waren. Da es sich in erster Linie um Informationsbedarf handelte, spricht dies dafür, dass zumindest dieser Aspekt von den Pflegediensten vermutlich aus Zeitgründen nicht ausreichend berücksichtigt werden konnte. Der Rückgang des Interventionsbedarfs in der Gesamtbetrachtung im Zeitraum von neun Wochen spricht wiederum dafür, dass die Pflegedienste sehr wohl in der Lage sind, pflegende Angehörige insofern zu unterstützen, als dass bestimmte Inhalte und Fragen befriedigend geklärt werden konnten. Hier

zeitigt vermutlich der kontinuierliche Charakter der Pflege durch Pflegedienste ein positives Resultat. Ob sich auch die wesentlich höhere Rate von stattgefundenen Pflegeeinstufungen in den Fällen der Vergleichsgruppe auf die Intervention von involvierten Pflegediensten zurückführen lässt, kann mit den vorliegenden Daten nicht geklärt werden. Bedenklich ist aber, dass die Pflegeeinstufung gerade in den Fällen, in denen keine professionelle Unterstützung an der Pflegegestaltung beteiligt ist, anscheinend erst deutlich später erfolgt.

Zusammengenommen zeigt sich, dass die Ausweitung der Einschlusskriterien auf Fälle mit regelmäßigen Pflegediensteinsätzen für die 42 involvierten Probanden im Sinne einer optimalen Beratung sicher sehr hilfreich war. Unter Sozialsystemischer Perspektive betrachtet handelte es sich allerdings um ein Doppelangebot von Unterstützungsleistungen, da die Probanden durch den Pflegedienst bereits professionelle Unterstützung erhielten, die – so lassen die Daten vermuten - durchaus zur Befriedigung von Beratungsbedarf geführt hat. Insofern war die Rückführung der Vorgehensweise auf die ursprünglich vereinbarten Einschlusskriterien im Sinne einer Ressourcenschonung sinnvoll.

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Zielsetzung der Begleitforschung bestand in der Analyse und Bewertung des angewandten Interventionskonzepts sowie des damit eng korrespondierenden Schulungskonzepts. Die gewonnenen Erkenntnisse und Empfehlungen beziehen sich daher auf den Transitionsprozess (vgl. Kap. 2) zwischen der Klinik und der häuslichen Umgebung sowie auf die frühe nachstationäre Versorgungsphase. Es lassen sich aber darüber hinaus Empfehlungen zur längerfristigen Gestaltung und Unterstützung der häuslichen Pflegesituationen ableiten.

Im Rahmen der vorliegenden Befunde konnte deutlich herausgearbeitet werden, dass der Informationsbedarf von pflegenden Angehörigen im Kontext der Klinikentlassung nicht ausreichend gedeckt werden konnte (vgl. auch Kapitel 2.2.1). Angehörige in der frühen Poststationären Versorgungsphase wiesen einen hohen Interventionsbedarf im Bereich Information und Orientierung und Handlung und Bewältigung auf. Sie benötigten insbesondere im Bereich des Handlings eine an die reale häusliche Situation angepasste zugehende Anleitung in der frühen poststationären Phase, um die Verstetigung sinnvoller Pflegestrategien zu erreichen sowie nicht angemessene Handlings frühzeitig zu erkennen und zu korrigieren. Das dem Projekt zugrunde liegende Interventionskonzept erwies sich hier als sehr gut geeignet, sowohl die Bedarfe der Pflegenden Angehörigen in angemessener Form zu erheben, als auch zeitnah und alltagsangemessen zu beantworten. Die Belastung der meisten pflegenden Angehörigen stabilisierte sich zumindest und konnte zum Teil auch reduziert werden.

Zu empfehlen ist daher, das vorliegende Interventionskonzept als fakultativen Bestandteil des Entlassungsmanagements von Pflegebedürftigen Menschen und ihren Hauptpflegepersonen aus der Klinik heraus immer dann einzusetzen, wenn pflegebedürftige oder von Pflegedürftigkeit betroffene Menschen in die ausschließliche Betreuung durch pflegende Angehörige überführt werden sollen und ein Bedarf an konkreten Handlingbezogenen Aspekten (wie z. B. Lagerung, Transfer, Versorgung von Ernährungssonden, Versorgung von ableitenden Systemen) besteht. Der Klinikübergreifende Ansatz ist zu bevorzugen, da dadurch aus der Einrichtung vertraute Handlings in die Häuslichkeit direkt übertragen werden können.

Die im vorliegenden Projekt gewonnenen Erkenntnisse über Faktoren gelingender und eher nicht gelingender Pflegeverläufe sollten zukünftig im Rahmen des Entlassungsmanagements im Sinne „weicher“ Indikatoren genutzt werden, um prospektiv Einschätzungen zum Interventionsbedarf in Pflegekonstellationen treffen zu können. Das könnte konkret bedeuten, dass aus der Klinik heraus möglichst frühzeitig im Kontext des Entlassungsmanagements die Auseinandersetzung der Pflegenden Angehörigen mit der anstehenden Pflegeaufgabe aktiv angestoßen und gefördert wird. Dies scheint geboten, da sich ein aktive, akzeptierende Haltung sowohl in Bezug auf die

Erkrankung des Pflegebedürftigen als auch im Hinblick auf die daraus erwachsenden Konsequenzen als eine wesentliche Gelingensbedingung erwiesen hat.

Im Falle einer Vermutung auf Vorliegen von Faktoren ungünstiger Fallentwicklungen und hier insbesondere in Bezug auf die Aspekte erzwungene Motivation und problematische Beziehung sollte ebenfalls ein Auseinandersetzungsprozess – bei aller hier notwendigen Vorsicht – zumindest angeregt werden. Es kann nicht Zielsetzung sein, Angehörigenpflege um jeden Preis zu erhalten. Angehörige neigen in aller Regel ohnehin schon dazu sich zu überfordern und bis an die Belastungsgrenze zu gehen. Hier sind professionelle Akteure bereits im Vorfeld gefordert, Angehörige bei einer realistischen Einschätzung ihrer Möglichkeiten und Grenzen zu unterstützen.

Die Ergebnisse zeigen jedoch gerade im Hinblick auf diesen Punkt, dass der konkrete Überleitungsprozess aus der Klinik in die Häuslichkeit nicht zwingend den richtigen Zeitpunkt darstellt für eine Auseinandersetzung mit tiefer gehenden Aspekten der Pflegesituation. Die vorliegenden Daten sprechen dafür, dass bestimmte Thematiken erst im späteren Verlauf der Pflegebeziehung bewusst werden bzw. zugelassen werden können und damit dann auch erst später aufgegriffen und bearbeitet werden können. Zudem – auch das zeigen die vorliegenden Daten (vgl. Kapitel 6.2) – beginnt ein Großteil von Pflegesituationen nicht nach einem Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen, sondern entwickelt sich sukzessive bereits in der häuslichen Umgebung. Das heißt für Angehörige und Bezugspersonen, dass sie in einem mehr oder weniger langsamen Prozess zu Pflegenden Angehörigen werden. Um auch diese Personengruppe frühzeitig zu erreichen, braucht es eine konsequente Verortung von Hilfe und Beratung im ambulanten Bereich, wie es das Pflegeweiterentwicklungsgesetz mit der Einführung von Pflegestützpunkten und Pflegebegleitern vorsieht.

Die Ergebnisse zeigen analog zu weiteren Befunden aus der Literatur (vgl. Kapitel 2.3.4) deutlich, dass pflegende Angehörige dazu neigen, die Pflegesituation allein und ohne Unterstützung zu bewältigen und sowohl professionelle als auch ehrenamtliche Dienstleistungen nur selten von sich aus in Anspruch zu nehmen. Der deutliche zweite Interventionszeitpunkt nach neun Wochen Projektlaufzeit weist jedoch durchaus einen weiteren Bedarf aus. Dies spricht für die Ausweitung von Formen zugehender Hilfe bspw. im Rahmen von präventiven Hausbesuchen, bzw. für den frühzeitigen Kontakt der Pflegebegleiter zu potentiell Pflegebedürftigen.

Ebenso zeigte sich ein hoher Bedarf an sozialrechtlicher Beratung. Hier wird einmal mehr deutlich, dass die Regelungen der Sozialgesetzgebung und die damit verbundenen Leistungsansprüche einen Grad der Komplexität erreicht haben, der eine Informationsvermittlung erfordert, in der die relevanten Sachverhalte auf den individuellen Fall herunter gebrochen werden. Auch hier können bereits erste Informationen

aus der Klinik heraus sinnvoll sein. Es zeigt sich jedoch, dass diese oftmals nicht ausreichen bzw. es lässt sich vermuten, dass sozialrechtliche Problemlagen nicht prospektiv antizipatorisch sondern eher konkret am Einzelfall bearbeitbar sind. Auch dieser Befund spricht für eine der Idee des Case Managements verpflichtete Vorgehensweise, die bspw. durch die Pflegebegleitung umzusetzen wäre.

Ein wesentlicher Faktor dieses Erfolgs des Interventionskonzeptes bestand in der tiefen pflegfachlichen Qualifikation der Mitarbeiter. Interventionen im Feld der nachstationären Versorgung von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen sollten daher von Mitarbeitern durchgeführt werden, die sowohl über pflegfachliche als auch sozialrechtliche und beratungsmethodische Kenntnisse verfügen. Der derzeitige Stand der Pflegeausbildung legt durch die Ausweitung der Aufgabengebiete der Pflege im Bereich der Beratung zwar den Grundstein für ein angemessenes Beratungsverständnis. Die erhebliche Schulungs- und Supervisionsnotwendigkeit im vorliegenden Projekt zeigt aber, dass eine pflegerische Qualifikation derzeit allein nicht ausreicht, um dem komplexen Feld gerecht zu werden. Daher sollte als Zusatzqualifikation mindestens eine Schulung analog zum beschriebenen Konzept durchgeführt werden, die dauerhaft auch ein Supervisionskonzept beinhalten muss. Kommen zu dem hier dargestellten Aufgabengebiet noch Aufgaben der Vernetzung z.B. von regionalen Angeboten hinzu, ist eine akademische Qualifizierung als Pflegexperte anzuraten.

Angehörigenpflege zu übernehmen und die damit verbundenen Belastungen zu tragen, stellt eine hohe gesellschaftliche Leistung der betreffenden Personen dar. In der vorliegenden Studie wurde analog zu vielen vorherigen Studien (vgl. Kap 2.3) deutlich, dass Angehörige bereitwillig z. Teil über lange Jahre ihre Bedürfnisse zurückstellen und das Wohlergehen der pflegebedürftigen Person absolut in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen rücken. Sie kümmern sich zum Teil rund um die Uhr um ihre Angehörigen und erweisen sich als sehr kompetent im Lösen von Alltagsproblemen. Dies Verhalten verdient eine hohe gesellschaftliche Anerkennung. Die Regelung zur Pflegezeit im Pflegeweiterentwicklungsgesetz können hier als ein erster Schritt einer solchen Anerkennung gewertet werden.

8 Literatur

Allgeier, C; Kämmerle-Hofrichter, I (2005): Studie zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs von Patientinnen und Patienten, die nach einem Schlaganfall zu Hause leben. In: *Pflege* 18:373-380

Auer, S; Donabauer, Y; Zehetr, F; Span, E (2007): Entlastung pflegender Angehöriger. Ein Programm der M.A.S. Alzheimerhilfe. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 20:2/3:169-174

Bach, M; Nikolaus, T (1998): Das Konzept der Übergangsbetreuung. In: Garms-Homolová, V; Schaeffer, D (Hrsg.) (1998): *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Wiesbaden: Ullstein Medical, 161-179

Bartholomeyczik, S (2007): Kurze Verweildauer im Krankenhaus - die Rolle der Pflegenden. In: *Pflege&Gesellschaft* 12:2:135-149

Bischofberger, I; Spirig, R (2004): Das Arbeitsprofil der Angehörigen von Menschen mit HIV/ AIDS. In: *Pflege* 17:176-186

Blinkert, B (2007): Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demografischen und sozialen Wandels. In: *Pflege&Gesellschaft* 12:3:227-239

Blom, M; Duijnste, M (1999): *Wie soll ich das nur aushalten? - Mit dem Pflegekompaß die Belastung pflegender Angehöriger einschätzen*. Bern: Huber

Bösch, J; Rothlin, S; Trüllinger, E (1988): Belastungen und Entlastungsmöglichkeiten pflegender Angehöriger. In: *Sozial- und Präventivmedizin* 33:210-216

Boeije HR; Duijnste MS; Grypdonck MH (2003): Continuation of caregiving among partners who give total care to spouses with multiple sclerosis. *Health Soc Care Community* 11(3):242-252

Bräutigam, C; Klettke, N; Kunstamnn, W; Prietz, A; Sieger, M (2005): Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung? Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtung. In: *Pflege*. 18:112-120.

Braun, BJM; Buhr, P; Klinke, S; Müller, R; Rosenbrock, R (2008): Die Begleitforschung zur DRG-Einführung: Außer Spesen nichts gewesen... In: *Dtsch Arztebl* 2008; 105(14): A 732-5

Brüggemann, R; Osterbrink, J; Benkenstein, J (2002): Pflegeüberleitung: die Sicht der Patienten und notwendige Konsequenzen für die Organisation Krankenhaus. In: Pflege 15:2:79-85

Büscher, A (2007): Negotiating Helpful Action. Tampere: University Press

Buijssen, H (1997): Die Beratung von pflegenden Angehörigen. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1996): Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung". Baden Baden: Nomos

Corbin JM; Strauss AL (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2004): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP

Dörpinghaus, S; Grützmacher, S; Werbke, RS; Weidner, F (2004): Überleitung und Case Management in der Pflege. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.). Hannover: Schlütersche

Dienel, C (2007): Die Betreuung älterer Familienmitglieder im europäischen Vergleich - Perspektiven einer europäischen Politik für familiäre Pflege. In: Berl.J. Soziol. 1: 281-300

Domscheit, S; Wingenfeld, K (1996): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).

Driscoll, A (2000): Managing post-discharge care at home: an analysis of patients´ and their carers´ perception of information received during their stay in hospital. In: Journal of Advanced Nursing 31:5:1165-1173

Engeln, M; Stehling H (2006): Geplant und Professionell. Einführung eines strukturierter Entlassungsmanagements. In: Die Schwester/ Der Pfleger 45:1:50-54

Ewers, M; Schaeffer, D (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber

Flintrop, J (2006): Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge. In: Dtsch Arztebl 2006; 103(46): A-3082 / B-2683 / C-2574

Flintrop, J (2007): Nebenwirkungen der DRG-Einführung: Augen zu und durch. In: Dtsch Arztebl 2007; 104(45): A-3096 / B-2722 / C-2629

Gamel, C. (1999). Sexual Health Care after Cancer Diagnosis: development of a nursing intervention provided during the early recovery period after treatment for gynaecological cancer, Thesis University Uetrecht

Gamel, C.; Grypdonck M.; Hengeveld, M.; Davis, B. (2000): A method to develop a nursing intervention: the contribution of qualitative studies to the process In: Journal of Advanced Nursing 33:6: 806-819

Garms-Homolová, V; Schaeffer, D (Hrsg.) (1998): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Ullstein Medical: Wiesbaden.

Geister, C (2005): Sich verantwortlich fühlen als zentrale Pflegemotivation. Warum Töchter ihre Mütter pflegen. In: Pflege 18:5-14

Giese, R (2000): Die große Mehrheit betreut die Angehörigen nach wie vor selbst. Frankfurter Rundschau; 175:7

Grass-Kapanke, B; Kunczik, T; Gutzmann, H (2008): Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor - DIAS. Band 7. Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. Stuttgart: Kohlhammer

Gregory, CM (1997): Caring for Caregivers - proactive planning eases burdens on caregivers. In: Lifelines 4:51-53

Grimmer, K; Moss, J; Falco, J; Kindness, H (2006): Incorporating patient and carer concerns in discharge plans: the development of a practical patient-centred checklist. In: The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice. [Http://ijahsp.nova.edu](http://ijahsp.nova.edu)

Gröning, K (2007): Die Beratung von pflegenden Angehörigen. In: Dr. med. Mabuse 32:167:39-41

Gröning, K (2006): Ein veraltetes Konzept. Die Bildung von pflegenden Angehörigen nach dem Pflegeversicherungsgesetz. In: Dr. med. Mabuse 31:161:43-45

Grundböck, A; Rappauer, A; Müller, G; Stricker, S (2005): Ausgewählte Ergebnisse einer Evaluationsstudie über ein Wiener Modellprojekt: Entlassungsmanagement durch ambulante Pflegepersonen - Sicht der Patienten und Angehörigen. In: Pflege 18:121-127

Halek, M (2003): Wie misst man die Pflegebedürftigkeit?: eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit. Hannover: Schlüter

Hansen, FR; Spedtsberg, K; Schroll, M (1992): Geriatric follow up by home visits after discharge from hospital: a randomized controlled trial. IN: 11:21:445-4450 <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi> 20.02.2008

Hasemann, W; Kesselring, A; Stöcklin, M; Gräbel, E (2007): Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger von Patienten nach Schlaganfall. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 20:4:227-237

Hasseler, M; Görres, S (2005): Was Pflegebedürftige wirklich brauchen ... Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Berliner Schriften Hannover: Schlütersche

Hedtke-Becker, A (1990): Die Pflegenden pflegen: Gruppen für Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen; eine Arbeitshilfe. Freiburg i. B.: Lambertus

Heier, H; Lämmle, G; Steinhagen-Thiessen, E (2002): Evaluation eines psychoedukativen Kurses für Angehörige von Schlaganfallpatienten. In: Zeitschrift für Neuropsychologie 13:3:201-209

Horn, A (2008): Pflegenden Angehörigen wachkomatöser Menschen. Bern: Huber

Joosten, M (1997): Von der Lücke zur Brücke. Die Pflege-Überleitung. Stuttgart: Thieme

Jost, E; Voigt-Radloff, S; Hüll, M; Dykier, P; Schmidtke, K (2006): Fördergruppe für Demenzpatienten und Beratungsgruppe für Angehörige. In: ZfGP 19:3:139-150

Jünemann, S; Gräbel, E (2004): Was erwarten pflegende Angehörige von Angehörigenberatung, ambulanter Pflege, Tagespflege und Angehörigengruppen? In: ZfGP 17:4:225-237

Kelle, U., Erzberger, C. (2005). Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In: Flick, U., Kardorff, E. v., Steinke, I. (Hrsg). Qualitative Forschung . Ein Handbuch. 4. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Klie, T (2006): Family Care. In: Z Gerontol Geriat 39:403-404

Klinke, S (2007): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Teil II Detailergebnisse einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Kofahl, C; Arlt, S; Mnich, E (2007): „In guten wie in schlechten Zeiten ...“: Unterschiede und Gemeinsamkeiten von pflegenden Ehepartnern und anderen pflegenden Angehörigen in der deutschen Teilstudie des Projektes EUROFAMCARE. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 20:4: 211-225

Kuhlmann, B (2004): Die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden auf Intensivstation. In: Pflege 17:145-154

Kurz, A; Hallauer, J; Jansen, S; Diehl, J (2005): Zur Wirksamkeit von Angehörigengruppen bei Demenzerkrankungen. In: Der Nervenarzt 76:261-269

Lamura, G; Mnich, E; Wojszel, B; Nolan, M; Krvers, B; Mesthenos, L; Döhner, H (2006): Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. In: Z Gerontol Geriat 39:429-442

Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental Activities of Daily Living. The Gerontologist, 9, S. 179 – 186

Liedtke, D; Schulz-Gödker, A (1995): Modellprojekt Betreute Überleitung. In: Pflegen Ambulant 6:3:24-26

Luderer, C; Behrens, J (2005): Aufklärungs- und Informationsgespräche im Krankenhaus. In: Pflege 18:15-23

Lübke, N., Meinck, M., Renteln-Kruse, W. v. (2004). Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37: 316-326

Mahoney, F, Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the barthel index. *Maryland State Med. J.* 21: 61-65

Marchi-Jones, S; Murphy, JF; Rousseau, P (1996): Caring for the caregivers. In: *Journal of Gerontological Nursing* 8:7-13

Metzing, S (2004): Bedeutung von Besuchen für Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthaltes auf einer Intensivstation. In: Abt-Zegelin (Hrsg.): Fokus: Intensivpflege. *Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing*. Hannover: Schlütersche, 159-217

Meyer, M (2006): *Pflegende Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*. Hamburg: LIT

Mitzkat, A (2005): *Die Stellung von Angehörigen in der Gesundheitsversorgung in Abhängigkeit von Dritten*. Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW). Berlin Selbstverlag

Morse JM; Johnson JL (1991): *The Illness Experience Dimensions of Suffering*, Sage Publications, California

Nolan, MR; Grant, G (1989): Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nursing practice. In: *Journal of Advanced Nursing* 14:9:50-961

Perlesz, A; Kinsella, G; Growe, S (1999): Impact of traumatic brain injury on the family: critical review. In: *Rehabilitation Psychology* 44:1:6-35

Pinquart, M; Sörensen, S (2002): Interventionseffekte auf Pflegende Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse. In: *ZfGP* 15:2:85-100

Prosiegel, M. et al. (1996). Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) – eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurologie und Rehabilitation*, 2: 7-13

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2002): *Gesundheit im Alter*. Heft 10 aus der Reihe Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Berlin

Sander, K. (1999). Personenzentrierte Beratung. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Schädler, S., Lüthi, H., Marks, D., Oesch, P., Pfeffer, A., Wirz, M., Kool, J. (2006). Assessments in der Neurorehabilitation. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber

Schaeffer, D (2004): Der Patient als Nutzer. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber

Schmidt, R (2001): Pflegekonzept zur Anbahnung der häuslichen Wiedereingliederung. In: Die Schwester/ Der Pfleger 40:10:814-819

Schneekloth, U; Wahl, HW (2008): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. 2. Auflage Stuttgart: Kohlhammer

Schnepf, W (2002): Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler. Bern: Huber

Schönlau, K; Kunstmann, W; Plenter, C; Sieger, M (2005): Versorgungskontinuität - die Perspektive von Pflegeüberleitungskräften. In: Pflege. 18:95-104.

Schröer-Mollenschott, C (1998): Der mühsame Weg zurück in den Alltag - Langzeitauswirkungen geriatrischer Rehabilitation. In: Moers, M; Schiemann, D; Schnepf, W (Hrsg.): Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen. Bern: Huber

Schumacher, KL; Meleis, AI (1994): Transitions: A Central Concept in Nursing. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship 26(2): 119-127

Shah, S., Vanclay, F., Couper, B. 1989. Improving the sensitivity of the barthel index for stroke rehabilitation. In: Journal of clinical epidemiology 42:8: 703 709

Sit, JWH; Wong, TKS; Clinton, M; Li, LSW; Fong, Y (2004): Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. In: Journal of clinical nursing 10:13:7 816-824

Skaff, MM; Pearlin, LI; Mullan, JT (1996): Transitions in the caregiver career: effects on sense of mastery. Psychol. Aging 11(2):247-257

Statistisches Bundesamt 2007: Pflegestatistik 2005

Stewart, BJ; Archbold, PG; Harvath, TA; Nkongho NO (1997): Die Rollenaneignung von Pflegepersonen älterer Menschen nach deren Entlassung aus dem Krankenhaus. In: Funk, SG; Tornquist, EM; Chmagne, MT; Wiese, RA: Die Pflege chronisch Kranker - Key Aspects 1 aus dem Amerikanischen von E. Brock. Bern: Huber, 254-267

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (Hrsg.) (2006): Schlaganfallpatienten und pflegende Angehörige in der postakuten Phase. Eine Literaturanalyse. Gütersloh: Bertelsmann

St. Marien-Krankenhaus GmbH Ahaus (1998): Pflegeüberleitung. <http://www.marien-kh-gmbh.de/pflueb/pflege/htm> (03.01.1999)

Strauss; A., Corbin, J. 1996: Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz Verlag

Theobald, K; McMurray, A (2004): Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. In: Journal of Advanced Nursing. 47:5. S.483-491.

Thomas, B; Wirnitzer, B (2001): Pflegeberatung im Krankenhaus München-Neuperlach. Erste Ergebnisse des Modellprojekts. In: Pflegezeitschrift 12:869-872

Thompson, DR; Ersser, SJ; Webster, RA (1995): The experiences of patients and their partners 1 month after the heart attack. In: Journal of Advanced Nursing 22:707-714

Uhlmann, B; Bartel, D; Kunstmann, W; Sieger, M (2005): Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung - die Perspektive von Patient und Angehörigen. In: Pflege. 18:105-111

Wilz, G (2002): Belastungsverarbeitung bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Göttingen: Hogrefe

Wilz, G; Adler, C; Gunzelmann, T; Brähler, E (1999): Auswirkungen chronischer Belastungen auf die physische und psychische Befindlichkeit - Eine Prozeßanalyse bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. In: Z Gerontol Geriat 32:255-265

Wilz, G; Kalytta, T; Küssner, C (2005): Quantitative und qualitative Diagnostik von Belastungen und Belastungsverarbeitung bei pflegenden Angehörigen. In: ZfGP 18:4:259-277

Winkler, I; Kilian, R; Matschinger, H; Angermeyer, M (2006): Lebensqualität älterer pflegender Angehöriger von Demenzkranken. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 19:1:17-24

Wingenfeld, K (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber

Wingenfeld, K; Joosten, M; Müller, C; Ollendieck, I (2007a): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).

Wingenfeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D. (2007b). Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Yin, T; Zhou, Q; Bashford, C (2002): Burden on family members: caring für frail elderly: a meta-analysis of Interventions. In: Nursing 51:3:199-208 <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi> 20.02.2008