

HOCHSCHULE FÜR TECHNIK, WIRTSCHAFT UND KULTUR LEIPZIG
FAKULTÄT ARCHITEKTUR UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

P.A.U.S.E - PFLEGENDE ANGEHÖRIGE
DEMENZERKRANKTER UND EHRENAMTLICHE
BETREUUNGSPERSONEN GEMEINSAM SCHULEN ZUR
STEIGERUNG DER INANSPRUCHNAHME VON
ENTLASTUNGSANGEBOTEN

- Abschlussbericht 2015 -

Projekt im Rahmen der Zukunftswerkstatt Demenz gefördert mit Mitteln des Bundes-
ministeriums für Gesundheit unter dem FÖRDERKENNZEICHEN: IIA5-2512FSB554

TITEL	P.A.u.S.E. - Pflegende Angehörige Demenzerkrankter und ehrenamtliche Betreuungspersonen gemeinsam schulen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten
FÖRDERKENNZEICHEN	IIA5-2512FSB554
EINRICHTUNG	Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig Fakultät Architektur und Sozialwissenschaften Karl-Liebknecht-Str. 132 04227 Leipzig
PROJEKTLEITUNG	Prof. Dr. habil. Gesine Grande Tel. 0341-3076 4401, E-Mail: grande@htwk-leipzig.de Prof. Dr. Astrid Sonntag Tel. 0341-3076 4401, E-Mail: sonntag@htwk-leipzig.de
PROJEKT- MITARBEITERINNEN	Janka Große Tel. 0341-3076 3224, E-Mail: grosse@sug.htwk-leipzig.de Sabine Koch Tel. 0341-3076 3257, E-Mail: koch@sug.htwk-leipzig.de
FÖRDERZEITRAUM	01.03.2012 – 30.06.2015
FÖRDERSUMME	281.460,74 €
ABSCHLUSSBERICHT	Dezember 2015

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	vii
Tabellenverzeichnis	viii
1 Hintergrund	1
1.1 Häusliche Pflege von Menschen mit Demenz	1
1.2 Belastungen pflegender Angehöriger	1
1.3 Unterstützungangebote	3
1.4 Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten	4
1.5 Zusammenfassung	6
2 Zielstellung	7
3 Interventionen in der Praxis	10
3.1 Öffentlichkeitsarbeit	10
3.2 Aufbau eines Multiplikatorennetzwerks	13
3.3 Netzwerk ehrenamtliche Helfer	13
3.4 Gemeinsame Pflegekurse	16
3.5 Häusliche Entlastungsbetreuung	17
4 Wissenschaftliche Evaluation	19
4.1 Studiendesign	19
4.2 Zielgruppe	20
4.3 Intervention	20
4.4 Zielgrößen	22
4.5 Datenerhebung	22
4.5.1 Rekrutierungsverfahren	22
4.5.2 Rekrutierung der Studienteilnehmer	25
4.5.3 Erhebungsinstrument	27
4.6 Datenauswertung	31
4.6.1 Umgang mit Fehlwerten	31
4.6.2 Auswertungsverfahren	31
5 Arbeits- und Zeitplan	34
5.1 Intervention	34

5.2	Evaluation	34
6	Ergebnisse	37
6.1	Charakteristika der Studienteilnehmer	37
6.1.1	Soziodemografische und sozioökonomische Merkmale	37
6.1.2	Unterstützungsbedarf	39
6.1.3	Hilfen bei der Pflege	41
6.2	Effekte Gemeinsamer Pflegekurse	44
6.2.1	Inanspruchnahme ehrenamtlicher Entlastungsbetreuung	44
6.2.2	Einstellung der Angehörigen gegenüber ehrenamtlicher Hilfe	45
6.2.3	Prädiktoren der Inanspruchnahme ehrenamtlicher Hilfen	51
6.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	57
7	Diskussion und Ausblick	60
7.1	Diskussion der Hauptergebnisse	60
7.1.1	Inanspruchnahme ehrenamtlicher Entlastungsbetreuung	60
7.1.2	Einstellung der Angehörigen gegenüber ehrenamtlicher Hilfe	62
7.1.3	Einfluss der Einstellung pflegender Angehöriger auf die Inanspruchnahme ehrenamtlicher Hilfen	62
7.2	Limitationen	63
7.3	Bedeutung der Ergebnisse im Versorgungskontext	65
8	Gender Mainstreaming Aspekte	66
9	Verbreitung der Projektergebnisse	67
10	Nachhaltigkeit / Transferpotenzial	68
11	Publikationsverzeichnis	69
	Quellenverzeichnis	70
	Anhang	76
A	Fragebogen	77
B	Curriculum Pflegekurs	87

C Plakat Angehörige Projekt PAuSE	88
D Flyer Angehörige Projekt PAuSE	89
E Plakat ehrenamtl. Helfer Projekt PAuSE	90
F Flyer ehrenamtl. Helfer Projekt PAuSE	91

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ADI	Alzheimer's Disease International
AG	Arbeitsgruppe
ANOVA	Analysis of variance
ANCOVA	Analysis of covariance
AV	abhängige Variable
BmFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen & Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ebd.	ebenda
gemein.	gemeinsamer
HTWK	Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur
i.d.R.	in der Regel
IG	Interventionsgruppe
Ind.	Indikator
ITT	Intention-to-Treat
IVS	Interpersonelle Vertrauensskala nach Buck & Bierhoff (1986)
KG	Kontrollgruppe
KI	Konfidenzintervall
M	Mittelwert
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MmD	Menschen mit Demenz
MUG	Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten (Studie 2002-2004)
IND-WISS	Skala zur Erfassung von angebotsspezifischen Kenntnissen
IND-BARR	Skala zu Erfassung von einstellungsbezogenen Barrieren
IND-IPV	Skala zur Erfassung von Interpersonellen Vertrauen
OG	obere Grenze
PfLEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz

Abkürzung	Bedeutung
PfWG	Pflege- Weiterentwicklungsgesetz
PSG	Pflegestärkungsgesetz
SHG	Selbsthilfegruppe
SGB	Sozialgesetzbuch
Sig.	Signifikanzniveau
SD	Standardabweichung
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
UG	untere Grenze
vs.	versus

Abbildungsverzeichnis

1	Intervention	10
2	Flow-chart ehrenamtliche Helfer	15
3	Studiendesign	19
4	Intervention PAuSE	21
5	Pflegekurse Demenz unter Interventionsbedingungen	23
6	Pflegekurse Demenz unter Kontrollbedingungen	24
7	Flow-chart Stichprobenrekrutierung	26
8	Geschlecht	37
9	Alter	37
10	Verwandtschaftsgrad	39
11	Schulabschluss	39
12	Pflegestufe	40
13	Pflegebedarf	41
14	Betreuungsbedarf	41
15	Inanspruchnahme Informelle Hilfen	42
16	Inanspruchnahme Formelle Hilfen	42
17	Inanspruchnahmeverhalten Unterstützungsangebote gesamt	43
18	Gruppenvergleich der Inanspruchnahme von ehrenamtlichen Hilfen	44
19	Inanspruchnahme von ehrenamtlichen Hilfen im Prä-/ Postvergleich	44
20	Boxplot IND-WISS	45
21	Boxplot IND-BARR	45
22	Boxplot IND-IPV	45
23	Verlauf IND-WISS T1 zu T2	48
24	Verlauf IND-BARR T1 zu T2	48
25	Verlauf IND-IPV T1 zu T2	48
26	Verlauf T1 zu T3 IND-WISS	48
27	Effekte der Intervention auf die Einstellung pflegender Angehöriger	49
28	Verlauf T1 zu T3 IND-BARR	49
29	Verlauf T1 zu T3 IND-IPV	49
30	Einfluss einstellungbezogene Indikatoren auf das Inanspruchnahmeverhalten	57
31	Einfluss einstellungbezogene Indikatoren auf das Inanspruchnahmeverhalten	58

Tabellenverzeichnis

3	Gruppenvergleich der Drop-out Raten	25
4	Instrumente	27
4	Fortsetzung	28
5	Faktorenanalyse Skalen: IND-WISS IND-BARR IND-IPV	30
6	Deskriptive Beschreibung der Stichprobe	38
7	Deskriptive Beschreibung des Unterstützungsbedarfs	40
8	Deskriptive Beschreibung der Informellen Hilfen	42
9	Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen IND-WISS, IND-BARR, IND-IPV zu T1, T2 und T3 im Gruppenvergleich	46
10	<i>ANCOVA</i> mit Messwiederholung von T1 zu T2 (Alter als Kovariate) . . .	47
11	<i>ANCOVA</i> mit Messwiederholung von T1 zu T3 (Alter als Kovariate) . . .	50
12	Subgruppenanalysen Nutzer vs. Nicht-Nutzer (IND-WISS, IND-BARR, IND- IPV)	51
13	Einfluss von Einstellungen auf die Inanspruchnahme ehrenamtlicher Hilfen	52
14	Einflußfaktoren für die Inanspruchnahme ehrenamtlicher Hilfen	53
14	Fortsetzung	54
15	Prädiktoren für die Inanspruchnahme ehrenamtlicher Betreuung:	56

1 Hintergrund

1.1 Häusliche Pflege von Menschen mit Demenz

In Deutschland leben derzeit rund 1.5 Millionen Menschen mit einer dementiellen Erkrankung. Nach Bickel (2015) treten jährlich ca. 300.000 Neuerkrankungen auf. Nach den aktuellen Vorausberechnungen wird sich die Krankenzahl bis zum Jahr 2050 verdoppeln und auf ca. 3 Millionen Demenzerkrankte erhöhen (ebd.). Nach aktuellen Schätzungen der *Alzheimer's Disease International ADI* leben weltweit 46.8 Millionen Menschen mit Demenz (MmD). Parallel zu den nationalen Schätzungen ist nach derzeitigem internationalen Forschungsstand auch weltweit von einer Verdoppelung der Prävalenzraten auf 131.5 Millionen Demenzerkrankte auszugehen (ebd.).

Bislang wird die Versorgung für den Großteil der Betroffenen durch die pflegenden Angehörigen in Privathaushalten geleistet (Rothgang et al., 2012). Etwa 70% der demenzkranken Menschen werden überwiegend von ihren Angehörigen versorgt (Brodaty & Donkin, 2009; Lankers et al., 2010; Schneekloth & Wahl, 2005; Bundesamt, 2013), zwischen 50% und 60% der Erkrankten nur durch Privatpersonen, ohne professionelle Unterstützung (Schneekloth & Wahl, 2005; Bundesamt, 2013). Bei 30% wird die Versorgung ausschließlich durch eine Person gewährleistet (Schneekloth & Wahl, 2005, S.134).

1.2 Belastungen pflegender Angehöriger

Der Versorgungsbedarf der betroffenen Menschen mit Demenzerkrankung nimmt im Umfang mit dem Fortschreiten der Erkrankung zu. Der zunehmende Hilfe- und Betreuungsbedarf wirkt sich erheblich auf die pflegenden Angehörigen aus. Zahlreiche nationale und internationale Studien belegen die hohe Belastung, welche pflegende Angehörige von MmD erfahren (Dias et al., 2015; Fernández-Lansac et al., 2012; Brodaty & Donkin, 2009; Schneekloth & Wahl, 2005). Diese zeigen sich auf verschiedenen Ebenen. Nach Engel (2007) erwiesen sich als zentrale Belastungsfaktoren:

1. KÖRPERLICHE BELASTUNG: z.B. durch gestiegene Aufgabenübernahme, fehlende Ruhephasen, fehlender Nachtschlaf, permanente Aufmerksamkeit
2. PSYCHISCH-EMOTIONALE BELASTUNG: z.B. durch Verlust der Zuneigung zum Gepflegten, Beziehungswandel

3. **SOZIALE ISOLATION:** z.B. durch Rückzug des Erkrankten, Rückzug aus den gemeinsamen sozialen Kontakten, fehlende Anerkennung
4. **ROLLENKONFLIKTE:** z.B. Innerpartnerschaftliche Rollenverschiebung, Vernachlässigung familiärer Rollen, als Elternteil oder Partner, Vernachlässigung beruflicher Rollen
5. **FINANZIELL-WIRTSCHAFTLICHE BELASTUNG:** z.B. durch Ausfall des Einkommens, Hilfsmittel, Informelle Unterstützungsangebote

Die häufigste psychische Reaktion auf das Belastungserleben liegt im eingeschränkten subjektiven Wohlbefinden (Weyerer, 2007). Viele Studien berichten von erhöhtem Stresserleben und Depressivität der Pflegenden. Nach einer systematischen Literaturübersicht von Cuijpers (2005) liegt die Verbreitung von depressiven Störungen bei pflegenden Angehörigen von MmD zwischen 15% und 32 %. In den USA beurteilen 40% der Angehörigen den emotionalen Stress der Pflege als hoch bis sehr hoch (Prince, 2004).

Die Erkrankung kann im Verlauf zu einer Veränderung des Tag-Nacht-Rhythmus führen. Studien belegen dass zwischen 50% bis 70% der Angehörigen unter der Unterbrechungen des Nachtschlafes leiden (McCurry et al., 2007; McCurry & Teri, 1995; Wilcox & King, 1999). Im Durchschnitt wurden die Angehörigen 2.4 mal pro Nacht durch den Erkrankten geweckt, 18% davon mehr als sechsmal pro Nacht. Infolge des gestörten Tag-Nacht-Rhythmus litten 34% der Angehörigen unter Schlaflosigkeit (Gräbel, 2000). Bei einer Untersuchung von Adler et al. (1996) nahmen 50% der pflegenden Ehefrauen Schlafmittel und 70% Beruhigungsmittel ein. In einer Untersuchung von Gräbel (2000) gaben 73% der pflegenden Angehörigen an, unter überdurchschnittlich stark ausgeprägten körperlichen Beschwerden zu leiden. Die Angehörigen leiden im Vergleich zur übrigen Bevölkerung häufiger an Rückenschmerzen, Magenbeschwerden, Bluthochdruck und Symptomen der allgemeinen Erschöpfung (Brodaty & Donkin, 2009; Gräbel, 2000; Schneekloth & Wahl, 2005).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Pflege von MmD für die Angehörigen mit hohen objektiven und psychischen Belastungen einhergeht (vgl. Brodaty & Donkin, 2009; Zank & Schacke, 2006) Die krankheitsspezifischen Symptome führen zu einem hohen Bedarf nach Kontrolle und Aufsicht und sind daher mit einem erhöhten Pflegeaufwand verbunden. Pflegenden Angehörige von MmD sind aufgrund dieser enormen Belastungen eine Risikogruppe für physische und psychische Erkrankungen (Jurk et al., 2010; Gunzelmann & Wilz, 2005).

1.3 Unterstützungangebote

Angesichts der umfassenden psychischen und physischen Belastungen, denen pflegende Angehörige von Demenzerkrankten ausgesetzt sind, wurden in den letzten Jahren zahlreiche Unterstützungs- und Entlastungsangebote etabliert (Schönemann-Gieck, 2012, S.18ff.). Die entwickelten Maßnahmen umfassen u.a. psychoedukative Interventionen (z.B. Angehörigenberatung, Pflegekurse, psychoedukative Angehörigengruppen) oder Erholungsinterventionen (z.B. Tagespflege, Betreuungsgruppen, stundenweise häusliche Betreuung). Während psychoedukative Angebote auf die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten durch professionelle Experten abzielen, handelt es sich bei Erholungsinterventionen um individuelle Angebote zur zeitlichen oder aufgabenspezifischen Entlastung der Angehörigen zu Hause oder in Einrichtungen der Tages- oder Kurzzeitpflege (Schacke & Zank, 2004; Zank, 2010, S.434 f.).

Die Wirkungen der verschiedenen Unterstützungsformen wurden in zahlreichen Studien untersucht. Dabei hat sich gezeigt, dass psychoedukative Angebote geeignet sind, das Wissen über das Krankheitsbild sowie die (Pflege-) Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien der Angehörigen zu verbessern. Ebenso ließen sich positive Effekte auf das subjektive Wohlbefinden und eine Verringerung der Belastung als auch der depressiven Symptomatik bei den Pflegepersonen verzeichnen (Brodaty et al., 2003; Pinquart & Sörensen, 2002). Ausbleibende Effekte auf die Lebensqualität der Angehörigen bei anderen Schulungsprogrammen werden auf das Fehlen praktischer Entlastung zurückgeführt (Kurz, 2006). Enthalten Unterstützungsangebote keine Entlastung von Betreuungs- und Pflegeaufgaben, haben sie zwar Effekte auf Wissen und Bewältigungsfähigkeiten, psychologische Morbidität, soziale Unterstützung und Stimmungslage der Pflegenden, die subjektive Belastung jedoch wird nicht beeinflusst (Brodaty et al., 2003).

Die zeitweise räumliche Trennung der Erkrankten und der Angehörigen werden von Zank (2010) als das zentrale Entlastungsmoment beschrieben, da die Angehörigen hier die notwendige „Zeit für Erholung und eigene Aktivitäten gewinnen“ (Zank, 2010, S. 440). Die positiven Effekte von Betreuungsangeboten auf die Angehörigen wurden in wissenschaftliche Studien mehrfach belegt (Pinquart & Sörensen, 2002; Zarit, Gaugler & Jarrott, 1999). Für Entlastungsangebote wie die stundenweise Betreuung der Demenzerkrankten im häuslichen Umfeld konnte eine Steigerung der subjektiv empfundenen Lebensqualität der pflegenden Angehörigen belegt werden, die sich bereits kurz nach Beginn der Intervention nachweisen ließ (Pinquart & Sörensen, 2006). Für die Pflegepersonen bedeutet eine solche stundenweise häusliche Betreuung vor allem

freie Zeit für persönliche Belange und Bedürfnisse, die Möglichkeit zur Pflege sozialer Kontakte und zum Austausch mit anderen Menschen, emotionale Unterstützung und Hilfe bei der Alltagsbewältigung, die nicht selten auch eine Entspannung der häuslichen Situation mit sich bringen (Sauer & Wißmann, 2006). Zudem führen diese zeitweisen Betreuungsleistungen zu einer Reduktion der subjektiven Belastung und depressiven Symptomatik und im Gegenzug zur einer Steigerung des subjektiven Wohlbefindens (Pinquart & Sörensen, 2006). Daneben fühlten sich von diesem Konzept auch pflegende Angehörige angesprochen, die bis dato noch keinerlei Unterstützungsangebote in Anspruch nahmen (Knauf, 2004, 127ff.).

1.4 Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

Wenngleich für die einzelnen Interventionsformen positive und entlastende Effekte nachgewiesen werden konnten, ist insgesamt eine sehr geringe Inanspruchnahme der zur Verfügung stehenden Unterstützungsangebote durch pflegende Angehörige zu verzeichnen (Pinquart & Sörensen, 2006; Sauer & Wißmann, 2006). Nur ein Viertel der Pflegenden nutzt Beratungsangebote oder die Unterstützung bei der Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst. Dem Vierten Altenbericht des BMFSFJ (2002) zufolge nutzt bundesweit nicht einmal jeder zehnte Angehörige Betreuungsangebote, wie z.B. Tages- oder Kurzzeitpflege oder einen stundenweisen Betreuungsdienst. Gräbel et al. (2010) berichten, dass direkte Entlastungsmaßnahmen wie die Tages- oder Kurzzeitpflege zwar von etwa 20% bis 30% der Angehörigen gewünscht, allerdings von nur 4% bis 8% tatsächlich in Anspruch genommen werden. Die Angaben in der Literatur zur Inanspruchnahme von stundenweiser häuslicher Betreuung durch ehrenamtliche Helfer in Deutschland sind unterschiedlich und bewegen sich zwischen 1.0% bis 1.7% (Gräbel et al., 2010) und 6% (Rothgang et al., 2010) .

Daher stellt sich zunächst die Frage, ob im deutschen Pflegesystem eventuell systembedingte Zugangsbarrieren existieren, welche die Nutzung der vorhandenen Angebote „hemmen“ und die geringe Inanspruchnahmestatistik erklären? Internationale Studien zeigen jedoch eine ähnlich geringe Nutzungshäufigkeit von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige (Brodaty et al., 2005). Die Barrieren beim Zugang scheinen deshalb offensichtlich nicht in erster Linie auf die „Rahmenbedingungen“ im Sinne der Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten zurückzuführen, sondern eher bei der Gruppe der Angehörigen selbst verankert zu sein.

In verschiedenen Studien und Überblicksarbeiten wurden deshalb Zugangsbarrieren untersucht und systematisiert (Brodaty et al., 2005; Donath et al., 2009; Greenwood & Raymond, 2015; Lamura et al., 2006). Brodaty et al. (2005) verglichen 48 internationale Studien hinsichtlich der erhobenen Gründe für die Nicht-Nutzung von Unterstützungsleistungen durch pflegende Angehörige Demenzkranker. Dabei identifizierten sie vier, sich gegenseitig nicht ausschließende Kategorien, von Hinderungsgründen:

1. Unterstützungsangebote wurden nicht benötigt
2. ablehnende Haltung gegenüber Hilfsangeboten
3. Merkmale der Angebote an sich
4. fehlendes Wissen über bestehende Unterstützungsmöglichkeiten.

Als besonders bedeutsame Barrieren erwiesen sich eine ablehnende Haltung gegenüber den Angeboten sowie die Unkenntnis über bestehende Unterstützungsmöglichkeiten (Brodaty et al., 2005). In anderen Untersuchungen wurde ein „(noch) nicht vorhandener Hilfebedarf“ von einem Großteil der befragten Angehörigen als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme benannt. So gaben in der deutschen Teilstichprobe der EUROFAMCARE-STUDIE 67% der befragten Angehörigen an, Unterstützungsdienste nicht zu brauchen. Gräbel et al. (2010) zeigen in ihren Ergebnissen, dass die subjektive Einschätzung, wie stark ein Betreuungsdienst benötigt wird, einen signifikanten Prädiktor für die tatsächliche Inanspruchnahme darstellt. Die Einschätzung, bei der Pflege keine Hilfeleistungen zu benötigen bzw. eine ablehnende Haltung gegenüber dem Angebot ist nicht in jeden Fall auf eine optimale Bewältigung der Pflegeanforderungen zurückzuführen (vgl. Emme von der Ahe et al., 2010, S.212). Die Gruppe der Angehörigen, welche angaben keine Unterstützung bei der Betreuung und Pflege zu benötigen lässt sich noch einmal in zwei Teilgruppen unterscheiden:

1. Angehörige, die sich tatsächlich nur in geringem Ausmaß belastet fühlen und eine adäquate soziale Unterstützung bei der Pflege erfahren
2. Angehörige, die einen Hilfebedarf aufgrund von negativer Einstellung und/oder Befürchtungen verneinen

Die resultierende Ablehnung der Angehörigen in Teilgruppe 2., ist bei näherer Betrachtung häufig in Haltung und Deutungsmustern wie Schuldgefühlen, schlechtem Gewissen, Empfinden von Inkompetenz, Versagen oder zahlreichen weiteren Ängsten begründet (Brodaty et al., 2005; Emme von der Ahe et al., 2010).

1.5 Zusammenfassung

Die Pflege eines demenzkranken Familienmitgliedes stellt für die Angehörigen eine besondere physische sowie psychische Belastungssituation dar. Deshalb wurden in den letzten Jahren niedrigschwellige Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten entwickelt und in der Praxis etabliert. Wenngleich für die einzelnen Interventionsformen positive und entlastende Effekte nachgewiesen werden konnten (Pinquart & Sörensen, 2006), ist insgesamt eine sehr geringe Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote durch pflegende Angehörige zu verzeichnen (Sauer & Wißmann, 2006). Als besonders bedeutsame Barrieren erwiesen sich eine ablehnende Haltung gegenüber den Angeboten aufgrund von Befürchtungen, Ängsten und negativen Einstellungen sowie die Unkenntnis über bestehende Unterstützungsmöglichkeiten und Anspruchsvoraussetzungen (Brodady et al., 2005).

2 Zielstellung

Vor dem beschriebenen Hintergrund (Kap. 1) sollten mit der geplanten Intervention die Zugangsbarrieren zu häuslicher Entlastungsbetreuung durch ehrenamtliche HelferInnen reduziert und die Inanspruchnahme des Entlastungsangebots gesteigert werden. Im Mittelpunkt des Modellprojektes **PAuSE- für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz** stand die Durchführung von Pflegekursen für Angehörige Demenzerkrankter gemeinsam mit für die häusliche Entlastungspflege rekrutierten ehrenamtlichen HelferInnen. Diese Intervention wurde im Rahmen des schwedischen Modellprojektes *The Circle Model – Support For Relatives Of People with Dementia* von Jansson et al. (1998) geplant und an sechs Standorten erfolgreich implementiert und qualitativ evaluiert. Durch diese Intervention konnte ein vertrauensvoller Kontakt zwischen den TeilnehmerInnen hergestellt wurde, Gefühle der Solidarität und Zusammengehörigkeit entwickelten sich und alle teilnehmenden pflegenden Angehörigen nahmen im Anschluss eine häusliche Entlastungsbetreuung durch die ehrenamtlichen Helfer in Anspruch. Auch nach Beendigung der zeitlich begrenzten Maßnahme setzten die Angehörigen und ehrenamtlichen HelferInnen ihre Gruppentreffen fort (Jansson et al., 1998). Im Rahmen des Modellprojektes **PAuSE** soll auf den nach Paragraph § 45 SGB XI, Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz von den Pflegekassen finanzierten Pflegekursen für pflegende Angehörige aufgebaut werden. Die positiven Effekten solcher Interventionen auf psychische Belastung, Wissen und Bewältigungsstrategien der Angehörigen sind empirisch belegt (Pinquart & Sörensen, 2006). Allerdings liegt die Inanspruchnahme nachfolgender Entlastungsangebote bei unter 10% (BMfSFJ, 2002; Sauer & Wißmann, 2006).

Durch die geplante Intervention einer gemeinsamen Durchführung der Pflegekurse mit Angehörigen und potentiellen ehrenamtlichen Betreuern und Betreuerinnen sollten psychosoziale Barrieren für die Inanspruchnahme der häuslichen Entlastungsbetreuung reduziert und eine positivere Einstellung gegenüber diesem Angebot entwickelt werden. Die tatsächliche Inanspruchnahme der Entlastungsbetreuung sollte durch eine partizipative gemeinsame Planung der Entlastungsintervention mit pflegenden Angehörigen und ehrenamtlichen Betreuungspersonen am Ende der Schulung unterstützt werden. Ergänzend sollte durch den Aufbau eines Multiplikatorennetzwerkes ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Diagnostik, Beratung und Gesundheitsversorgung von Demenzerkrankten in Leipzig und dem Leipziger Umland der Zugang der pflegenden Angehörigen in die Pflegekurse bedarfsgerecht gesteuert und insgesamt verbessert werden. Insgesamt setzte sich das Modellprojekt **PAuSE** aus folgenden Interventionsbausteinen zusammen:

1. Aufbau eines **Multiplikatorennetzwerkes** von ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens und sozialen sowie kommunalen Anbietern, die Demenzerkrankte und ihre Angehörigen in verschiedenen Phasen der Erkrankung betreuen und als den niedrighschwelligem Angeboten vorgelagerte Leistungsanbieter fungieren
2. Aufbau eines **Netzwerkes ehrenamtlicher HelferInnen**, die nach Teilnahme an einem Pflegekurs und nach Erwerb einer Zusatzqualifikation die häusliche Entlastungsbetreuung für pflegende Angehörige übernehmen sowie deren Supervision und Begleitung
3. Implementierung **Gemeinsamer Pflegekurse** nach dem Vorbild eines schwedischen Modellprojektes von Jansson et al. (1998) in den deutschen Versorgungskontext
4. **Häusliche Entlastungsbetreuung** nach § 45c Abs. 3 SGB XI durch ehrenamtliche HelferInnen des Netzwerkes als bereits bestehendes und vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen gefördertes Versorgungsangebot für MmD und pflegende Angehörige
5. Überprüfung und Bewertung der von Jansson et al. (1998) beschriebenen Effekte im Kontext des deutschen Versorgungssystems

Kern der Intervention war die Durchführung **GEMEINSAMER PFLEGKURSE** für Angehörige von MmD und Ehrenamtliche (Kap. 3.4). Die Hauptzielstellungen dieser Maßnahmen waren:

1. Reduktion von Zugangsbarrieren:

1.1. Aufbau eines Multiplikatorennetzwerk ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Diagnostik, Beratung und Gesundheitsversorgung von MmD und ihren Angehörigen: Über die persönliche Ansprache durch die professionellen Multiplikatoren sollten Informationsdefizite hinsichtlich psychoedukativer Interventionen für Angehörige von MmD reduziert und die Akzeptanz sowie die tatsächliche Inanspruchnahme insbesondere der Pflegekurse und Angehörigenschulungen durch die pflegenden Angehörigen von MmD erhöht werden.

1.2. Verbesserung der Einstellung gegenüber ehrenamtlichen Betreuungsangeboten und Schaffung von Vertrauen in die Arbeit und Person der ehrenamtlichen Helfer: Über eine gemeinsame Teilnahme an Pflegekursen sollte ein Beziehungs- und Vertrauensaufbau zwischen pflegenden Angehörigen und den ehrenamtlichen Betreuungspersonen stattfinden und die Einstellungen gegenüber ehrenamtlicher Entlastungsbetreuung positiv verändert werden.

2. Erhöhung der Inanspruchnahme ehrenamtlicher Betreuungsangebote

Auf Grundlage der angestrebten Einstellungsänderung und einer entwickelten Vertrauensbasis zwischen Angehörigen und Ehrenamtlichen sollten am Ende des Pflegekurses verbindliche Absprachen die faktische Inanspruchnahme der stundenweisen ehrenamtlichen Entlastungsbetreuung in der Häuslichkeit durch die am Kurs teilnehmenden Ehrenamtlichen steigern.

3 Interventionen in der Praxis

Zentraler Bestandteil der Interventionen war die Implementierung **Gemeinsamer Pflegekurse** von Angehörigen von Menschen mit Demenz und ehrenamtlichen HelferInnen nach dem Vorbild eines schwedischen Modellprojektes (Jansson et al., 1998). In einem Zusatzmodul wird die anschließende häusliche Entlastungsbetreuung von den Angehörigen und den ehrenamtlichen HelfernInnen partizipativ geplant. Dabei werden besonders die individuellen Wünsche der Angehörigen und Ehrenamtlichen sowie die Bedürfnisse der dementiell Erkrankten wahrgenommen und bei der Planung der stundenweisen Betreuung berücksichtigt.

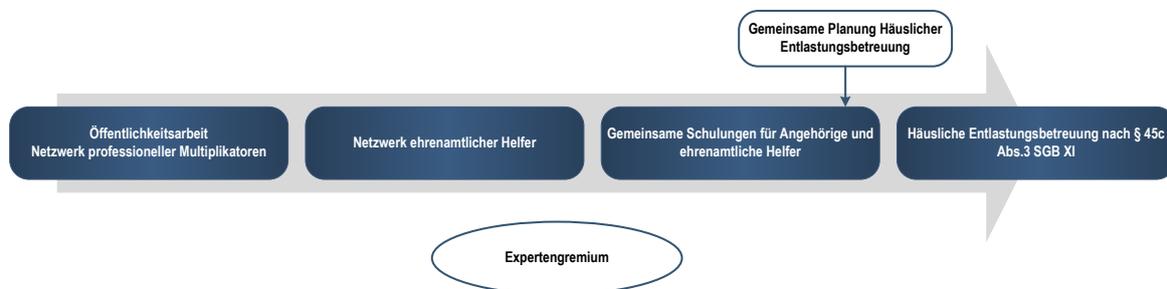


ABB. 1: Intervention

3.1 Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit war ein großer Schwerpunkt der Projektarbeit. Regelmäßig wurde in verschiedenen Medien (Printmedien/Radio/Fahrgast-TV) über PAuSE berichtet. Gemeinsam mit Angehörigen und einer freien Journalistin wurde ein Radiobeitrag produziert und vom Mitteldeutschen Rundfunk (mdr info und figaro) übertragen. Auch Radio Leipzig hat im November 2013 über PAuSE berichtet. Vom 19.-31.08.2013 wurde im Fahrgast-TV der Leipziger Verkehrsbetriebe für die Angehörigenschulungen geworben. Vor jedem Kursbeginn erschienen Beiträge in LVZ, Amtsblatt, Ortsblatt, Stadtteilzeitungen und aktuelle Aushänge und Flyer im Stadtteil (in Vereinen, Bürgerämtern, soziokulturellen Zentren, Seniorenbüros, Ergo- und Physiotherapien, Apotheken) informierten die Anwohner. Auch auf der Internetseite von PAuSE (www.pause-fuer-angehoerige.de) konnten sich Angehörige informieren und es waren die jeweils aktuellen Kurstermine eingestellt. Hausärzte, Neurologen, Psychiater und Psychologen im Stadtteil wurden mit einem Anschreiben informiert und gebeten, ihre Patienten auf das Angebot hinzuweisen und Informationsma-

terial auszulegen. Soweit möglich stellten die Projektmitarbeiterinnen in den Arztpraxen den Arzthelferinnen, seltener den Ärzten persönlich die Angebote vor.

PROJEKTPRÄSENTATIONEN AUF ÖFFENTLICHEN VERANSTALTUNGEN	
04.06.2013	Jobcenter der Arbeitsagentur, Perspektive 50+
05.06.2013	Helfertreffen Seniorenbesuchsdienst Stadt Leipzig
12.06.2013	Gesundheitstag der Stadt Leipzig
17.06.2013	Fortbildung für Besuchshelfer der Stadt Leipzig im Rathaus
24.08.2013	Infostand Schönauer Parkfest
19.09.2013	Tag der Begegnung auf dem Marktplatz
20.09.2013	Leipziger Demenztag Klinikums
15.09.2013	Pflegemesse 2013 Neues Messegelände Leipzig
16.09.2013	Pflegemesse 2013 Neues Messegelände Leipzig
17.09.2013	Pflegemesse 2013 Neues Messegelände Leipzig
22.03.2014	Westpaket Leipzig
09.04.2014	Selbsthilfe und Angehörigentag Leipzig

Weitere Projektvorstellungen fanden unter anderem bei Leipziger Krankenkassen, in Seniorenbüros und Bürgervereinen, bei Kirchengemeinden, Wohlfahrtsverbänden, Wohnungsbaugenossenschaften und vor allen Pflegekräften der kooperierenden Pflegedienste statt. Zudem wurde PAuSE auf zahlreichen öffentlichen Veranstaltungen und in Einrichtungen für Senioren präsentiert.

PROJEKTVORSTELLUNGEN	
02.05.2013	Pflegedienstleitung Regionalgeschäftsstelle Caritas Leipzig
15.05.2013	Bürgerverein Schönefeld
27.05.2013	Ergotherapie Böttcher und Hoyer
28.05.2013	Regionalgeschäftsstelle Paritätischer Wohlfahrtsverband
29.05.2013	Kommunaler Sozialverband
30.05.2013	Ergotherapie Melzer und Schreiner
03.06.2013	Babett Schmidt, FÄ für Psychiatrie und Neurologie Grünau
04.06.2013	Seniorenbüro Mitte der Caritas
21.06.2013	BKK Leipzig, Matthias Binder und Mitarbeiterinnen
28.06.2013	Seniorenbüro Süd der Volkssolidarität Leipzig Stadt
04.07.2013	Bürgerverein NO Leipzig

PROJEKTVORSTELLUNGEN

02.05.2013	Pflegedienstleitung Regionalgeschäftsstelle Caritas Leipzig
05.07.2013	Seniorenheim „Am Domizil“
05.07.2013	Seniorenbüro „Kregeline“ des ASB
11.07.2013	Seniorenbeirat der Stadt Leipzig
19.07.2013	Hausarztpraxis Lipp und Amm
01.08.2013	Wohnberatungsstelle der Stadt Leipzig
06.08.2013	Quartiersmanagement Grünau
06.08.2013	AWO Grünau
09.08.2013	Ambulante Pflege Krankenhaus St. Georg
19.08.2013	Komm-Haus Grünau
19.08.2013	Seniorenbüro AWO Grünau
19.08.2013	Stadtteilladen Grünau
20.08.2013	Gedächtnisgruppe Seniorenbüro Volkssolidarität Leipzig Süd
20.08.2013	Jobcenter Leipzig
02.09.2013	Quartiersrat Grünau
05.09.2013	Wohnungsbaugenossenschaft Kontakt
18.09.2013	Barmer GEK
19.09.2013	Leipziger Pflegedienst Löwenherz
30.09.2013	Paritätär AG
05.10.2013	Dienstberatung StationsleiterInnen Klinikum St. Georg
13.11.2013	AWO Grünau
15.10.2013	Wohnungsbaugenossenschaft Unitas
22.10.2013	Betreuungsbehörde Leipzig
08.11.2013	Pflegenetzwerk Leipzig
12.11.2013	Angehörigengruppe AWO Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ Grünau
18.11.2013	DRK Sozialstation Holzhausen
21.11.2013	Leipziger Pflegedienst Löwenherz
26.11.2013	AWO Grünau
29.11.2013	Volkssolidarität Leipzig
13.12.2013	Leipziger Pflegedienst Löwenherz
04.03.2014	Pflegenetzwerk Leipzig
24.02.2014	Tagespflege „Am Waldplatz“ Selbsthilfegruppe
26.03.2014	Freiwilligenagentur, Ehrenamtscafé Stadtteilladen West
29.04.2014	Volkssolidarität Leipzig Stadt, Mitarbeiterversammlung

3.2 Aufbau eines Multiplikatorennetzwerks

Niedrigschwellige Angebote wie Pflegekurse, Entlastungsbetreuung oder Angehörigengruppen und ihr Nutzen für pflegende Angehörige von Demenzkranken sind bei der Zielgruppe noch immer zu wenig bekannt. In der Kritik hinsichtlich der Informationsversorgung stehen auch den niedrigschwelligen Angeboten vorgelagerte Leistungsanbieter wie Krankenhäuser, Ärzte, Pflegekassen und der Medizinische Dienst (Sauer & Wißmann, 2010). Um die Inanspruchnahme zu erhöhen, wird eine gezielte Informationsvermittlung über Vorhandensein, Erreichbarkeit und Vorteile von niedrigschwelligen Entlastungsangeboten gefordert (Gräbel et al., 2010). Der Einsatz von Multiplikatoren für eine zielgruppenspezifische Weitergabe von Informationen bewährt sich seit Jahren in der Gesundheitsförderung (Blümel & Lehmann, 2011; Haisch et al., 1999) und wird bereits im Bereich der Versorgung von Demenzkranken und ihren Angehörigen erprobt (Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin 2010). Angehörige des Gesundheitssystems spielen eine bedeutende Rolle für die Erleichterung des Zugangs von pflegenden Angehörigen zu Dienstleistungen (Lamura et al., 2006). Die Nutzungsrate von Entlastungsangeboten konnte bei aktiver Vermittlung durch den Hausarzt deutlich gesteigert werden (Haisch et al., 1999).

Die intensive Netzwerkarbeit im Rahmen des Projektes ermöglichte den Aufbau eines Multiplikatorennetzwerkes aus verschiedenen Leistungsanbietern, unterschiedlichen Trägern, Vereinen und Krankenkassen. Als Kooperationspartner konnten wichtige Multiplikatoren aus dem Bereich der ambulanten- und stationären- sowie Anbietern der sozialen- und kommunalen Versorgung Demenzkranker in Leipzig und Umgebung gewonnen werden. Diese unterstützen das Projekt begleitend durch professionelle Beratung und zielgruppenspezifische Weitergabe von Informationen. Im Mittelpunkt der Multiplikatorenarbeit stand die Vorstellung des Projektes, der Angebote und Projektziele in den regionalen Netzwerken AG Quartier von GeriNet, AG Versorgung des Leipziger Gesundheitsstädte-Netzwerkes, Pflegenetzwerk Leipzig e.V. und Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie Leipzig sowie in den Einrichtungen aller Kooperations- und Praxispartnern.

3.3 Netzwerk ehrenamtliche Helfer

Für den Aufbau eines Netzwerkes an ehrenamtlichen Helfern kooperierte das Projekt PAuSE – für Angehörige von Menschen mit Demenz eng und erfolgreich mit der

Freiwilligenagentur Leipzig e.V. Die Rekrutierung der Helfer erfolgte kontinuierlich in Vorbereitung geplanter Angehörigenschulungen über den gesamten Zeitraum der Praxisintervention (Anhang E & Anhang F). Die Ehrenamtlichen wurden gewonnen durch:

- Persönliche Ansprache durch die Freiwilligenagentur Leipzig e.V.
- gezielte Öffentlichkeitsarbeit mit Anzeigen und Berichten in Tageszeitungen, mit Rundfunkbeiträgen, mit Aushängen in sozialen Bildungseinrichtungen, Arztpraxen und Apotheken
- Informationsveranstaltungen in sozialen Einrichtungen für Senioren, Seniorenvereinen, Seniorensportgruppen
- Projektpräsentation in Senioreneinrichtungen (Seniorenvereine, Sportvereine etc.).

Insgesamt 88 interessierte Bürger und Bürgerinnen nahmen Kontakt zu den Projektmitarbeiterinnen auf, um sich über die Möglichkeit eines Ehrenamts im Bereich der häuslichen Versorgung von Demenzerkrankten und der Unterstützung im Projekt zu informieren. Ein gemeinsames Erstgespräch ermöglichte den Projektmitarbeiterinnen möglichst viel über die potenziellen Helfer und Helferinnen, ihre Vorkenntnisse und Motivation zu erfahren und diese umfassend über das Betreuungsangebot mit all seinen Voraussetzungen und Bedingungen zu informieren. Hauptmotive für das geplante Engagement waren der Wunsch **anderen zu helfen und gebraucht zu werden, den Alltag sinnvoll zu gestalten** oder über die zu leistende Unterstützung der **Gesellschaft etwas zurückzugeben** für Hilfe, die die HelferInnen selbst in schwierigen Situationen erhalten haben. Ein Teil der HelferInnen wollte die Schulung als Möglichkeit zur **Qualifikation** im Rahmen einer eventuellen beruflichen Neuorientierung nutzen. Mehr als zwei Drittel der HelferInnen (n = 42) war älter als 50 Jahre und mehr als 80% waren weiblich. Für eine Teilnahme an einem **Gemeinsamen Pflegekurs** entschieden sich 62 Helfer und Helferinnen, 55 davon haben die Schulung erfolgreich abgeschlossen (Abb. 2). Gründe für eine Entscheidung gegen die Teilnahme an der Schulung waren bspw. eine zu lange Wartezeit bis Kursbeginn oder eine zu lange Kursdauer, weil die Interessierten ihr Engagement zeitnah aufnehmen wollten. Gesundheitliche Probleme, seelische Belastungen oder die Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses führten ebenfalls zu Nichtaufnahme oder Abbruch Kurses. Nach Kursende nahmen von 55 geschulten HelferInnen 20 eine ehrenamtliche Entlastungsbetreuung in der Häuslichkeit auf. Einige Helfer hatten bereits ein Betreuungsverhältnis

vor der Qualifikation, engagierten sich selbständig als Nachbarschaftshelfer oder in einer Klinik der Kooperationspartner. Der Beginn eines Beschäftigungsverhältnisses, gesundheitliche Probleme oder der Umzug in eine andere Stadt waren ebenfalls Gründe für eine Nichtvermittlung.

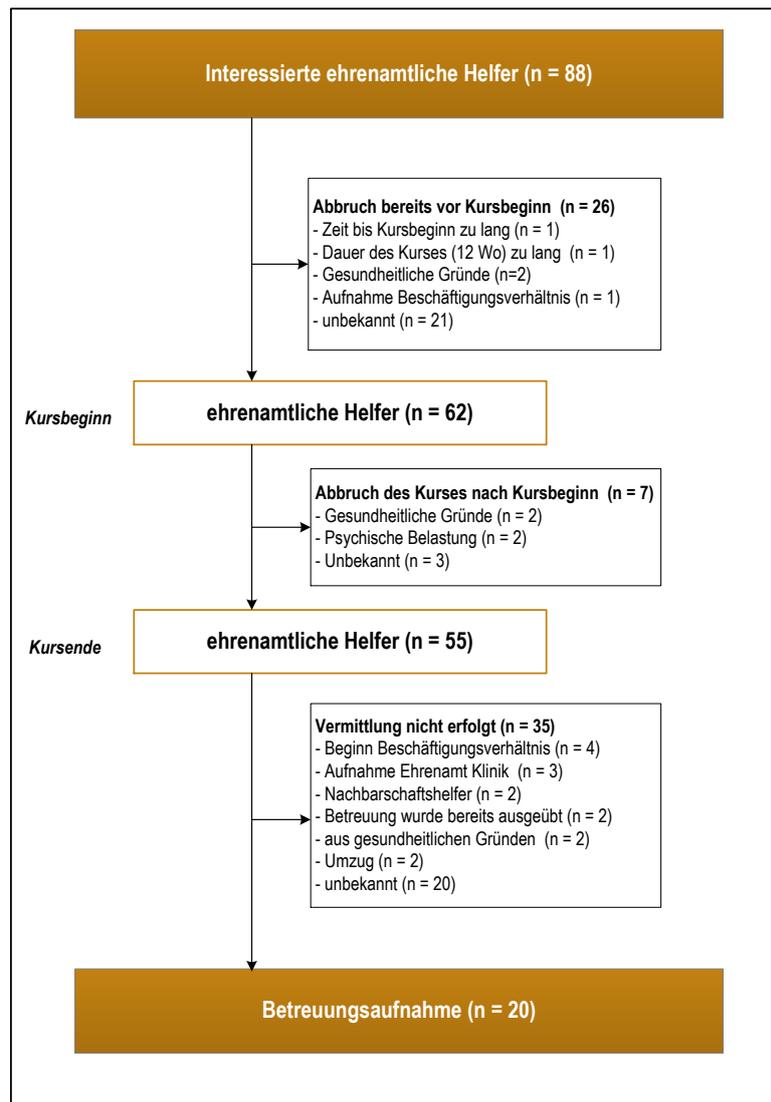


ABB. 2: Flow-chart ehrenamtliche Helfer

Die Fachliche Anleitung und Betreuung der ehrenamtlichen Helfer wurde in Kooperation mit Selbstbestimmt Leben e.V. durch regelmäßig stattfindende Helfertreffen gesichert. Seit Beendigung der ersten Schulung im Mai 2013 wurden 17 Helfertreffen unter Anleitung von

Experten zu unterschiedlichen fachspezifischen Schwerpunkten (bspw. Validation, Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, Erste Hilfe für Senioren, kommunale Seniorenpolitik, Selbstsorge mit Musik und Tanz) durchgeführt. Zusätzlich bildeten fallbezogene Supervisionen sowie die Möglichkeit des gemeinsamen Erfahrungsaustausches weitere Qualifizierungsangebote, welche die Qualität der niedrigschwelligen Betreuungsleistung durch ehrenamtliche HelferInnen sichern. Bei Fragen und Problemen standen die Projektmitarbeiterinnen jederzeit als Ansprechpartner zur Verfügung. Als kleine Anerkennung für ihr Engagement und Möglichkeit zur Begegnung wurde im Sommer 2014 und 2015 jeweils ein Sommerfest mit kulturellem Rahmenprogramm für die HelferInnen organisiert.

3.4 Gemeinsame Pflegekurse

Die Intervention **Gemeinsame Pflegekurse** umfassen zehn Module mit einer Dauer von jeweils 90 Minuten. Im Mittelpunkt der Schulungen für Angehörige Demenzerkrankter stehen die Wissensvermittlung über die Krankheit, über Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige und das Training von Bewältigungsstrategien. Die regulären Schulungen für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten wurden im Rahmen des Projektes von Angehörigen und ehrenamtlichen HelferInnen gemeinsam besucht. Alle TeilnehmerInnen wurden aktiv in den Schulungsprozess einbezogen, sie erhielten Gelegenheit Fragen zu stellen und eigene Erfahrungen einzubringen.

Die **Gemeinsame Pflegekurse** verfolgen folgende Ziele:

1. Angehörige werden bei der Pflege der Demenzerkrankten durch die Vermittlung von Wissen, Unterstützungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien unterstützt ("usual care" und Intervention),
2. Ehrenamtliche HelferInnen werden qualitativ hochwertig ausgebildet und auf ihren Einsatz in der häuslichen Entlastungsbetreuung vorbereitet (nur Intervention),
3. Erfahrungen werden ausgetauscht und Vertrauen zwischen Angehörigen und ehrenamtlichen HelferInnen aufgebaut (nur Intervention),
4. Angebote der häuslichen Entlastungsbetreuung werden partizipativ geplant und zwischen Angehörigen und ehrenamtlichen HelferInnen vermittelt (nur Intervention).

Für die Gewinnung von pflegenden Angehörigen MmD wurde parallel zum stadtweiten Vorgehen ein stadtteilbezogener Ansatz umgesetzt. Vor jedem Kursbeginn erschienen Beiträge in LVZ, Amtsblatt, Ortsblatt, Stadtteilzeitungen und aktuelle Aushänge sowie Flyern im Stadtteil (in Vereinen, Bürgerämtern, soziokulturellen Zentren, Seniorenbüros, Ergo- und Physiotherapien, Apotheken) (Anhang C & Anhang D). Hausärzte, Neurologen, Psychiater und Psychologen im Stadtteil wurden mit einem Anschreiben informiert und gebeten, ihre Patienten auf das Angebot hinzuweisen und Informationsmaterial auszulegen. Soweit möglich, stellten die Projektmitarbeiterinnen in den Arztpraxen den Arzhelferinnen, seltener den Ärzten persönlich die Angebote vor. Weitere Projektvorstellungen fanden unter anderem bei Leipziger Krankenkassen, in Seniorenbüros und Bürgervereinen, bei Kirchengemeinden, Wohlfahrtsverbänden, Wohnungsbaugenossenschaften und vor allem bei Pflegekräften der kooperierenden Pflegedienste statt. Seit Beginn der ersten **Gemeinsamen Pflegekurse** für Angehörige von Menschen mit Demenz und ehrenamtlichen HelferInnen wurden im Projektzeitraum 17 Schulungen in unterschiedlichen Stadtteilen und in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern der Gesundheitsversorgung durchgeführt. Mit den professionellen Multiplikatoren und dem umfassenden Ansatz der klassisch medialen sowie stadtteilbezogenen Öffentlichkeitsarbeit konnten 130 pflegende Angehörige von MmD für die Teilnahme an Kursen gewonnen werden. Die im Rahmen des Projektes initiierten Angehörigenschulungen für Angehörige Demenzkranker gemeinsam mit ehrenamtlichen HelferInnen sind in Kap. 4.5.1 in Abb. 5 im Überblick dargestellt.

Während des Projektzeitraums nahmen 130 Angehörige und 66 Helfer an den Schulungen teil. Ein wichtiges Kriterium hierbei stellt die Gewährleistung der Niedrigschwelligkeit dieses Angebotes dar. Mit dem Ziel, dass möglichst viele Leipziger Betroffene dieses Angebot in Anspruch nehmen können, wurde bei der Planung der Kurse sowohl auf eine breite regionale Verteilung der Anbieter und Variabilität in jeweiligen Kurszeiten sowie das Angebot der kostenlosen Betreuung der Erkrankten während der Kurszeit geachtet.

3.5 Häusliche Entlastungsbetreuung

Ergänzend zu dem psychoedukativen Angebot der Angehörigenschulung bestand über das Projekt die Möglichkeit für die Angehörigen weiterführende Unterstützung in Form der häuslichen Entlastungsbetreuung in Anspruch zu nehmen. Unter der Annahme, dass die gemeinsame Teilnahme an der Schulung den gegenseitigen Erfahrungsaustausch und Vertrauensaufbau fördert, kann die Intervention neben dem Kompetenzerwerb gleichzeitig

einen positiven Einfluss auf das folgende Inanspruchnahmeverhalten der Angehörigen haben. Die Betreuungsverhältnisse wurden im Kurs mittels eines partizipativen Ansatzes vermittelt (Kap. 3.4). Die partizipative Planung des Entlastungsangebotes umfasste folgende Schritte:

- die Angehörigen formulieren als Experten der eigenen häuslichen Pflegesituation ihre Bedürfnisse für die Entlastungsbetreuung und Wünsche zur Gestaltung des Angebots (auch die Erwartungen im Umgang mit den Demenzerkrankten), deren besondere Bedürfnisse und geeignete Beschäftigungsmöglichkeiten eingegangen
- Angehörige und ehrenamtliche HelferInnen entwerfen gemeinsam einen organisatorischen Rahmen
- gemeinsam wird geplant, wie die stundenweise häusliche Betreuung des Demenzerkrankten für den konkreten Fall gestaltet werden soll, insbesondere die ersten Betreuungsbesuche
- die ehrenamtlichen HelferInnen können ihre Wünsche einbringen und auch Befürchtungen formulieren.

Durch die partizipative Methode werden Voraussetzungen für die Akzeptanz der häuslichen Entlastungsbetreuung, ihre Inanspruchnahme und erfolgreiche langfristige Aufrechterhaltung geschaffen. Im Projektzeitraum entschieden sich 22 pflegende Angehörige nach der Teilnahme an einem **Gemeinsamen Pflegekurs** weiterführend häusliche Betreuungsleistungen nach § 45c Abs.3 SGB XI an Anspruch zu nehmen. Durchschnittlich übernahmen die HelferInnen die Betreuung der Demenzerkrankten regelmäßig 1- bis 2-mal pro Woche über einen Zeitraum von jeweils 2 bis 4 Stunden und ermöglichten den betroffenen Angehörigen damit regelmäßig stundenweise Entlastung in ihrem Pflegealltag.

4 Wissenschaftliche Evaluation

4.1 Studiendesign

Bei der Studie handelt es sich um eine kontrollierte, prospektive Längsschnittuntersuchung mit Prä-Post-Test-Design. Die Erhebung basiert auf einer anonymen, schriftlichen Befragung von pflegenden Angehörigen von MmD. Die teilnehmenden Angehörigen nahmen an einem Pflegekurs teil und wurden im Verlauf der Studie zu 3 Messzeitpunkten: T1 (*Kursbeginn*) - T2 (*Kursende*) - T3 (*Follow-up nach 6 Monaten*) befragt (Abb. 3).

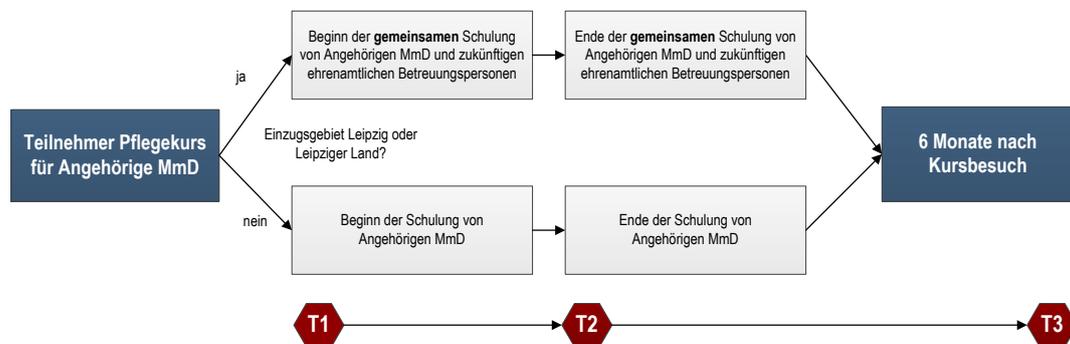


ABB. 3: Studiendesign

Abhängig vom Veranstaltungsort wurden die Pflegekurse für die Interventions- bzw. Kontrollbedingung für die Studienteilnahme gewonnen. In der Region Leipzig wurde mit verschiedenen Leistungsanbietern die Intervention **Gemeinsame Pflegekurse** implementiert. Für die Kontrollgruppe (KG) wurden etablierte Pflegekurse verschiedener Anbieter deutschlandweit eingeschlossen. Nach der Einwilligung zur Studienteilnahme waren diese entsprechend ihres Pflegekurses in der Interventions- bzw. Kontrollgruppe eingeteilt.

4.2 Zielgruppe

Die Zielgruppe der geplanten Intervention waren pflegende Angehörige mit folgenden Einschlusskriterien:

1. Angehörige von MmD aller Erkrankungsstadien, welche
2. die Versorgung im häuslichen Umfeld des Erkrankten nicht erwerbsmäßig sichern (unabhängig von der Höhe des benötigten Zeitaufwandes, welcher für die Sicherstellung der Pflege und Betreuung erbracht wurde)
3. Bereitschaft zur Teilnahme an einem Pflegekurs für Angehörige MmD
4. Bereitschaft zur Teilnahme an der projektbegleitenden Befragung

4.3 Intervention

Zentraler Bestandteil der Intervention war die Implementierung **Gemeinsamer Pflegekurse** für Angehörige und ehrenamtlichen HelferInnen. Im Rahmen der Kurse werden:

1. Angehörige bei der Pflege der Demenzerkrankten durch die Vermittlung von Wissen, Unterstützungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien unterstützt,
2. Ehrenamtlichen Helfer qualitativ hochwertig ausgebildet und auf ihren Einsatz in der häuslichen Entlastungsbetreuung vorbereitet,
3. Erfahrungen ausgetauscht und Vertrauen zwischen den TeilnehmerInnen aufgebaut,
4. Angebote der häuslichen Entlastungsbetreuung partizipativ geplant und zwischen Angehörigen und ehrenamtlichen Helfer vermittelt.

Sowohl die Pflegekurse für Angehörige als auch die fachliche Anleitung und Schulung von ehrenamtlichen HelferInnen im Bereich niedrighwelliger Betreuungsangebote sind eine gesetzlich verankerte Maßnahme nach § 45 c SGB XI zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen. Die Curricula sind standardisiert und zertifiziert. Die Schulungen umfassen zehn Module von jeweils 90 Minuten Dauer (Anhang B).

Ziele der Pflegekurse für Angehörige von MmD:

1. Vermittlung von Wissen zu Diagnostik, Therapie und Verlauf der Demenzerkrankung
2. Reflexion und Erarbeitung von Bewältigungsstrategien für einen verstehenden Umgang mit den Demenzerkrankten, mit Belastungen und Konflikten in der Familie und schwierigen Verhaltensweisen des Demenzerkrankten
3. Informationen zu Pflegeleistungen, rechtlichen und sozialen Grundlagen

4. Unterstützung bei der praktischen Problemlösung im Alltag
5. Stärkung der Sozial- und Selbstpflegekompetenz durch Austausch mit anderen Betroffenen, Umgang mit Schuldgefühlen und Trauer, Reflexion und Akzeptanz von Hilfen durch Dritte
6. Verbesserung der Lebens- und Pflegequalität.

Die regulären Pflegekurse für pflegende Angehörige von MmD wurden im Projekt PAuSE gemeinsam von Angehörigen und ehrenamtlichen HelferInnen besucht. Während der Kurszeit bestand das Angebot der kostenlosen Betreuung der Erkrankten. Alle TeilnehmerInnen wurden aktiv in den Schulungsprozess einbezogen, sie erhielten Gelegenheit Fragen zu stellen und eigene Erfahrungen einzubringen. Die aktive Mitwirkung förderte den Austausch unter den Teilnehmern und Aufbau von Vertrauen. Neben der Vermittlung angebotsspezifischer Kenntnisse zur ehrenamtlichen Entlastungsbetreuung sollte die gemeinsame Teilnahme einstellungsbezogene Barrieren reduzieren (Abb. 4). In einem Zusatzmodul wurde bei Bedarf die häusliche Entlastungsbetreuung mit Angehörigen und Ehrenamtlichen partizipativ geplant. Die Betreuung konnte direkt nach dem Ende des Pflegekurses beginnen.

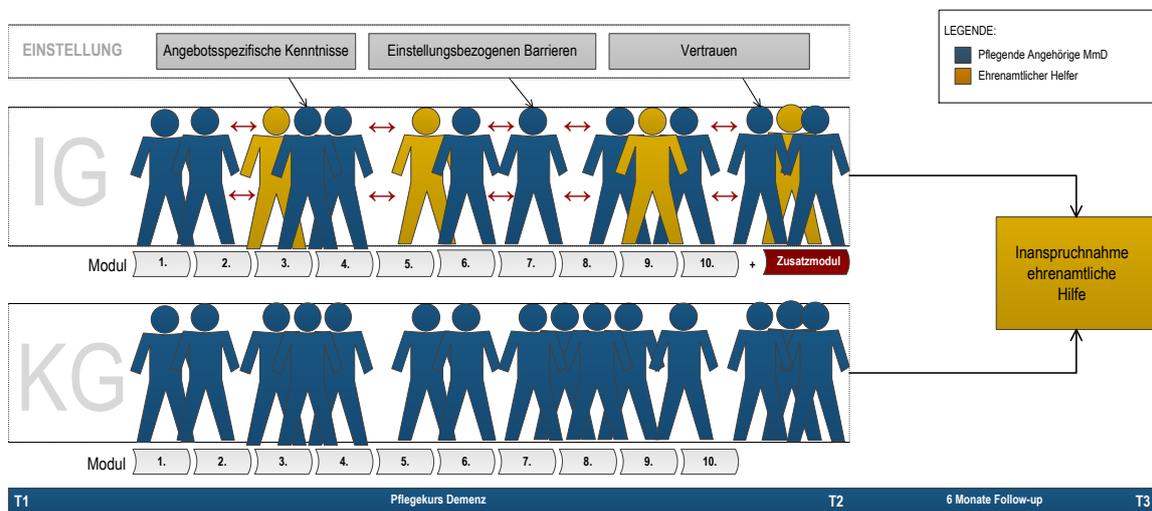


ABB. 4: Intervention PAuSE

Unter Kontrollbedingungen wurden die Pflegekurse ebenfalls gemäß § 45 SGB XI über 10 Module durch zugelassene PflegekursanbieterInnen durchgeführt. Die TeilnehmerInnen der Pflegekurse unter Kontrollbedingungen waren ausschließlich pflegende Angehörige von MmD.

4.4 Zielgrößen

Für die empirische Untersuchung ergab sich die folgende **primäre- und sekundäre Zielgröße**, anhand derer die Wirkung **Gemeinsamer Pflegekurse** auf die Einstellung und deren Effekte auf das Inanspruchnahmeverhalten von pflegenden Angehörigen überprüft wurde.

Primäre Zielgröße: Inanspruchnahme ehrenamtlicher Hilfen

Das Inanspruchnahmeverhalten der pflegenden Angehörigen von MmD wurde anhand der Anzahl (ja/nein) der Nutzer von ehrenamtlichen Entlastungsangeboten erfragt.

Sekundäre Zielgröße: Einstellung pflegender Angehöriger

Für die Untersuchung der **Einstellung** von pflegenden Angehörigen gegenüber ehrenamtlichen Hilfen wurden angebotsspezifische **Kenntnisse** sowie einstellungsbezogene **Barrieren** erfasst. Neben dem Wissen um das Angebot wurden persönliche Vorstellungen, Überzeugungen, Ängste und Vorbehalte erfragt. Vertrauen wurde als **spezifisches interpersonelles Vertrauen** (IPV) erhoben. (vgl. Buck & Bierhoff, 1986). Anhand der IPV werden die Bereiche des emotionalen Vertrauens und die Einschätzung der Verlässlichkeit von Angehörigen gegenüber dem ehrenamtlichen Helfer erfasst (vgl. ebd.). Um die Analysen der Interventionseffekte abzusichern, wurden zusätzlich eine Reihe von Merkmalen, wie **soziodemografischen Merkmale** der pflegenden Angehörigen, Angaben in Bezug auf die Demenzerkrankung und dem damit verbundenen **Pflege- und Betreuungsbedarf** des Pflegebedürftigen sowie Daten zur **gesundheitsbezogenen Lebensqualität** und der **psychosozialen Belastung** als Kontrollvariablen erhoben.

4.5 Datenerhebung

4.5.1 Rekrutierungsverfahren

Für die Rekrutierung der Studienteilnehmer war ursprünglich ein sequenzielles Vorgehen geplant. In der ersten Rekrutierungsphase (geplanter Befragungszeitraum von März 2012 bis Dezember 2012) sollten ausschließlich die TeilnehmerInnen der KG rekrutiert werden. Im Anschluss daran sollte in einer zweiten Rekrutierungsphase (geplanter Befragungszeitraum von Mai 2013 bis April 2014) die Intervention implementiert und die TeilnehmerInnen unter Interventionsbedingungen rekrutiert werden. Die Rekrutierung gestaltete sich im Projektverlauf jedoch deutlich schwieriger als erwartet und infolge

dessen bestand die Notwendigkeit, die geplante Rekrutierungsstrategie zu modifizieren:

a. Intervention - Interventionsgruppe

Das Ergebnis einer umfassenden Recherche nach potenziellen Anbietern von Pflegekursen zeigte, daß es zu Beginn des Projektes keinen anerkannten Leistungsanbieter von Pflegekursen für Angehörige von MmD in Leipzig gab. Durch zahlreiche Kooperationsgespräche wurden im Projektverlauf 6 Kooperationspartner gewonnen und bei der Zulassung als anerkannter Leistungserbringer von Pflegekursen mit Schwerpunkt Demenz intensiv unterstützt. Um die Rekrutierung der Stichprobe nicht zu gefährden, wurden die Leistungsanbieter bei der Gewinnung der KursteilnehmerInnen durch die Projektmitarbeiterinnen unterstützt. Im Ergebnis standen von März 2012 bis Mai 2014 insgesamt 17 Pflegekurse für die Rekrutierung der Studienteilnehmer unter Interventionsbedingungen in Leipzig, sowie im Leipziger Umland zur Verfügung (Abb. 5)

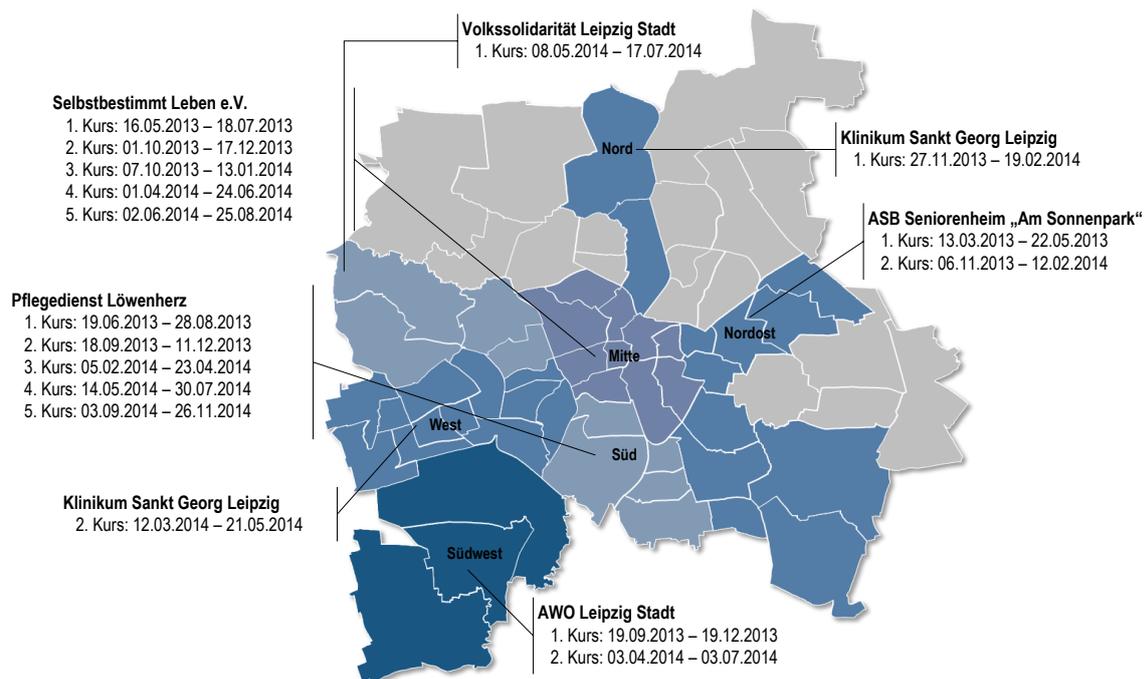


ABB. 5: Pflegekurse Demenz unter Interventionsbedingungen

b. usual care - Kontrollgruppe

Die Evaluation unter Kontrollbedingung erfolgte parallel zum Rekrutierungsverfahren der TeilnehmerInnen der IG von März 2012 bis Mai 2014 (Abb. 6). Das Rekrutierungsgebiet

wurde entsprechend erweitert und auf Sachsen- bzw. deutschlandweit ausgedehnt. Die Erweiterung des Rekrutierungsradius ermöglichte damit einen erweiterten Zugang zu potenziellen Kooperationspartnern. Insgesamt wurden 98 potenzielle AnbieterInnen von Pflegekursen mit Schwerpunkt Demenz recherchiert. Im Rahmen der ersten Gespräche zeigte sich, dass lediglich 60 davon aktuell Pflegekurse für Angehörige von MmD durchführen. Von den 60 praktizierenden Kursanbietern gaben 8 AnbieterInnen ihre Einwilligung für die Rekrutierung von Studienteilnehmern.

Folgende Ursachen führten zum Ausschluss von Pflegekursen für das weitere Rekrutierungsverfahren potenzieller Studienteilnehmer unter Kontrollbedingungen:

1. es erfolgte keine Zustimmung zur Befragung seitens der KursanbieterInnen
2. Kurstermine lagen nicht im Befragungszeitraum
3. Pflegekurs wurde aufgrund zu geringer Anmeldungen nicht durchgeführt
4. Abweichungen der Regelintervention, sodass die Vergleichbarkeit zur IG nicht mehr gewährleistet war

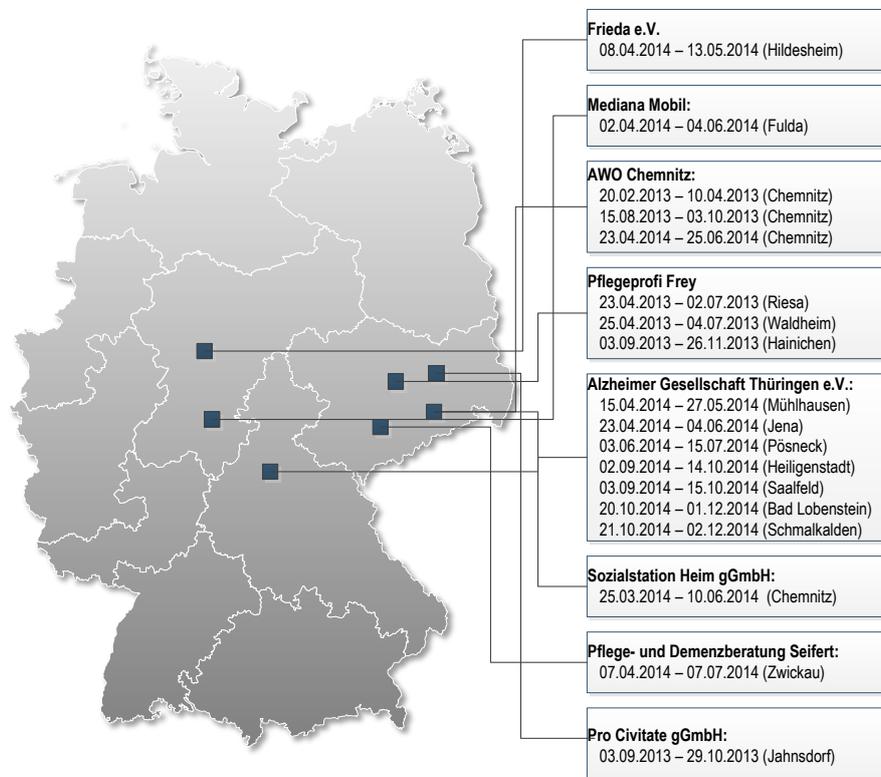


ABB. 6: Pflegekurse Demenz unter Kontrollbedingungen

Unter Kontrollbedingungen erfolgte die Gewinnung der KursteilnehmerInnen über die entsprechenden Kursleiter und Kursleiterinnen. Es konnten 18 Pflegekurse mit Schwerpunkt Demenz für die Studie gewonnen werden, aus denen die Rekrutierung der Studienteilnehmer (KG) erfolgte.

4.5.2 Rekrutierung der Studienteilnehmer

Vor Studienbeginn wurde eine Powerkalkulation durchgeführt. Ausgehend von einer geschätzten Effektgröße von $OR = 1.35$ für die primäre Zielgröße (Inanspruchnahme) und $f^2 = 0.09$ für die sekundäre Zielgröße (Einstellungen) wurden 168 Studienteilnehmer benötigt, je 84 in der Interventions- und der Kontrollbedingung.

(*Teststärke* $1 - \beta = .80$, *Signifikanzniveau* $\alpha = .05$).

Von den 346 Pflegekursteilnehmern (IG & KG) erfüllten insgesamt 40 Angehörige aus folgenden Gründen nicht die notwendigen Einschlusskriterien für die Teilnahme an der vorliegende Studie (Abb. 7):

1. keine ärztlich diagnostizierte Demenzerkrankung des Pflegebedürftigen (n = 34)
2. Kursteilnehmer war kein pflegender Angehöriger (n = 3)
3. Pflegebedürftiger lebt in einem Pflegeheim (n = 3)

Weiterhin lag von insgesamt 142 Pflegekursteilnehmern keine Einwilligung zur Studienteilnahme vor. Abschließend konnten 164 Teilnehmer rekrutiert werden, wovon zur Baseline-Erhebung (T1) insgesamt 76 Angehörige unter Interventionsbedingungen und 88 Angehörige unter Kontrollbedingungen in die Studie eingeschlossen wurden (Tabelle 3).

TAB. 3: Gruppenvergleich der Drop-out Raten

	T1	T2	T3
	n	n (drop-out in%)	n (drop-out in%)
IG	76	73 (3.9)	60 (21.1)
KG	88	79 (10.2)	69 (21.6)
Gesamt	164	152 (7.3)	129 (21.3)

Nach Kursabschluss (T2) lagen mit einer Rücklaufquote 92.7% insgesamt 152 Fragebögen von den teilnehmenden Angehörigen vor. In der IG wurden drei Teilnehmer aus folgenden Gründen aus der Studie ausgeschlossen: Ablehnung einer weiteren Teilnahme an der Fragebogenerhebung (n = 1), vorzeitiger Abbruch des Pflegekurses (n = 2). Die Drop-out

Rate der IG war mit 3.9% deutlich geringer als die Drop-out-Rate von 10.2% in der KG. Unter Kontrollbedingungen verließen zu T2 insgesamt neun Teilnehmer die Studie. Die Gründe hierfür sind analog zu den Gründen der IG: Ablehnung einer weiteren Teilnahme an der Fragebogenerhebung (n = 7), vorzeitiger Abbruch des Pflegekurses (n = 2).

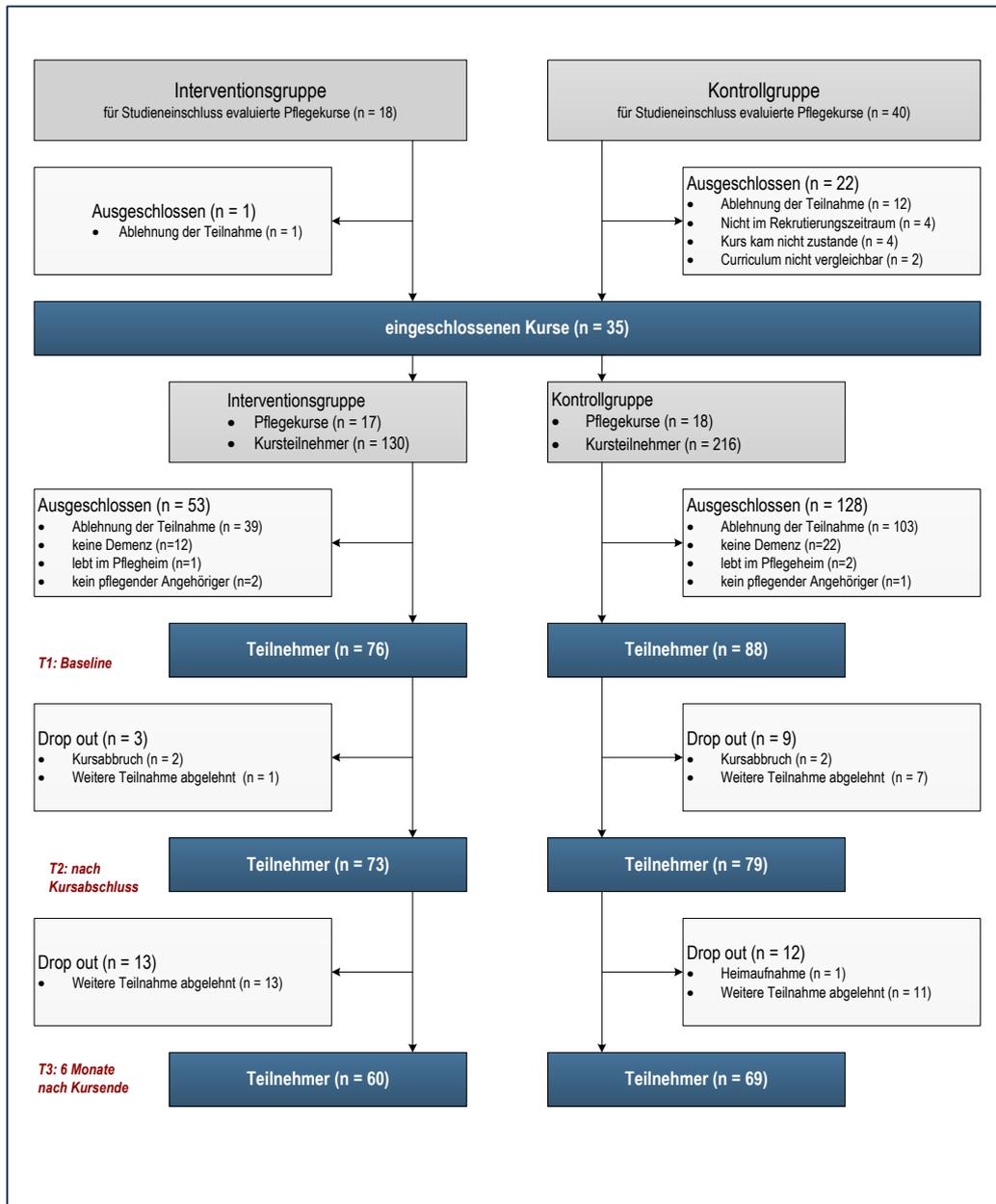


ABB. 7: Flow-chart Stichprobenrekrutierung

Zum Follow-up Zeitpunkt sechs Monate nach Kursende (T3) lag die Rücklaufquote bei 78.7%. In der IG wurden die Fragebögen von 13 Teilnehmern nicht zurückgesandt. Mit einem Verlust von 12 Teilnehmern verhielt sich die Anzahl der vorzeitigen Studienabbrecher in der KG ähnlich. Von den 12 Angehörigen, welche zu T3 die Studie verließen, lehnten 11 Angehörige eine weitere Teilnahme an der Befragung ab. Ein Angehöriger erfüllte nicht mehr das Einschlusskriterium, da der Erkrankte im Verlauf in einem Pflegeheim aufgenommen und daher die Pflege und Betreuung nicht mehr durch die Angehörigen übernommen oder organisiert wurde. Die Drop-out Rate lag zur Follow-up Erhebung bei insgesamt 21.3 % und verhielt sich mit 21.1% vs. 21.6% (IG vs. KG) in beiden Gruppen ähnlich.

4.5.3 Erhebungsinstrument

Als Erhebungsinstrument wurde ein teilstandardisierter Fragebogen entwickelt. Dieser umfasste insgesamt 90 Items, in welchen überwiegend formal geschlossene und einige wenige offene Fragen verwendet wurden (Anhang A). Für die Erhebung der Zielgrößen wurden zum einen Instrumente, die sich bereits in der Forschungspraxis bewährt haben, als auch teilweise modifizierte oder für die Evaluation neu entwickelte Skalen verwendet. Analog zu dem nach Inhaltsbereichen gegliederten Befragungsinstrument, gibt Tabelle 4 einen Überblick über die eingesetzten Erhebungsinstrumente.

TAB. 4: Instrumente

BEREICH	ZIELGRÖSSE	ERHEBUNGSINSTRUMENTE
C1	Inanspruchnahme ehrenamtlicher Hilfen	ja/nein (Häufigkeit der Nutzung)
EINSTELLUNG GEGENÜBER EHRENAMTLICHER HILFE		
F2: Item 1 - 3	angebotsspezifische Kenntnisse	Skala zur Erfassung von angebotsspezifischem Wissen IND-WISS: 3 Items
F2: Item 4 - 10	einstellungsbezogenen Barrieren	Skala zur Erfassung von Barrieren IND-BARR: 7 Items
F2: Item 11 - 14	Vertrauen	Kurz-Version der Specific Interpersonal Trust Scale IND-IPV: 4 Items (vgl. Buck & Bierhoff, 1986)

TAB. 4: Fortsetzung

BEREICH	ZIELGRÖSSE	ERHEBUNGSINSTRUMENTE
PRÄDIKTOREN FÜR DAS INANSPRUCHNAMEVERHALTEN		
H	Soziodemographische Merkmale	Geschlecht, Alter, Schulabschluss, Erwerbstätigkeit, Einkommen, Verwandtschaftsverhältnis
B1	Angaben zur Erkrankung des Pflegebedürftigen	Diagnose, Dauer der Erkrankung
B2	Pflegesituation	Pflegestufe, Pflegedauer, Pflegezeit pro Tag, Stunden pro Tag die Erkrankter allein bleiben kann
C1	Inanspruchnahme Unterstützungangebote	ja / nein (Häufigkeit der Nutzung)
G1	subjektive Belastung	deutsche Version des Zarit Burden Interview (ZBI-12): 12 Items (vgl. Braun et al., 2010)
G3	gesundheitsbezogene Lebensqualität	Das Berliner Angehörigeninventar (BIZA-D-PV) Modul 3: 5 Items (Schacke & Zank, 2009)
E3	psychosoziale Gesundheit	Ultrakurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D): 4 Items (vgl. Mewes et al., 2010)

Anmerkung: Bereiche stehen für die entsprechenden Inhaltsbereiche im Fragebogen (Anhang A).

Um die Effekte der Inanspruchnahme auf Unabhängigkeit zu prüfen, wurden zusätzlich Prädiktoren als Kontrollvariablen erhoben.

Die empirischen Befunde zu den Einflussfaktoren (Prädiktoren) der Nutzung bzw. Nicht-Nutzung von Unterstützungsangeboten von pflegenden Angehörigen lassen sich nach dem von Andersen & Newman (1973) entwickelten *„Behavioral Model of Health Service Use“* in drei Bereiche unterscheiden (vgl. Andersen, 1995; Andersen & Newman, 1973):

1. PRÄDISPONIERENDE FAKTOREN (predisposing factors): Merkmale einer Person, welche demografische Faktoren (Alter, Geschlecht), sozialstrukturelle Faktoren (Bildung, Beruf) sowie gesundheitsbezogenen Überzeugungen (Einstellungen, Werte Kenntnisse) umfassen
2. ERMÖGLICHENDE FAKTOREN (enabling factors): Rahmenbedingungen, Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (bspw. Versichertenstatus, Zugang, soziale Unterstützung)
3. BEDARFSFAKTOREN (need factors): subjektiv wahrgenommene Bedarfslagen (subjektive oder objektive Gesundheitseinschränkungen, Lebensqualität, Depressivität)

In Anlehnung an das Modell wurden Einflussfaktoren für das Inanspruchnahmeverhalten pflegender Angehöriger auf der Basis der vorliegenden Evidenz für die drei Gruppen zusammengefasst (Anhang A). Die verwendeten Instrumente entsprechen dem des jeweiligen zugrundeliegenden Originalinstrument.

Für die Untersuchung der zentralen Fragestellung der Inanspruchnahme lag der Schwerpunkt der Datenerhebung auf den Einstellungen pflegender Angehöriger gegenüber ehrenamtlicher Hilfe. Der Prädiktor **Einstellung** wurde ausgehend von theoretischen Vorüberlegung anhand von drei entwickelten Subskalen operationalisiert. Insgesamt umfassten die Skalen 14 Items zu den Bereichen **spezifische Angebotskenntnisse** sowie **einstellungsbezogene Barrieren** und das **Vertrauen** gegenüber ehrenamtlicher Hilfe. Die Skala zur Erfassung der **spezifische Angebotskenntnisse** (IND-WISS) umfasste 3 Items zu den Aspekten Wissen, Vorstellungen und Qualität. Die Skala **einstellungsbezogene Barrieren** (IND-BARR) enthielt 7 Items, mit welchen negative Einstellungen, Vorbehalte, Ablehnung oder Ängste erfasst wurden: Beide Subskalen wurden anhand einer fünfstufigen Skala: 1 = **stimme überhaupt nicht zu** - 5 = **stimme voll und ganz zu** beantwortet. Das **Vertrauen** (IND-IPV) wurden anhand der von Buck und Bierhoff (1986) publizierten Kurzversion der Interpersonellen Vertrauenskala (IVD) erfasst. In modifizierter Form umfasste die Skala 4 der im Original aus 10 Items bestehenden Version, wobei jeweils 2 Items den Bereich Vertrauenswürdigkeit und 2 Items den Bereich Verlässlichkeit abbildeten. Das neunstufige Antwortformat:

0 = **stimmt** - 9 = **stimmt nicht**, entsprach dem Original von Buck & Bierhoff (1986). Die Skalen wurden faktorenanalytisch anhand der vorliegenden Stichprobe mittels Hauptkomponentenanalyse und Varimax-Rotation auf Eindimensionalität überprüft. Die Bewertung der internen Konsistenz erfolgte anhand des ermittelten *Cronbachs* α . Zusammenfassend zeigten die Analysen (Tabelle 5) zufriedenstellende Reliabilitäten der entwickelten Skalen.

TAB. 5: Faktorenanalyse Skalen: IND-WISS IND-BARR IND-IPV

SKALA IND-WISS: SPEZIFISCHE ANGEBOTSKENNTNISSE Bereich F2: Item 1 - 3			
Antwort: fünfstufig 1 = stimme überhaupt nicht zu bis 5 = stimme voll und ganz zu			
Messzeitpunkte	T1	T2	T3
Varianzaufklärung (in%)	63.9	64.4	62.9
Reliabilität (Cronbachs α)	.715	.718	.704
vollständige Datensätze (n)	133	141	118
SKALA IND-BARR: EINSTELLUNGSBEZOGENEN BARRIEREN Bereich F2: Item 4 - 10			
Antwort: fünfstufig 1 = stimme voll und ganz zu bis 5 = stimme überhaupt nicht zu			
Messzeitpunkte	T1	T2	T3
Varianzaufklärung (in%)	45.8	45.3	45.6
Reliabilität (Cronbachs α)	.798	.790	.793
vollständige Datensätze (n)	138	133	117
SKALA IND-IPV: SPEZ. INTERPERSONELLES VERTRAUEN Bereich F2: Item 10 - 14 (modifizierte Kurzversion der IVS von Buck & Bierhoff (1986))			
Antwort: neunstufig 0 = stimmt nicht bis 5 = stimmt			
Messzeitpunkte	T1	T2	T3
Varianzaufklärung (in%)	72.8	69.5	76.7
Reliabilität (Cronbachs α)	.872	.849	.896
vollständige Datensätze (n)	147	141	120

4.6 Datenauswertung

Die vorliegende Studie wurde nach "Intention-to-treat Prinzip (ITT)" ausgewertet. Alle teilnehmenden Angehörigen, welche zur Baseline-Erhebung (T1) die Einschlusskriterien erfüllten wurden unter Beibehaltung der jeweiligen Gruppenzugehörigkeit und unabhängig vom jeweiligem Studienverlauf in die Analysen eingeschlossen (vgl. Kleist, 2009).

4.6.1 Umgang mit Fehlwerten

Bei der Datenerhebung über 3 Messzeitpunkte konnten das Auftreten von Fehlwerten nicht verhindert werden. Zusammenfassend zeigte die Analyse der fehlenden Werte des vorliegenden Datensatzes folgendes Ergebnis:

- 95% der Variablen waren ohne Ausnahme mit fehlenden Werten belastet
- von den 164 eingeschlossenen Fällen sind nur 46 komplett vorhanden
- von den 7708 beteiligten Werten fehlen 1037 (13.45%)

Um zu überprüfen welche Art von Missing-Mechanismus mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegt, wurden entsprechende Analysen (*MCAR-Test nach Little*) durchgeführt. Die MAR-Annahme (*Missing At Random*) wurde bestätigt. Fehlende Werte wurden durch multiple Imputation mit der Methode der vollständig konditionalen Spezifikation (Fully Conditional Specification) bei zehn Iterationen ersetzt. Da der Anteil an Fällen mit fehlenden Werten in mindestens einer der Variablen bei über 50% lag, wurden nach den Empfehlungen von Bodner (2008) 100 Datensätze imputiert. Die Analysen der **primären** und **sekundären Zielgrößen** wurden mit den gebildeten imputierten Datensätzen gerechnet.

4.6.2 Auswertungsverfahren

Für die statistische Auswertung wurde das Programm **IBM SPSS Statistics 22** verwendet. Alle statistischen Tests wurden zweiseitig und unter Annahme eines *Alpha-Fehlers* von $\alpha = 0.05$ berechnet. Folgende Auswertungsverfahren kamen zu Einsatz:

Beschreibung der Stichprobe

In Abhängigkeit des Skalenniveau der Variablen wurden die Häufigkeitsverteilung der Merkmale (absolute sowie relative Häufigkeiten) bzw. Lage- und Streuungsmaße,

wie Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), Standardfehler (SE), Median oder Konfidenzintervalle [KI], beschrieben. Die grafische Aufbereitung erfolgte in Abhängigkeit vom jeweiligen Skalenniveau mittels Balken-, Linien- oder Boxplotsdiagrammen. Anhand der Ausgangswerte (T1) wurden die Merkmale (IG vs. KG) im Hinblick auf die Vergleichbarkeit beider Gruppen überprüft. Es wurden parametrische Verfahren t -*Tests* für unabhängige Stichproben sowie nonparametrische Verfahren, χ^2 -*Test* oder U -*Test* für die Prüfung auf Gruppenunterschiede durchgeführt.

Wirksamkeitsprüfung

Der Überprüfung der Wirksamkeit **Gemeinsamer Pflegekurse** erfolgte anhand von unabhängig durchgeführten Analysen der **primären- und sekundären Zielgröße**.

Primäre Zielgröße: Die statistische Hypothesenprüfung erfolgte mittels *McNemar -- Test*. Es wurden die Häufigkeiten und deren Veränderung vom Zeitpunkt des Kursbeginns bis zum Follow-up sechs Monate nach dem Pflegekursbesuch (T1 zu T3) im Gruppenvergleich ermittelt.

Sekundäre Zielgröße: Die Effekte auf die Einstellung pflegender Angehöriger wurden mit Varianzanalysen mit Messwiederholungen und zwei Gruppen ermittelt (ANOVA). Die Operationalisierung der **Einstellung** erfolgte anhand der in Kap. 4.5.3 beschriebenen Skalen IND-WISS, IND-BARR und IND-IPV, welche jeweils als *AV* in die Analysen gingen. Überprüft wurden die Haupteffekte von **Zeit** und **Gruppenzugehörigkeit** und deren Interaktion. Für die Interpretation der Effektstärken wurde jeweils das ermittelte partielle Eta-Quadrat (η^2) dargestellt (kleiner Effekt: $\eta^2 = .01$, mittlerer Effekt: $\eta^2 = .06$, großer Effekt: $\eta^2 = .14$) (vgl. Ellis, 2010). Die Analysen erfolgten jeweils differenziert nach:

- a.) **Kurzzeiteffekte:** Baseline-Erhebung zum Pflegekursbeginn (T1) und unmittelbar nach der Intervention am Ende des Pflegekurses (T2)
- b.) **Langzeiteffekte:** Baseline-Erhebung zum Pflegekursbeginn (T1) und sechs Monate nach der Teilnahme an einem Pflegekurs (T3)

Die Prüfung von Unterschiedshypothesen setzt die Vergleichbarkeit der Teilstichproben (IG vs. KG) voraus. Die Überprüfung der Baselinewerte (Kap. 6.1.1) ergab einen Gruppenunterschied bezüglich des Merkmals **Alter** ($t_{(160)} = 3.027, p = .003$). Um den Einfluss dieser Variable statistisch zu bereinigen, wurden adjustierte Analysen vorgenommen (*ANCOVA*) (vgl. Bortz & Schuster, 2010, S.305 ff.). Bei der Überprüfung der Normalverteilungsvoraussetzung der einzelnen Skalenwerte ergab der Mauchly-Test auf Sphärizität der Skala IND-WISS ein signifikantes Ergebnis ($p = .000$). Folglich musste die Annahme

homogener Varianzen verworfen werden. Die Korrektur der Freiheitsgrade wurde entsprechend mittels Greenhouse-Geissler-Korrektur vorgenommen. Zusätzlich wurden für alle durchgeführten *ANCOVAS*, die entsprechenden korrigierten Effektstärken $d_{(korr)}$ nach Klauer (2001) berechnet, welche sowohl die unterschiedliche Gruppengröße (IG vs. KG) als auch Vortestunterschiede korrigiert:

$$d_{(korr)} = d_{(Posttest)} - d_{(Prätest)}$$

Abschließend wurde geprüft, inwieweit die Effekte der **primären- und sekundären Zielgrößen** voneinander unabhängig sind. Es wurden Subgruppenanalysen durchgeführt und univariate Unterschiede zwischen Nutzern vs. Nicht-Nutzern mittels t-Test bzw. $\chi^2 - Test$ geprüft. Anschließend wurden Moderatoreffekte überprüft, um festzustellen ob die Intervention für alle Subgruppen gleich wirksam war. Es wurde der Einfluss aller erhobenen Baselinevariablen mit binären logistischen Regressionsanalysen auf die **primäre Zielgröße (AV)** geprüft, um die Faktoren zu identifizieren, welche auf die Inanspruchnahme von ehrenamtlichen Hilfen einen signifikanten Einfluss haben. Variablen mit nachgewiesenen univariaten Effekten unter $p = .10$ wurden als Prädiktoren in die multiple logische Regressionsanalyse aufgenommen. Abschließend wurden multivariat drei Regressionsmodelle gerechnet, um die Effekte der **sekundären Zielgröße** unter Kontrolle anderer Variablen zu untersuchen.

5 Arbeits- und Zeitplan

5.1 Intervention

Im Rahmen des Projektes wurde begleitend ein **Multiplikatorennetzwerk** aus den unterschiedlichsten Leistungsanbietern der gesundheitlichen Versorgung aufgebaut. Die Umsetzung der Multiplikatorenarbeit wurde dem Arbeits- und Zeitplan entsprechend durchgeführt. Durch den gezielten Einsatz dieser Multiplikatoren ist es zum einen gelungen die Intervention in Leipzig erfolgreich im Rahmen des Projektes zu implementieren. Zum anderen wurde damit ein Netzwerk an professionellen Akteuren aufgebaut, durch welches nachhaltig die Implementierung in der lokalen Versorgungsstruktur garantiert wird.

Die im Arbeitsplan vorgesehenen Praxismaßnahmen **Gewinnung der ehrenamtlichen Helfer und Helferinnen** und der **Aufbau eines Netzwerkes ehrenamtlicher HelferInnen** sowie die Durchführung **Gemeinsamer Pflegekurse** wurden dem Arbeits- und Zeitplan entsprechend begonnen. Für den Aufbau eines Netzwerkes an ehrenamtlichen HelferInnen kooperierte das Projekt **PAuSE -- für Angehörige von Menschen mit Demenz** eng und erfolgreich mit der Freiwilligenagentur Leipzig e.V. Aufgrund der Empfehlung dieses Experten wurde von der ursprünglichen Planung, alle HelferInnen in Form eines Ehrenamts pools zwischen November 2012 bis April 2013 zu rekrutieren, abgewichen. Da die potenziellen HelferInnen erfahrungsgemäß zeitnah ihre Tätigkeit beginnen möchten, bestand hier die Gefahr die Interessierten aufgrund der Wartezeiten für die jeweilige Schulung zu verlieren. Der Aufbau des Helfernetzwerkes erfolgte daher nicht wie geplant zwischen Oktober 2012 bis Mai 2013, sondern kontinuierlich in Vorbereitung geplanter Angehörigenschulungen.

5.2 Evaluation

Für die Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen war ursprünglich ein sequenzielles Vorgehen geplant. In der ersten Rekrutierungsphase (geplanter Befragungszeitraum von März 2012 bis April 2013) sollten ausschließlich die TeilnehmerInnen der KG rekrutiert werden. Im Anschluss daran sollte in einer zweiten Rekrutierungsphase (geplanter Befragungszeitraum von Mai 2013 bis August 2014) die Intervention implementiert und die TeilnehmerInnen unter Interventionsbedingungen rekrutiert werden. Es haben sich im Projektverlauf Zeitverzögerungen aus unterschiedlichen Gründen ergeben (vgl. unten), die dazu führten, dass die Befragung zum 3. Messzeitpunkt erst im Mai 2015 abgeschlossen werden konnten.

Die Gründe waren im Einzelnen:

1. **Verzögerter Beginn der Praxisintervention**

Zu Projektbeginn gab es keinen Pflegedienst oder anerkannten sozialer Träger in Leipzig, der Pflegekurse oder Angehörigenschulungen für Angehörige von Menschen mit Demenz durchführte. In den ersten Kooperationsgesprächen wurde von Leipziger Pflegediensten geschildert, dass nach der Einführung des Angebots einige Jahre lang erfolgreich Kurse für pflegende Angehörige angeboten wurden, jedoch keiner speziell für Angehörige von Menschen mit Demenz. Nach einiger Zeit habe das Interesse der pflegenden Angehörigen jedoch abgenommen und die Gewinnung neuer TeilnehmerInnen sei schwierig gewesen. Zudem seien Pflegekurse eine sehr zeitintensive Leistung, die parallel zu den anderen Leistungen der Dienste aufgrund des Personalmangels schwierig zu erbringen sei. Weiterhin waren die Kooperationsgespräche mit den Pflegediensten durch eine große Zurückhaltung hinsichtlich des Einsatzes von ehrenamtlichen Helfern für die niedrigschwellige Betreuung von Menschen mit Demenz gekennzeichnet. Die Tätigkeit der ehrenamtlichen HelferInnen wurde als direkte Konkurrenz zu niedrigschwelligen Betreuungsangeboten durch die Fachkräfte der ambulanten Pflegedienste wahrgenommen. Außerdem fehlten den Pflegediensten Informationen über die Neuerungen des Pflegeneuaustrichtungsgesetzes, nach welchen auch die Organisation, Schulung und Betreuung ehrenamtlicher HelferInnen durch Pflegedienste vergütet werden kann. Vor diesem Hintergrund waren zahlreiche Gespräche, transparente Darstellung der Forschungsziele und intensive Vertrauensarbeit nötig, um Leistungsanbieter für Pflegekurse mit Schwerpunkt Demenz als Projektpartner zu gewinnen.

2. **Verzögerter Beginn und Verlauf der Befragung in der Kontrollbedingung**

Die Befragung der TeilnehmerInnen hat in der Kontrollbedingung 10 Monate verzögert im Februar 2013 begonnen. Ursprünglich geplant war die Durchführung der Pflegekurse und Befragung der TeilnehmerInnen in der Kontrollbedingung vor dem Beginn der Implementierung der Experimentalintervention ebenfalls in Leipzig. Aufgrund der oben beschriebenen Ausgangssituation war das nicht möglich. Die Gewinnung der KursanbieterInnen wurde entsprechend auf ganz Deutschland ausgedehnt.

3. **Zeitverzögerung der projektbegleitenden Evaluation**

Geplant war eine Stichprobengröße von insgesamt 168 Angehörigen, je 84 in der

Interventions- und der Kontrollbedingung. Bei vorgesehenen 10 bis 12 TeilnehmerInnen pro Pflegekurs wurde ursprünglich von ca. 7 Pflegekursen in der Kontrollbedingung und 14 Pflegekurse in der Interventionsbedingung (hier sind die Hälfte der TeilnehmerInnen Ehrenamtliche) für die Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen ausgegangen. Die durchschnittliche Anzahl der KursteilnehmerInnen entsprach der angenommenen Clustergröße und lag zwischen 11% in der Interventions- und 12% in der Kontrollgruppe. Da sich die TeilnehmerInnen der Pflegekurse nicht gleichzeitig auch zu einer Teilnahme an der Evaluation bereit erklären, war es notwendig deutlich mehr Kurse durchzuführen als ursprünglich geplant, um die notwendige Stichprobengröße in beiden Gruppen zu erreichen.

Zeitverzögerung der Befragung in der Interventionsbedingung (9 Monate):

Die Teilnahmebereitschaft der PflegekursteilnehmerInnen lag bei durchschnittlich 58%. Für die Sicherstellung der geplanten Stichprobengröße war die Durchführung von insgesamt 17 Pflegekursen notwendig. Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen unter Interventionsbedingungen wurde mit $n = 76$ StudienteilnehmerInnen im September 2014 abgeschlossen. Demzufolge verzögerte sich die Befragung zum Follow-up 6 Monate nach dem Pflegekursbesuch. Die Datenerhebung in der Interventionsgruppe wurde im Mai 2015 mit einer Verzögerung um 6 Monate abgeschlossen.

Zeitverzögerung der Befragung in der Kontrollbedingung (12 Monate):

Unter Kontrollbedingungen waren im Durchschnitt 40% der PflegekursteilnehmerInnen für eine Teilnahme an der projektbegleitenden Evaluation bereit. Ausgehend von den 7 geplanten Pflegekursen waren für die Rekrutierung zusätzlich 11 weitere Pflegekurse notwendig, um die notwendigen Stichprobengröße zu sichern. Die Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen in der Kontrollgruppe war im Oktober 2014 mit einer Stichprobengröße von $n = 88$ abgeschlossen. Die Datenerhebung zum Follow-up war im April 2015 abgeschlossen. Die zwölfmonatige Verzögerung der Evaluation begründet sich zum einen auf dem bereits beschriebenen verzögerten Befragungsbeginn sowie der mehr als doppelten Anzahl an notwendigen Pflegekursen für die Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen.

6 Ergebnisse

6.1 Charakteristika der Studienteilnehmer

Die teilnehmenden Angehörigen von MmD werden anhand der soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmale (Kap. 6.1.1), dem Unterstützungsbedarf (Kap. 6.1.2) und der in Anspruch genommenen Hilfen zur Pflege des Erkrankten (Kap. 6.1.3) detailliert beschrieben. Beide Gruppen (IG vs. KG) werden anhand ihrer Baselinewerte auf Gruppenunterschiede geprüft.

6.1.1 Soziodemografische und sozioökonomische Merkmale

Die Angehörigen der KG waren etwa 5.4 Jahre jünger im Vergleich zu denen der IG ($t_{(160)} = 3.027, p = .003$). Die Unterschiede bezüglich der Altersverteilung zwischen den Gruppen waren vor allem in den Altersgruppen 60 - 69 Jahre mit 20.0 % vs. 33.3 % (IG vs. KG) und 70 - 79 Jahre mit 40.0 % vs. 18.4 % (IG vs. KG) auffällig. Insgesamt waren 76.1 % der teilnehmenden Angehörigen Frauen. Im Gruppenvergleich (IG: 72.0 % vs. KG: 79.5 %) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2_{(163)} = 1.267, p = .275$).

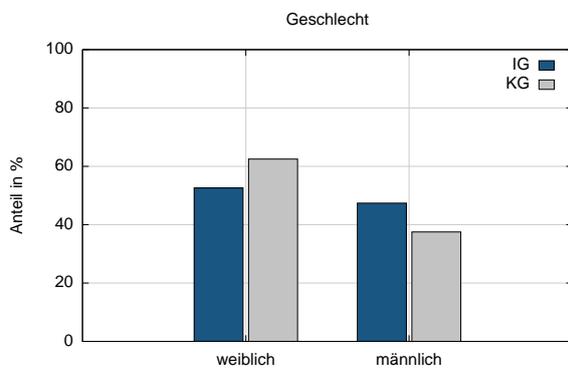


ABB. 8: Geschlecht

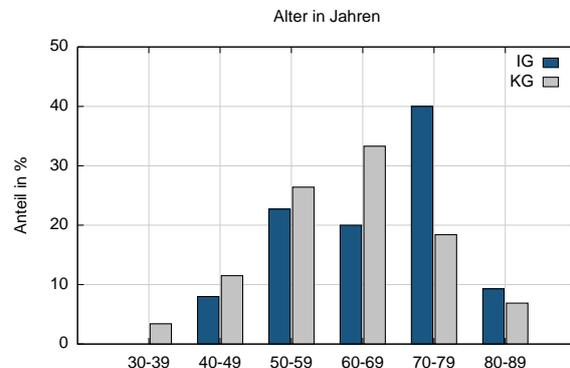


ABB. 9: Alter

Bei der Verteilung des Verwandtschaftsgrades zwischen den Gruppen zeigen sich Auffälligkeiten in den Kategorien **Ehepartner** und **pflegende Kinder**. Im Vergleich ist der Anteil der (Ehe-)Partner, welche die Pflege des Erkrankten sicherstellen in der IG mit 54.1% deutlich höher als 36.9% in der KG. Umgekehrt wird die Pflege des Erkrankten mit 48.8 % in der KG überwiegend durch pflegende Kinder erbracht. Im Gruppenvergleich ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2_{(164)} = 6.102, p = .107$). Ebenso lebte in

beiden Gruppen der überwiegende Teil der pflegenden Angehörigen (IG: 88.5% vs. KG: 82.4%) mit dem Erkrankten in einem gemeinsamen Haushalt ($\chi^2_{(164)} = .862, p = .443$).

TAB. 6: Deskriptive Beschreibung der Stichprobe

Angaben Pflegende Angehörige	Gesamt (<i>n</i> = 164)	Intervention (<i>n</i> = 76)	Kontrolle (<i>n</i> = 88)	Teststatistik	ρ
Alter (Jahre), M (SD)	63.9 (11.8)	66.9 (11.3)	61.4 (11.7)	$t = 3.027^*$	.003
Alter (kategorisiert), n (%)					
30 - 39 Jahre	3 (1.9)	-	3 (3.4)		
40 - 49 Jahre	16 (9.9)	6 (8.0)	10 (11.5)		
50 - 59 Jahre	40 (24.7)	17 (22.7)	23 (26.4)	$U = 2.525^{**}$	.011
60 - 69 Jahre	44 (27.2)	15 (20.0)	29 (33.3)		
70 - 79 Jahre	46 (28.4)	30 (40.0)	16 (18.4)		
80 - 89 Jahre	13 (8.0)	7 (9.3)	6 (6.9)		
Geschlecht (weiblich), n (%)	124 (76.1)	55 (72.0)	70 (79.5)	$\chi^2 = 1.267$	.275
Schulbildung, n (%)					
Hauptschule	40 (25.6)	20 (27.4)	20 (24.1)		
Realschule	55 (35.3)	18 (24.7)	37 (44.6)	$\chi^2 = 7.511$	.057
Allg. Hochschulreife	55 (35.3)	31 (42.5)	24 (28.9)		
Sonstiges	6 (3.8)	4 (5.5)	2 (1.3)		
Erwerbstätigkeit, n (%)					
Vollzeit	29 (18.7)	13 (17.8)	16 (19.5)	$\chi^2 = 0.112$	.946
Teilzeit	24 (15.4)	11 (15.1)	13 (15.9)		
Nicht erwerbstätig	102 (65.8)	49 (67.1)	53 (64.6)		
Verwandschaftsgrad, n (%)					
(Ehe-) Partner	71 (44.9)	40 (54.1)	31 (36.9)		
Pflegende Kinder	66 (41.8)	25 (33.8)	41 (48.8)	$\chi^2 = 6.102$	.107
Schwiegertochter -sohn	10 (6.3)	3 (4.1)	7 (8.3)		
Sonstiges	11 (7.0)	6 (8.1)	5 (6.0)		
gemein. Haushalt (ja), n (%)	102 (85.0)	46 (88.5)	56 (82.4)	$\chi^2 = 0.862$	.443
Haushaltsnettoeinkommen (subjektive Einschätzung)					
gering	46 (29.3)	17 (23.3)	29 (34.5)	$\chi^2 = 3.461$	.177
mittel	107 (68.2)	55 (75.3)	52 (61.9)		
hoch	4 (2.5)	1 (1.4)	3 (3.6)		

Anmerkung Signifikanz : * $\rho < 0.05$, ** $\rho < 0.01$, *** $\rho < 0.001$

Der überwiegende Teil der teilnehmenden Angehörigen verfügte über einen Realschulabschluss (IG: 24.7% vs. KG: 44.6%) oder die Allgemeine Hochschulreife (IG: 42.5% vs. KG: 28.9%). Im Gruppenvergleich ergaben sich bezüglich der Verteilung der Schulabschlüsse keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2_{(164)} = 7.511, p = .057$).

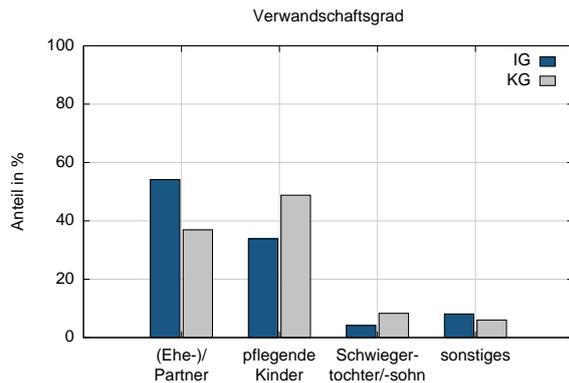


ABB. 10: Verwandtschaftsgrad

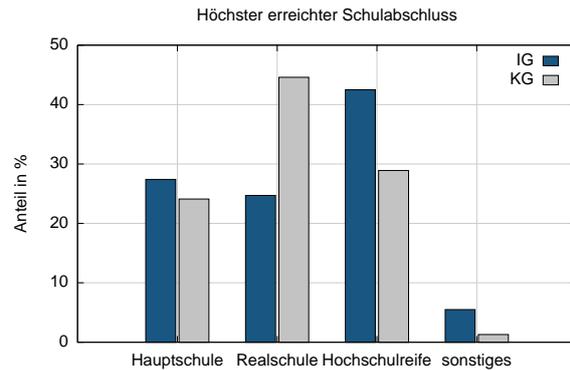


ABB. 11: Schulabschluss

Die Erwerbstätigkeitsquote der befragten Angehörigen lag bei 34.2%, wobei 18.7% der Teilnehmer eine Vollzeitbeschäftigung (IG: 17.8% vs. KG: 19.5%) und 15.4% eine Teilzeitbeschäftigung (IG: 15.1% vs. KG: 15.9%) ausübten. Die Anteile der jeweiligen Erwerbstätigkeitsquoten waren zwischen IG und KG gleich verteilt ($\chi^2_{(164)} = .112, p = .946$). Mit durchschnittlich 65.8% war der überwiegende Anteil der Angehörigen nicht erwerbstätig (IG: 67.1% vs. KG: 64.6%), was sich mit dem hohen Durchschnittsalter der Teilnehmer begründen lässt. So liegt der Anteil der Altersgruppe ab 60 Jahre bei 63.6%, womit in der Regel die Mindestversicherungszeit in der gesetzlichen Rentenversicherung von 35 Jahren erfüllt ist und Anspruch auf Altersrente für die Versorgung besteht.

6.1.2 Unterstützungsbedarf

Die Mehrheit der zu pflegenden MmD (87.7%) war pflegebedürftig (§ 14 SGB XI). Dabei gab es keine Unterschiede zwischen IG vs. KG bezüglich der Verteilung der Pflegestufen ($\chi^2_{(164)} = 3.840, p = .573$).

TAB. 7: Deskriptive Beschreibung des Unterstützungsbedarfs

Unterstützungsbedarf	Gesamt (<i>n</i> = 164)	Intervention (<i>n</i> = 76)	Kontrolle (<i>n</i> = 88)	Teststatistik	ρ
Pflegestufe, <i>n</i> (%)				$\chi^2 = 3.840$	.573
Pflegestufe 0	32 (19.5)	18 (23.7)	14 (15.9)		
Pflegestufe 1	75 (45.7)	33 (43.4)	42 (47.7)		
Pflegestufe 2	34 (20.7)	16 (21.1)	18 (20.5)		
Pflegestufe 3	3 (1.8)	1 (1.3)	2 (2.3)		
keine	14 (8.5)	8 (10.5)	12 (13.6)		
Pflegezeit pro Tag (Stunden), M (SD)	10.74 (8.87)	12.81 (8.85)	8.84 (8.52)	$t = 2.684^*$	.008
Zeit die Erkrankter allein blei- ben kann (Stunden), M (SD)	5.05 (7.12)	4.68 (6.57)	5.39 (7.60)	$t = .579$	.564
Dauer des Pflegebedarfs (Jahren), M (SD)	2.95 (2.70)	3.23 (2.64)	2.69 (2.75)	$t = 1.215$	.226

Anmerkung Signifikanz : * $\rho < 0.05$, ** $\rho < 0.01$, *** $\rho < 0.001$

Bei knapp 20 % der zu pflegenden MmD (IG: 23.7% vs. KG: 15.9%) wurde durch den MDK eine **erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz** (Pflegestufe 0) begutachtet. Bei etwa der Hälfte der Pflegebedürftigen wurde eine **erhebliche Pflegebedürftigkeit** (Pflegestufe 1) festgestellt (IG: 43.4% vs. KG: 47.7%).

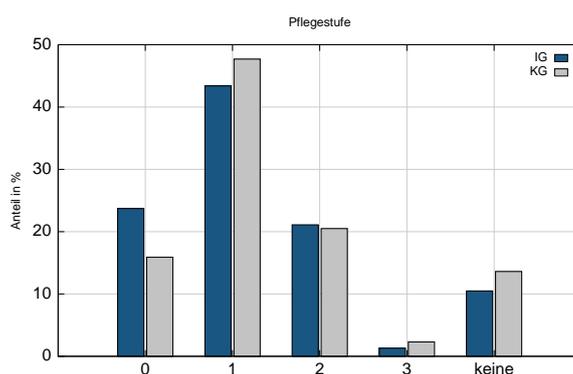


ABB. 12: Pflegestufe

Etwa 20 % der MmD (IG: 21.1% vs. KG: 20.5%) waren **schwerpflegebedürftig** (Pflegestufe 2). Deutlich seltener mit im Mittel 1.8% (IG: 1.3% vs. KG: 2.3%) waren die Pflegebedürftigen **schwerstpflgebedürftig** (Pflegestufe 3).

Nach Einschätzung der pflegenden Angehörigen war der erforderliche Hilfe- und Betreuungsbedarf deutlich höher, als nach Einschätzung des MDK. Im Mittel lag in beiden Gruppen die benötigte Pflege- und Betreuungszeit bei etwa 11 Stunden pro Tag (IG: $M = 12.81$, $SD = 8.85$ vs. KG: $M = 8.84$, $SD = 8.52$), wobei der Bedarf der Erkrankten unter Interventionsbedingungen im Vergleich höher war ($t_{(136)} = 2.684$, $p = .008$).

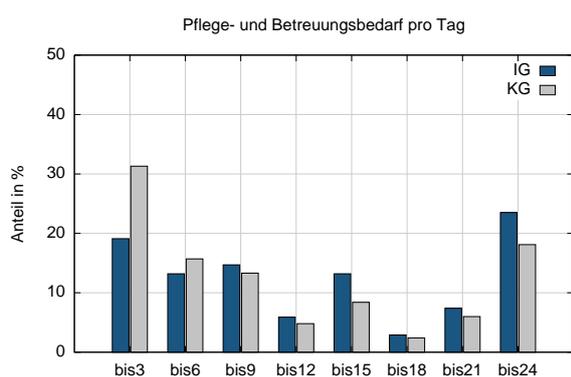


ABB. 13: Pflegebedarf

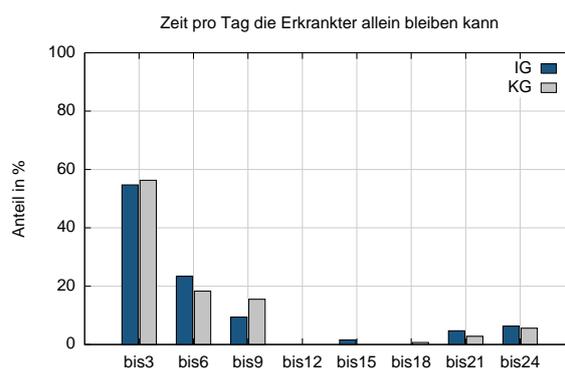


ABB. 14: Betreuungsbedarf

Die Angehörigen beider Gruppen konnten zum Zeitpunkt der Befragung im Mittel ihren erkrankten Angehörigen etwa 5 Stunden pro Tag ohne Betreuung lassen (IG: $M = 4.68$, $SD = 6.57$ vs. KG: $M = 5.39$, $SD = 7.60$). Zwischen den Gruppen gab es keine Unterschiede ($t_{(134)} = .579$, $p = .564$). Etwa 20% der pflegenden Angehörigen gaben an ihren Erkrankten Rund-um die-Uhr versorgen zu müssen. Knapp die Hälfte der Demenzerkrankten konnte nicht ohne Beaufsichtigung bleiben.

6.1.3 Hilfen bei der Pflege

Die Angehörigen beider Gruppen wurden mit durchschnittlich 61.6 % (IG: 58.3 % vs. KG: 64.4%) am häufigsten von Familienmitgliedern unterstützt ($\chi^2_{(164)} = .607$, $p = .512$). Deutlich seltener wurden dagegen andere informelle Hilfen wie Freunde (IG: 7.9% vs. KG: 8.0%), ($\chi^2_{(164)} = .000$, $p = .989$) oder die Nachbarschaft (IG: 7.9% vs. KG: 9.1%), ($\chi^2_{(164)} = .075$, $p = .785$) in Anspruch genommen. Lediglich 4.9 % der Angehörigen nutzten Angebote zur Betreuung durch Ehrenamtliche (IG: 5.3% vs. KG: 4.65%), ($\chi^2_{(164)} = .045$, $p = .556$). Beide Gruppen unterschieden sich hier nicht in der Art und im Umfang ihres Nutzungsverhaltens (Tabelle 8).

TAB. 8: Deskriptive Beschreibung der Informellen Hilfen

	Gesamt (<i>n</i> = 164)	Intervention (<i>n</i> = 76)	Kontrolle (<i>n</i> = 88)	χ^2	ρ
INFORMELLE HILFEN					
Familie (ja), <i>n</i> (%)	98 (61.6)	42 (58.3)	56 (64.4)	0.60	.512
Freunde (ja), <i>n</i> (%)	13 (7.9)	6 (7.9)	7 (8.0)	0.00	.989
Nachbar (ja), <i>n</i> (%)	14 (8.5)	6 (7.9)	8 (9.1)	0.07	.785
Ehrenamt. Betreuung (ja), <i>n</i> (%)	8 (4.9)	4 (5.3)	4 (4.5)	0.04	.556
FORMELLE HILFEN					
Pflegedienst (ja), <i>n</i> (%)	54 (32.9)	21 (27.6)	33 (37.5)	1.789	.188
Tagespflege (ja), <i>n</i> (%)	38 (23.2)	16 (21.1)	22 (25.0)	0.35	.582
Kurzzeitpflege (ja), <i>n</i> (%)	4 (2.4)	0 (0.0)	4 (4.5)	3.541	.124
Selbsthilfegruppe (ja), <i>n</i> (%)	19 (11.6)	13 (17.1)	6 (6.8)	4.213*	.051
Beratungsangebote (ja), <i>n</i> (%)	14 (8.5)	7 (9.2)	7 (8.0)	0.08	.787
Hauswirtsch. Hilfen (ja), <i>n</i> (%)	20 (12.2)	11 (14.5)	9 (10.2)	0.68	.477
Keine Unterstützung (ja), <i>n</i> (%)	69 (42.0)	36 (47.4)	33 (35.5)	6.597	.442

Anmerkung Signifikanz : * $\rho < 0.05$, ** $\rho < 0.01$, *** $\rho < 0.001$

Professionelle Unterstützung erhielten die teilnehmenden Angehörigen am häufigsten durch einen Ambulanten Pflegedienst (IG: 27.6% vs. KG: 37.5%), ($\chi^2_{(164)} = 1.789$, $p = .188$). Angebote der Tagespflege wurden in beiden Gruppen mit ca. 23 % von den teilnehmenden Angehörigen ähnlich häufig genutzt (IG: 21.1% vs. 25.0%), ($\chi^2_{(164)} = .357$, $p = .582$). Nur 2.4 % hatten im Vorfeld das Angebot der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen (IG: 0% vs. KG: 4.5%), ($\chi^2_{(164)} = 3.542$, $p = .124$).

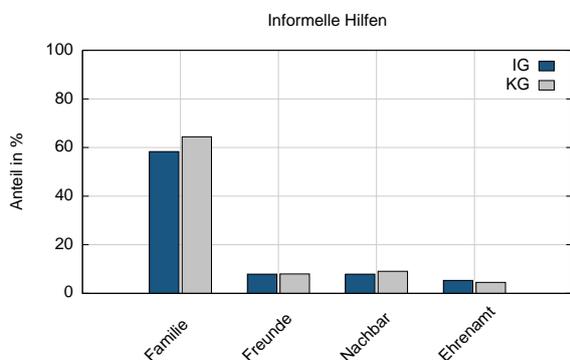


ABB. 15: Inanspruchnahme Informelle Hilfen

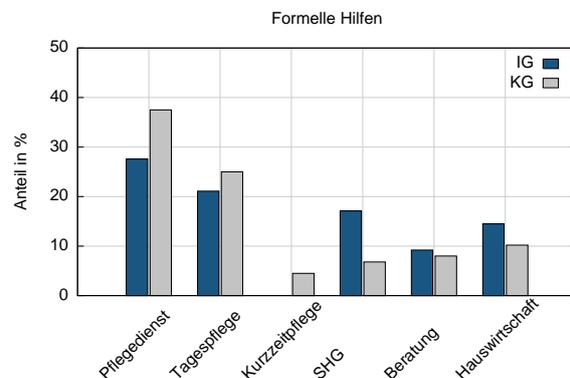


ABB. 16: Inanspruchnahme Formelle Hilfen

Ähnlich selten nutzten Angehörige Angebote zur Beratung (IG: 9.2% vs. KG: 8.0%), ($\chi^2_{(164)} = .082, p = .787$) oder Hauswirtschaftliche Unterstützung (IG: 14.5% vs. KG: 10.2%), ($\chi^2_{(164)} = .687, p = .477$). Im Gruppenvergleich ergaben sich keine Unterschiede.

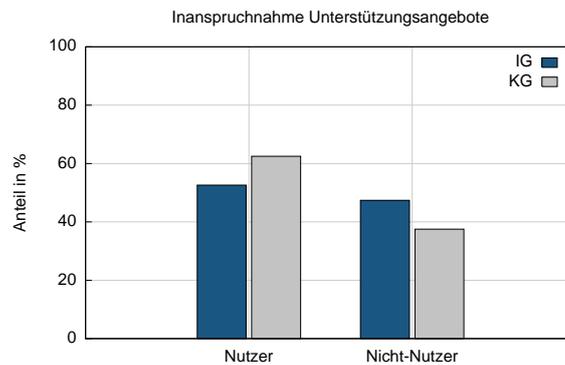


ABB. 17: Inanspruchnahmeverhalten Unterstützungsangebote gesamt

Die Angehörigen der IG nutzen im Vergleich mit durchschnittlich 17.1% häufiger die Angebote der Selbsthilfe (KG: 6.8%). Die Überprüfung auf Gruppenunterschiede ergab ein signifikantes Ergebnis ($\chi^2_{(164)} = 4.213, p = .051$). Von den teilnehmenden Angehörigen hatten 42% (n = 69) keinerlei professionelle Unterstützung bei der Versorgung ihres Erkrankten (IG: 47.4% vs. KG: 35.5%). Bei der Überprüfung ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede ($\chi^2_{(164)} = 6.597, p = .442$)

6.2 Effekte Gemeinsamer Pflegekurse

6.2.1 Inanspruchnahme ehrenamtlicher Entlastungsbetreuung

Ausgehend von den positiven Befunden der Untersuchung von Jansson et al. (1998) wurde im Rahmen der vorliegenden Längsschnittstudie die Wirkung **Gemeinsamer Pflegekurse** auf das Inanspruchnahmeverhalten pflegender Angehöriger überprüft.

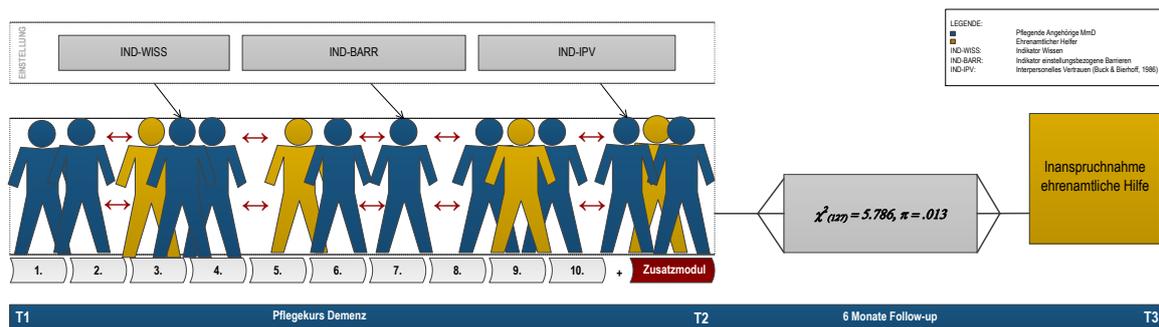


ABB. 18: Gruppenvergleich der Inanspruchnahme von ehrenamtlichen Hilfen

Während das ehrenamtliche Betreuungsangebot zu Beginn des Pflegekurses von vier Angehörigen (5.3 %) der IG und vier Angehörigen (4.5 %) der KG genutzt wurde, erhöhte sich der Anteil an Nutzern zum Follow-up Zeitpunkt in der IG auf 13 (22.0 %) in der KG aber nur auf fünf (7.4 %). Die Inanspruchnahme der IG stieg sechs Monaten nach dem Kursbesuch um 16.7% (Abb. 19).

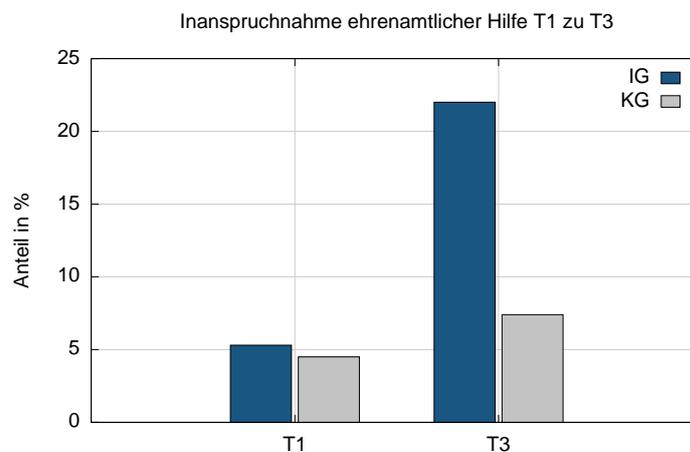


ABB. 19: Inanspruchnahme von ehrenamtlichen Hilfen im Prä-/ Postvergleich

Die Überprüfung mittels *McNemar-Test* zeigte, dass dieser Effekt signifikant ist ($\chi^2_{(127)} = 5.786$; $p = .013$). Entsprechend konnte nachgewiesen werden, dass im Vergleich die Inanspruchnahme von ehrenamtlicher Hilfe unter Interventionsbedingungen signifikant gestiegen ist (Abb. 18).

6.2.2 Einstellung der Angehörigen gegenüber ehrenamtlicher Hilfe

Laut Jansson et al. (1998) begründen sich die positiven Effekte **Gemeinsamer Pflegekurse** auf die Inanspruchnahme mit dem Abbau von Barrieren und Vorbehalten gegenüber den ehrenamtlichen Helfer. Ausgehend von den HYPOTHESEN II wurde die vorliegende Stichprobe wie folgt überprüft:

1. Bestehen hinsichtlich der einstellungsbezogenen Indikatoren gegenüber ehrenamtlicher Hilfe Unterschiede zwischen den Teilnehmern (IG vs. KG)?
2. Welche Veränderungen hinsichtlich der **Einstellung** gegenüber ehrenamtlicher Hilfe sind im Verlauf in Abhängigkeit von der jeweiligen Gruppenzugehörigkeit festzustellen?

Für die Überprüfung der HYPOTHESEN II wurden bereits in Kap. 4.5.3 beschriebenen Subskalen herangezogen:

1. IND-WISS: Wissen
2. IND-BARR: Einstellungsbezogenen Barrieren
3. IND-IPV: Interpersonelles Vertrauen (IVS) nach Buck & Bierhoff (1986)

6.2.2.1 Deskriptive Beschreibung der Ausgangswerte

Die Einstellungsänderung (IND-WISS, IND-BARR, IND-IPV) zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3 diene als Maß für die Beurteilung der Wirksamkeit **Gemeinsamer Pflegekurse**. Entsprechend wurden die Gruppen zunächst deskriptiv hinsichtlich des Ausgangsniveaus der mittleren Skalenwerte untersucht und vergleichend anhand von Boxplots grafisch dargestellt (Abb. 20, Abb. 21, Abb. 22).

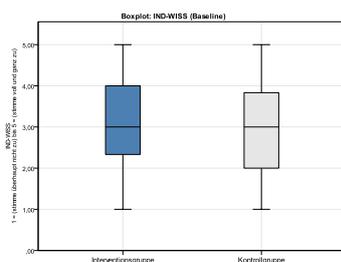


ABB. 20: Boxplot IND-WISS

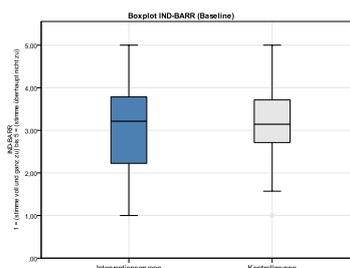


ABB. 21: Boxplot IND-BARR

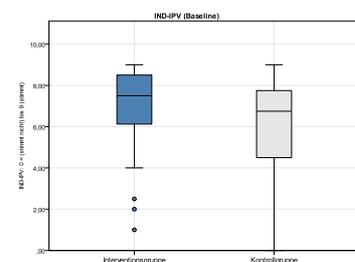


ABB. 22: Boxplot IND-IPV

Der Vergleich der Mediane der Skalen IND-WISS (Abb. 20) und IND-BARR (Abb. 21) ließ keine Unterschiede hinsichtlich der zentralen Tendenz erkennen. Die Boxen der IG deuten bei beiden Indikatoren mit einer minimalen Tendenz auf asymmetrische Verteilung der Werte hin. Im Vergleich entspricht die Verteilung der Werte IND-WISS und IND-BARR der KG wahrscheinlich einer Normalverteilung.

Ein Vergleich der Skalenwerte IND-IPV deutet aufgrund der Lage der Mediane auf ein höheres Ausgangsniveau der IG hin (Abb. 22). Anhand der Grafik lässt sich eine geringere Streuung und das Aufkommen extrem niedriger Werte in der IG erkennen.

Für die Beurteilung der Ausgangswerte wurden die Indikatoren mittels t-Test für unabhängige Stichproben auf Gruppenunterschiede hin überprüft. Die Angehörigen der IG haben höhere Ausgangswerte des erfassten Vertrauens ($t_{(162)} = 3.23, p = .001$) (Abb. 22). Ein Vergleich der beiden Subskalen IND-WISS ($t_{(144)} = 1.77, p = .08$) sowie IND-BARR ($t_{(146)} = -1.01, p = .319$) ergab keine signifikanten Gruppenunterschiede.

6.2.2.2 Effekte Gemeinsamer Pflegekurse auf die Einstellung pflegender Angehöriger MmD

Es wurde anhand der Veränderung der Einstellungswerte überprüft, ob die Intervention **Gemeinsamer Pflegekurs** die Einstellung pflegender Angehöriger gegenüber ehrenamtlichen Hilfen positiv beeinflusst. Tabelle 9 enthält die deskriptiven Statistiken des Gruppenvergleichs der Skalen IND-WISS, IND-BARR, IND-IPV zu allen drei Messzeitpunkten.

TAB. 9: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen IND-WISS, IND-BARR, IND-IPV zu T1, T2 und T3 im Gruppenvergleich

				T1		T2		T3	
		<i>n</i>	<i>M</i>	SD	<i>M</i>	SD	<i>M</i>	SD	
IND-WISS	IG	76	3.22	1.18	4.19	0.77	3.92	0.87	
	KG	88	2.87	1.13	3.29	1.02	3.28	1.09	
IND-BARR	IG	76	3.10	1.00	3.31	0.86	3.28	0.99	
	KG	88	3.23	0.89	3.11	0.92	3.19	0.91	
IND-IPV	IG	76	7.02	1.78	7.46	1.46	6.67	2.14	
	KG	88	5.93	2.39	6.44	1.74	6.09	2.25	

IND-WISS: 1 = stimme überhaupt nicht zu bis 5 = stimme voll und ganz zu

IND-BARR: 1 = stimme voll und ganz zu bis 5 = stimme überhaupt nicht zu

IND-IPV: 0 = stimmt bis 9 = stimmt nicht

Die beiden Haupteffekte für **Gruppe** (IG/KG) und **Messzeitpunkt** sowie deren Interaktion werden für (a.) den kurzzeitigen Verlauf (T1/T2) in Tabelle 10 und für (b.) den langfristigen Verlauf (T1/T2/T3) in Tabelle 11 dargestellt. Beschrieben werden die Interaktionseffekte, da

diese das entscheidende Kriterium bei der Beurteilung der Experimentalintervention sind.

Kurzzeiteffekte

Einen Überblick über die beiden Haupteffekte **Gruppe** (IG/KG) und **Messzeitpunkt** (T1/T2) sowie deren Interaktion im kurzzeitigen Verlauf zeigt Tabelle 10. Die Verläufe der mittleren Skalenwerte von IG und KG über die Messzeitpunkte T1 zu T2 sind in den Grafiken Abb. 23 bis 25 dargestellt. Zur besseren Veranschaulichung wurde die Skalierung entsprechend angepasst.

TAB. 10: ANCOVA mit Messwiederholung von T1 zu T2 (Alter als Kovariate)

Quelle der Varianz	df	F	η^2_{partial}	ρ
IND-WISS				
Messzeitpunkt	1	5.161*	.031	.024
Gruppe	1	20.753***	.114	.000
Messzeitpunkt x Gruppe	1	10.630***	.062	.001
Fehler (innerhalb)	161	(0.610)		
IND-BARR				
Messzeitpunkt	1	0.447	.003	.505
Gruppe	1	0.031	.008	.312
Messzeitpunkt x Gruppe	1	5.482*	.040	.021
Fehler (innerhalb)	132	(0.458)		
IND-IPV				
Messzeitpunkt	1	0.306	.002	.581
Gruppe	1	25.729***	.138	.000
Messzeitpunkt x Gruppe	1	0.644	.004	.423
Fehler (innerhalb)	161	(2.115)		

Anmerkung Signifikanz : * $\rho < 0.05$, ** $\rho < 0.01$, *** $\rho < 0.001$

Werte innerhalb der Klammer repräsentieren die mittleren Quadratfehler

IND-WISS: Im kurzzeitigen Verlauf stiegen die Mittelwerte der Skala IND-WISS in beiden Gruppen an. Im Vergleich wird jedoch deutlich, dass die Werte der IG deutlich stärker ansteigen. Die Überprüfung der Interaktion der beiden Haupteffekte **Gruppe** (IG/KG) * **Messzeitpunkt** (T1/T2), ergab einen signifikanten Effekt ($F_{(1,161)} = 10.630$, $p = .001$), welcher mit $d_{(korrr)} = 0.683$ als mittelstarker Effekt eingeschätzt werden konnte. IND-BARR: Die Mittelwertverläufe der Skala IND-BARR unterschieden sich im Vergleich (IG vs. KG) entscheidend voneinander, indem beide Gruppen jeweils einen entgegengesetzten Verlauf aufzeigen. Wie Abb. 24 zeigt,

stiegen die Werte der IG im Verlauf an, während die Werte der KG von T1 zu T2 abfallen. Die statistische Überprüfung der Interaktion Gruppe (IG/KG) * Messzeitpunkt (T1/T2) ergab einen signifikanten Interventionseffekt ($F_{(1,132)} = 5.482, p = .021$). Nach Cohen (1988) kann die Effektstärke $d_{(korrr)} = 0.362$ als klein interpretiert werden.

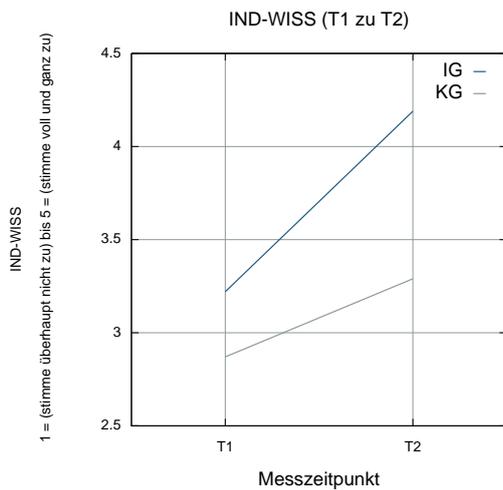


ABB. 23: Verlauf IND-WISS T1 zu T2

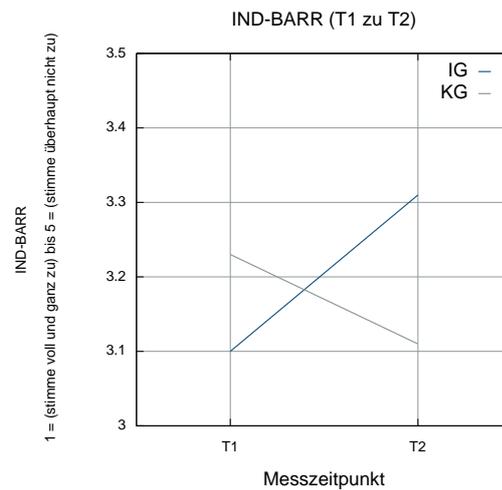


ABB. 24: Verlauf IND-BARR T1 zu T2

IND-IPV: Der parallele Verlauf der Graphen verdeutlicht, dass sich beide Gruppen ähnlich hinsichtlich der mittleren Skalenwerte IND-IPV entwickelt haben. Entsprechend konnten anhand der statistischen Überprüfung der Interaktion GRUPPE (IG/KG) * Messzeitpunkt (T1/T2) keine signifikanten Effekte nachgewiesen werden ($F_{(1,161)} = 0.644, p = .423$). Nach Cohen (1988) ergab die ermittelte Effektstärke $d_{(korrr)} = 0.119$ ebenso keinen nachweisbaren Effekt.

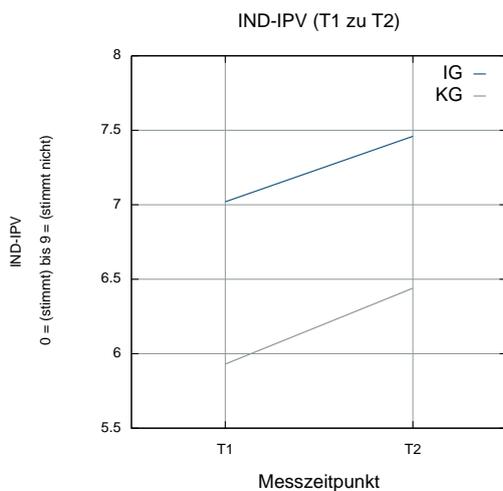


ABB. 25: Verlauf IND-IPV T1 zu T2

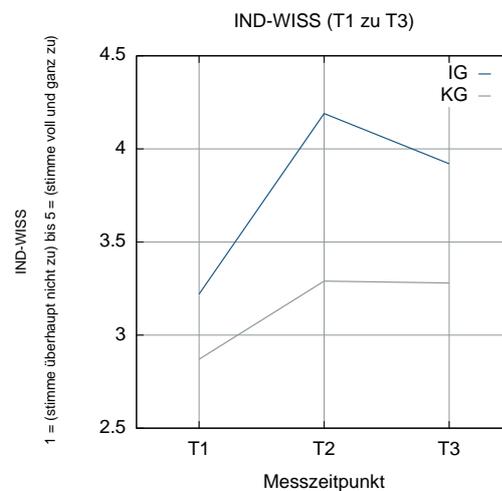


ABB. 26: Verlauf T1 zu T3 IND-WISS

Langzeiteffekte

Die Kurzeffekte bleiben auch langfristig über einen Zeitraum von 6 Monaten nach der Teilnahme an einem **Gemeinsamen Pflegekurs** stabil Tabelle 11. Die Mittelwertverläufe der Subskalen IND-WISS IND-BARR IND-IPV sind den Abb. 26, 28 und 29 zu entnehmen.

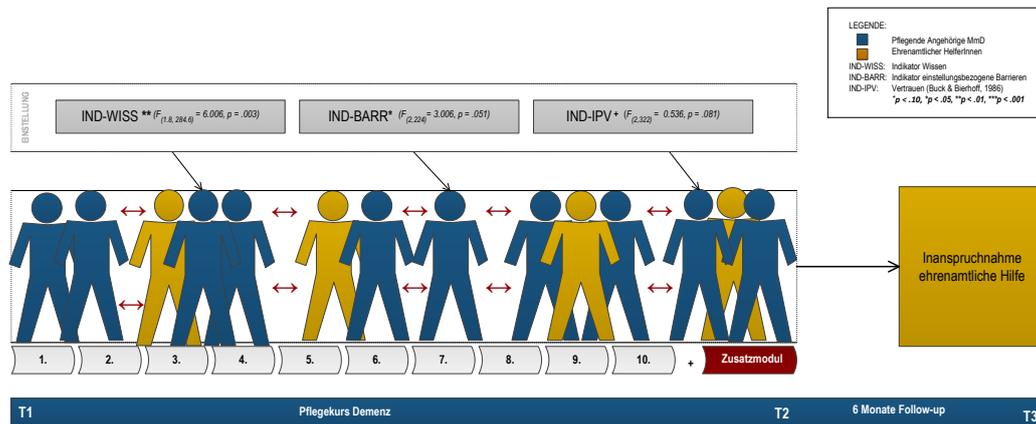


ABB. 27: Effekte der Intervention auf die Einstellung pflegender Angehöriger

IND-WISS: Die Untersuchung des langfristigen Werteverlaufs der Skala IND-WISS bestätigte die Ergebnisse des signifikanten Kurzeffekts. Zwar lässt sich anhand Abb. 26 erkennen, dass die Werte im Nachbeobachtungszeitraum leicht abfallen. Im Ergebnis liegen trotz dessen die mittleren Skalenwerte zu T3 in beiden Gruppen über dem Ausgangsniveau. Die Untersuchung des deutlich steileren Anstiegs (T1 zu T2) der IG verglichen mit dem Werteverlauf der KG, ergab auch im Langzeitverlauf einen signifikanten Interventionseffekt ($F_{(1,8,284,6)} = 6,006, p = .003$) ($d_{(korrr)} = 0.34$).

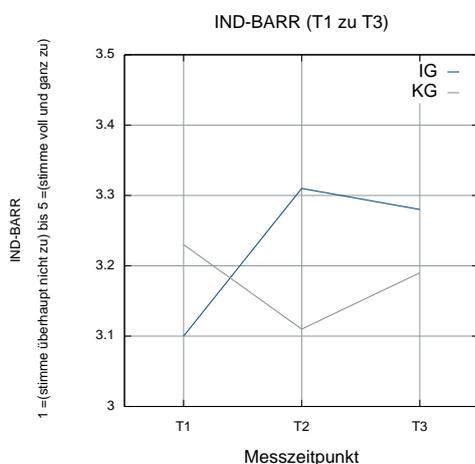


ABB. 28: Verlauf T1 zu T3 IND-BARR

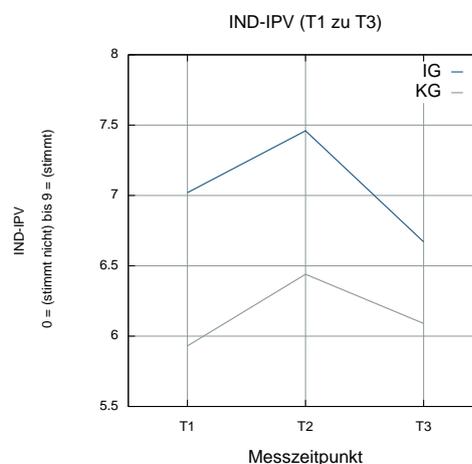


ABB. 29: Verlauf T1 zu T3 IND-IPV

TAB. 11: ANCOVA mit Messwiederholung von T1 zu T3 (Alter als Kovariate)

Quelle der Varianz	df	F	η^2_{partial}	ρ
IND-WISS				
Messzeitpunkt	1.768	5.637**	0.034	0.006
Gruppe	1	31.447***	0.462	0.000
Messzeitpunkt x Gruppe	1.768	6.006**	0.036	0.003
Fehler (innerhalb)	284.641	(0.704)		
IND-BARR				
Messzeitpunkt	2	0.247	0.002	0.781
Gruppe	1	1.061	0.009	0.305
Messzeitpunkt x Gruppe	2	3.006*	0.026	0.051
Fehler (innerhalb)	224	(0.416)		
IND-IPV				
Messzeitpunkt	2	0.829	0.017	0.062
Gruppe	1	18.192***	0.102	0.000
Messzeitpunkt x Gruppe	2	0.536	0.016	0.081
Fehler (innerhalb)	322	(2.217)		

Anmerkung Signifikanz : * $\rho < 0.05$, ** $\rho < 0.01$, *** $\rho < 0.001$

Werte innerhalb der Klammer repräsentieren die mittleren Quadratfehler

IND-BARR: Am Verlauf der Graphen lässt sich die Interaktion **Gruppe (IG/KG) * Messzeitpunkt (T1/T2/T3)** deutlich als disordinale Wechselwirkung erkennen. Entsprechend ergab die Analyse ebenso zum Zeitpunkt von 6 Monaten nach der Teilnahme an einem **gemeinsamen Pflegekurs** einen signifikanten Interaktionseffekt ($F_{(2,224)} = 3.006$, $p = .05$), welcher gemäß der Effektstärke $d_{(korrr)} = 0.233$ Cohen (1988) als klein eingestuft werden kann.

IND-IVP: Auch wenn die Graphen beider Gruppen in Abb. 29 aufgrund der nicht exakt verlaufenden parallelen Linien auf eine Wechselwirkung hindeuten, ergab die statistische Überprüfung keinen signifikanten Interaktionseffekt ($F_{(2,322)} = 0.536$, $p = .081$) ($d_{(korrr)} = 0.248$). Eine langfristige Wirkung **gemeinsamer Pflegekurse** auf das Vertrauen gegenüber ehrenamtlichen Helfer konnte entsprechend nicht nachgewiesen werden.

6.2.3 Prädiktoren der Inanspruchnahme ehrenamtlicher Hilfen

Abschließend stellt sich die Frage, inwieweit die Effekte der Einstellungsänderungen bei Angehörigen (Kap. 6.2.2), welche mit ehrenamtlichen Helfern einen **Gemeinsamen Pflegekurs** besucht haben, mit der Inanspruchnahme von ehrenamtlichen Betreuungsleistungen (Kap. 6.2) assoziiert sind.

Für die Analysen wurden die Teilnehmer in Subgruppen, differenziert nach **Nutzern** und **Nicht-Nutzern** ehrenamtlicher Betreuungsangebote untersucht. Es wurde untersucht, ob sich deskriptive Unterschiede zwischen beiden Gruppen nachweisen lassen. Anhand von logistischen Regressionsanalysen wurde bivariat geprüft, welche Merkmale unabhängige Effekte auf die Inanspruchnahme haben.

Es zeigte sich, dass sich die **Nutzer** signifikant von den **Nicht-Nutzern** hinsichtlich der folgenden Merkmale unterschieden (Tabelle 12):

1. höhere Werte IND-WISS ($t_{(115)} = 4.295, p = .000$)
2. höhere Werte IND-IPV ($t_{(115)} = -2.987, p = .003$)
3. geringere Werte IND-BARR ($t_{(114)} = 4.945, p = .000$)

TAB. 12: Subgruppenanalysen Nutzer vs. Nicht-Nutzer (IND-WISS, IND-BARR, IND-IPV)

	NUTZER		NICHT-NUTZER		<i>t</i>	ρ
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
IND-WISS	4.63	0.53	3.53	1.03	4.295***	.000
IND-BARR	1.71	0.68	2.85	0.87	4.945***	.000
IND-IPV	7.96	1.44	6.47	2.02	2.987**	.003

Anmerkung Signifikanz : * $\rho < 0.05$, ** $\rho < 0.01$, *** $\rho < 0.001$

Die Analysen mittels binärer logistischer Regressionsanalysen ergaben, dass höhere Werte der Skala IND-WISS, ($\beta^2 = 1.960, p = .021$ [KI 95%: 1.107 - 3.470]) sowie geringere Skalenwerte IND-BARR ($\beta^2 = 1.710, p = .023$ [KI 95%: 1.075 - 2.720]) prädiktiv für die Inanspruchnahme von ehrenamtlicher Hilfe sind (Tabelle 13).

TAB. 13: Einfluss von Einstellungen auf die Inanspruchnahme ehrenamtlicher Hilfen

	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	Wald	ρ	β^2	95% KI für β^2	
						UG	OG
IND-WISS	.673	.291	10.420	.021	1.960*	1.107	3.470
IND-BARR	.536	.237	5.399	.023	1.710*	1.075	2.720
IND-IPV	.199	.129	2.394	.124	1.220	0.947	1.572

Anmerkung Signifikanz : * $\rho < 0.05$, ** $\rho < 0.01$, *** $\rho < 0.001$

Aus der Angehörigenforschung ist bekannt, dass die Nutzung von Gesundheitsangeboten von verschiedenen Merkmalen beeinflusst wird (vgl. Andersen, 1995). Nach dem von Andersen (1995) entwickelten Gesundheitsverhaltenmodell: *Behavioral Model of Health Service Use* ist davon auszugehen, dass das Nutzungsverhalten der Angehörigen durch **personenbezogenen Merkmale, ermöglichende Faktoren und Bedarfsfaktoren** und dem Zusammenspiel dieser Merkmale beeinflusst wird. Folglich wurden vor diesem Hintergrund verschiedene Variablen bereits publizierter Prädiktoren für das Inanspruchnahmeverhalten pflegender Angehöriger mittels binärer logistischer Regressionsanalysen auf unabhängige Effekte geprüft (Tabelle 14).

Schließlich sollten in einem komplexen Modell **Einstellungen** und deren Relevanz für das Inanspruchnahmeverhalten im Zusammenhang mit anderen empirisch belegten Prädiktoren auf ihre Unabhängigkeit der Effekte geprüft werden. Die Prädiktoren sind in Tabelle 12 in Anlehnung das von Andersen & Newman (1973) entwickelte Modell zu drei Gruppen: **Prädisponierende Faktoren, ermöglichende Faktoren und Bedarfsfaktoren** (vgl. Kap. 4.5.3) zusammengefasst:

TAB. 14: Einflußfaktoren für die Inanspruchnahme ehrenamtlicher Hilfen

Prädiktoren	Evidenz (Quelle)	Kriterium (Inanspruchnahme ehrenamtlicher Betreuung)		OR [95 % KI für η^2]
			Operationalisierung	
I. PRÄDISPONIERENDE FAKTOREN				
Alter	Toseland et al. (2002)	kontinuierlich	-in Jahren	1.007 [0.974 – 1.041]
	Brodaty et al. (2005)			
Geschlecht	Forbes et al. (2008)	dichotom	-männl./weibl.	1.517 [0.601 – 3.828]
	Forbes et al. (2004)			
Bildungsstand	Toseland et al. (2002)	höchster erreichter Schulabschluss,	-Realschule	0.980 [0.356 – 2.700]
	Gräbel et al. (2009)	kategorial, ordinal, Ref: Hauptschule	-Allg. Hochschulreife	0.865 [0.308 – 2.434]
Verwandschaftsgrad	Toseland et al. (2002)	kategorial, Ref: Ehe-/Partner	-pflegende Kinder	0.552 [0.238 – 1.282]
			-Schwiegertochter/-sohn	0.232 [0.028 – 1.941]
Wohnsituation	Toseland et al. (2002)	dichotom, in einem Haushalt lebend	-ja/nein	0.541 [0.217 – 1.347]
Einstellung	Morgan et al. (2002)	IND-WISS, Skala kontinuierlich	-Range: 1 – 5	1.960* [1.107 – 3.470]
	Brodaty et al. (2005)	IND-BARR, Skala, kontinuierlich	-Range: 1 – 5	1.710* [1.075 – 2.720]
	Donath et al. (2009)	IND-IPV, Skala, kontinuierlich	-Range: 0 – 9	1.220 [0.947 – 1.572]
II. ERMÖGLICHENDE FAKTOREN				
Finanz. Situation	Lévesque et al. (2000)	mtl. Haushaltsnettoeinkommen, ordinal	-gering; -mittel bis hoch	1.382 [.552 – 3.462]

Anmerkung Signifikanz : * $\rho < 0.05$, ** $\rho < 0.01$, *** $\rho < 0.001$, + $\rho < 0.1$

TAB. 14: Fortsetzung

Prädiktoren	Evidenz (Quelle)	Operationalisierung	OR [95 % KI für η^2]
III. BEDARFSFAKTOREN			
erforderliche Hilfeleistung	Gräbel et al. (2009)	Pflegeaufwand pro Tag, kontinuierlich	-in Stunden 1.051* [1.001 – 1.104]
		Stunden pro Tag die Erkrankter allein bleiben kann, kontinuierlich	-in Stunden 1.014 [0.942 – 1.093]
Belastung	Brodaty et al. (2005) Gräbel et al. (2009)	ZBI Braun et al. (2010), Skala, kontinuierlich	-Range: 0 – 48 0.975 [0.434 – 2.192]
		BIZA-D: Persönliche Einschränkungen Schacke & Zank (2009) Skala, kontinuierlich	-Range: 0 – 20 1.121 [0.716 – 1.755]
		PHQ-4, Skala Mewes et al. (2010), kontinuierlich	-Range: 0 – 12 1.006 [0.539 – 1.879]
		Fam. Unterstützung	Gräbel (1998)	dichotom -ja/nein 2.611* [1.065 – 5.239]

Anmerkung Signifikanz : * $\rho < 0.05$, ** $\rho < 0.01$, *** $\rho < 0.001$

Für die multivariate Analyse wurden die Variablen eingeschlossen, welche auf der Basis der vorangegangenen binären Analysen jeweils Effekte von $p < .10$ ergaben (Tabelle 15). Es wurden drei Modelle (I - III) entwickelt, welche die inhaltlich unterschiedlichen Prädiktorenbereiche Andersen & Newman (1973) als Ganzes und die Relevanz der **sekundären Zielgröße: Einstellung** in Bezug auf die Inanspruchnahme ehrenamtlicher Hilfen überprüfen:

MODELL I: berücksichtigt Einstellungen pflegender Angehöriger anhand der in Kap. 4.5.3 beschriebenen Skalen:

1. IND-WISS: Skala zum Erfassen von spezifischen Wissen bezüglichlicher ehrenamtlicher Hilfe (M): 1 = stimme überhaupt nicht zu bis 5 = stimme voll und ganz zu
2. IND-BARR: Skala zum Erfassen einstellungsbezogener Barrieren der Inanspruchnahme; (M): 1 = stimme voll und ganz zu bis 5 = stimme überhaupt nicht zu
3. IND-IPV: modifizierte Kurzversion der Specific Interpersonal Trust Scale; Buck & Bierhoff, 1986; (M): von 0 = stimmt nicht bis 9 = stimmt

MODELL II: berücksichtigt zusätzlich Bedarfsfaktoren hinsichtlich des Umfangs der zu erbringenden Hilfeleistung sowie des Ausmaßes an familiärer Unterstützung:

1. Pflege- bzw. Betreuungszeit pro Tag (in Stunden)
2. Familiärer Unterstützung

MODELL III: berücksichtigt zusätzlich prädisponierende Faktoren

Aufgrund der vorliegenden Evidenz von prädisponierenden Faktoren auf die Inanspruchnahme pflegender Angehöriger (vgl. Brodaty et al., 2005; Forbes et al., 2008; Gräbel et al., 2009; Toseland et al., 2002), wurden trotz negativer Befunde der vorangestellten bivariaten Analysen die folgende Variablen in das Regressionsmodell aufgenommen:

1. Alter (in Jahren)
2. Geschlecht (männlich, weiblich)
3. Höchster Schulabschluss (Hauptschule, Realschule, Allgemeine Hochschulreife)

Anhand des **Gesamtmodells III** ließen sich 29.9% der Varianz des Inanspruchnahmeverhaltens aufklären. Bei 84.3% der Fälle konnte die Zuordnung in **Nutzer** oder **Nicht-Nutzer** korrekt vorhergesagt werden.

TAB. 15: Prädiktoren für die Inanspruchnahme ehrenamtlicher Betreuung:

Prädiktor	Kriterium Inanspruchnahme ehrenamtlicher Betreuung (angegeben sind Odds Ratio (OR) mit Signifikanz und 95% KI für η^2)		
	Modell I	Modell II	Modell III
I. Einstellung			
IND-WISS	1.824*[0.978 – 3.400]	1.770 ⁺ [0.920 – 3.406]	1.841 ⁺ [0.930 – 3.643]
IND-BARR	1.407 [0.818 – 2.418]	1.430 [0.821 – 2.492]	1.731 ⁺ [0.926 – 3.238]
IND-IPV	1.090 [0.822 – 1.444]	1.118 [0.829 – 1.506]	1.106 [0.798 – 1.532]
II. Bedarfsfaktoren			
Pflegezeit pro Tag		1.063*[1.007 – 1.123]	1.067 ⁺ [0.994 – 1.145]
Fam. Hilfe		.826 [0.219 – 3.114]	.958 [0.248 – 3.696]
III. Prädisp. Faktoren			
Geschlecht			.325 ⁺ [0.100 – 1.054]
Alter			.989 [0.933 – 1.049]
Schulabschluss:			
- Realschule			.638 [0.125 – 3.255]
- Hochschulreife			.457 [0.098 – 2.128]
Modellgüte: χ^2 (Sig.)	14.129**	19.641***	25.982**
-2 Log- Likelihood χ^2	115.755	110.242	103.902
Nagelkerke R^2	.171	.232	.299

Anmerkung Signifikanz : * $\rho < 0.05$, ** $\rho < 0.01$, *** $\rho < 0.001$

Inanspruchnahme: 0 = nein, 1 = ja; Referenz: weiblich, Hauptschule

Die ermittelten Effektstärken von IND-WISS ließen auch nach Kontrolle der **Bedarfs faktoren** sowie der **Prädisponierenden Faktoren** einen tendenziellen Effekt auf die Inanspruchnahme ($OR = 1.841$, $p = .08$) erkennen. Ähnlich zeigte sich eine Tendenz von IND-BARR ($OR = 1.731$, $p = .09$). Anhand der Skala für das Vertrauen IND-IPV konnte kein signifikanter Einfluss nachgewiesen werden.

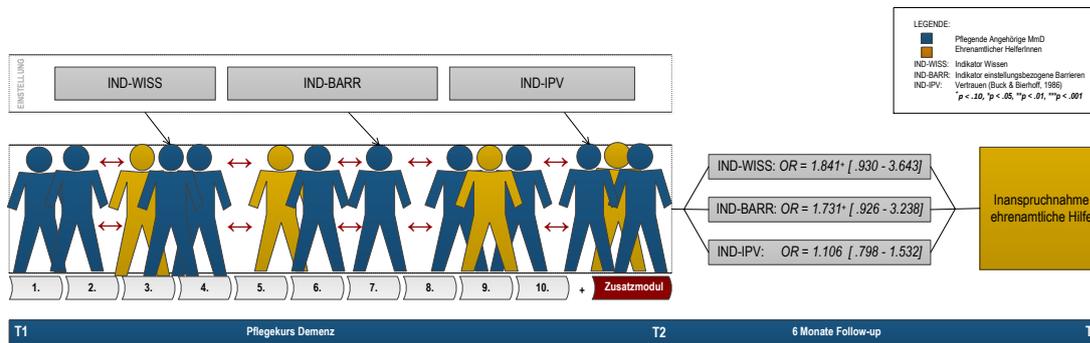


ABB. 30: Einfluss einstellungsbezogene Indikatoren auf das Inanspruchnahmeverhalten

Darüber hinaus bestätigten die Analysen die vorhandenen empirischen Befunde hinsichtlich der Prädiktoren **Geschlecht** ($OR = .325$, $p = .06$) sowie des Umfangs der erforderlichen Hilfeleistung anhand der **Pflege- bzw. Betreuungszeit pro Tag** ($OR = 1.067$, $p = .07$). Es lässt sich ebenfalls die Tendenz möglicher Effekte mit einem Signifikanzniveau von $p < .10$ ableiten.

6.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Modellprojekt PAuSE – für pflegende Angehörige von MmD beschäftigte mit Möglichkeiten der Entlastung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. Die experimentelle Intervention bestand aus einem kombinierten Angebot von Schulungen und anschließender häuslicher Entlastungsbetreuung durch ehrenamtliche Helfer. Im Rahmen der begleitenden Evaluation über 3 Messzeitpunkte wurde geprüft, ob sich die Einstellung von pflegenden Angehörigen gegenüber ehrenamtlicher Hilfe vergleichen mit Angehörigen, welche einen Pflegekurs ohne Ehrenamtliche besuchen. Zum anderen wurde geprüft, ob die gemeinsame Kursteilnahme von Angehörigen und Helfern zu einer Steigerung der Inanspruchnahme von ehrenamtlichen Betreuungsangeboten im Anschluss an den Kursbesuch führt. Entsprechend wurden die in Kap. 4.4 beschriebenen Zielgrößen überprüft, welche es ermöglichen die Effekte der Intervention nach verschiedenen Gesichtspunkten zu beurteilen.

wobei ein ehrenamtlicher Helfer sie bei der Betreuung des Erkrankten unterstützen könnte. Das Vertrauen in den Helfer ist bei **Nutzern** deutlich stärker ausgeprägt, sie sind weniger ablehnend und haben weniger Vorurteile gegenüber ehrenamtlichen Hilfen als die Gruppe der **Nicht-Nutzer**. Auf Basis der univariaten Analysen lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Einstellung und der Inanspruchnahme des Unterstützungsangebots vermuten. Die multivariaten Analysen konnten diesen Zusammenhang nicht bestätigen. Die ermittelten Effekte zeigen zwar eine Tendenz des Interventionseffektes ($\alpha = .10$), allerdings war deren Wirkung, unter Kontrolle weiterer Einflussgrößen, auf das Inanspruchnahmeverhalten zu gering und statistisch nicht nachweisbar.

7 Diskussion und Ausblick

Im Rahmen der kontrollierten Längsschnittstudie wurde untersucht, ob sich die Zahl der Inanspruchnahmen von ehrenamtlichen Betreuungsangeboten durch pflegende Angehörige von MmD erhöht, wenn diese gemeinsam mit ehrenamtlichen Helfern einen Pflegekurs besuchen. Die erhobenen Daten aus drei Messzeitpunkten ermöglichten es, die Effekte der Intervention differenziert und aussagefähig zu beurteilen. Die wichtigsten Ergebnisse der Outcomeanalysen werden im Folgenden nochmals zusammengefasst und im Hinblick auf ihre Relevanz innerhalb einer bedarfsorientierten Angebotsstruktur für pflegende Angehörige von MmD diskutiert.

7.1 Diskussion der Hauptergebnisse

7.1.1 Inanspruchnahme ehrenamtlicher Entlastungsbetreuung

In Kap. 6.2.1 wurden die durchgeführten Untersuchungen und Ergebnisse zur Inanspruchnahme häuslicher Betreuung durch die Studienteilnehmer dargestellt. Diese zeigen, dass die Angehörigen der IG im Vergleich zur KG im Anschluss signifikant häufiger das Angebot ehrenamtlicher Entlastungsbetreuung in Anspruch nahmen. Die Ergebnisse sind an dieser Stelle nicht überraschend, da bereits in der zugrunde liegenden Vorbildstudie von Jansson et al. (1998) positive Effekte von **Gemeinsamen Pflegekursen** nachgewiesen wurden. Dabei ist das deutsche Modellprojekt PAuSE nicht per se als Replikationsstudie des schwedischen Originals zu verstehen. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch begründen, warum im Unterschied zur Originalstudie nicht alle teilnehmenden Angehörigen im Anschluss an die Experimentalintervention ehrenamtliche Entlastungsbetreuung in Anspruch nahmen. Bei genauer Betrachtung zeigt sich, dass der direkte Vergleich der absoluten Inanspruchnahmen aus verschiedenen Gründen zu falschen Schlussfolgerungen führt. Zum ersten lässt die Studie von Jansson et al. (1998) nur sehr begrenzt Rückschlüsse auf die Ausgangssituation der dort teilgenommenen 27 Angehörigen zu. Zwar waren die Teilnehmer beider Studien anhand der erhobenen soziodemografischen Merkmale Alter und Geschlecht, sowie der Dauer des bestehenden Pflegebedarfs in beiden Studien vergleichbar, eine Beurteilung der Effekte auf das Inanspruchnahmeverhalten ist jedoch nicht möglich. In verschiedenen Studien wurden wiederholt folgende Bedarfsfaktoren als die zentralen Einflussgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten identifiziert (Toseland et al., 2002; Brodaty et al., 2005; Gräfel, 1998; Donath et al., 2009):

- gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- Belastungserleben
- Umfang des erforderlichen Hilfebedarfes des Erkrankten
- subjektive Einschätzung des Bedarfes

- fehlende familiäre Unterstützung

Zu diesen Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme wurden von Jansson et al. (1998) keine Angaben beschrieben, weshalb ein Vergleich der Effekte beider Studien an dieser Stelle nicht möglich ist. In der vorliegenden Untersuchung erfolgte die Rekrutierung der Studienteilnehmer über Pflegekurse mit Schwerpunkt Demenz. Pflegekurse sollen nach § 45 SGB IX *„Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln.“* An dieser Stelle wird deutlich, dass nicht zwangsläufig zum Bedarf der Angehörigen an einem Pflegekurs teilzunehmen, gleichzeitig auch ein Bedarf an Betreuungsangeboten bestehen muss. Die Annahme, dass alle 69 Teilnehmer der IG gleichzeitig auch potentielle InanspruchnehmerInnen des Entlastungsangebots der ehrenamtlichen Betreuung seien, wäre damit überschätzt. Im Gegensatz zu „klassischen klinischen Studien“, in welchen häufig durch restriktive Ausschlusskriterien die Gruppe der Studienteilnehmer stark homogenisiert wird, umfasste die untersuchte Stichprobe der vorliegenden Untersuchung eine sehr heterogene Auswahl an Teilnehmern. Aus verschiedenen Gründen ergibt sich daher, dass das Entlastungsangebot für viele Angehörige nicht zum Zeitpunkt des Pflegekursbesuchs notwendig oder passgenau war. Ebenfalls zeigte sich bereits kurz nach Beginn der Praxisimplementierung, dass für das von Jansson et al. (1998) beschriebene Teilnehmerverhältnis der Kurse von jeweils 1:1 (Angehörige vs. Helfer), in der regionalen Versorgungsstruktur eher ein flexibles Verhältnis von durchschnittlich 2:1 (Angehörige vs. HelferInnen) als sinnvoll. So wie bereits die Abschätzung der max. Anzahl potentiell überhaupt möglicher Inanspruchnahmen schwierig zu beziffern war, so sind die Gründe für die Nichtinanspruchnahme ebenfalls vielschichtig. Die individuellen Bedarfe der Angehörigen gestalten sich, je nach Schwere, Symptomatik und Verlauf der Erkrankung der Betroffenen sehr unterschiedlich, womit sich auch die Quantität der entstandenen Betreuungsverhältnisse begründen lässt. Die Entscheidung gegen die Inanspruchnahme des aufbauenden Betreuungsangebotes wird von den Teilnehmern mehrheitlich damit begründet, dass eine kontinuierliche Betreuung zum derzeitigen Erkrankungsstadium noch nicht benötigt wird. An dieser Stelle wird deutlich, dass das Unterstützungsangebot zwar grundsätzlich als positiv und hilfreich von den Angehörigen bewertet wurde, jedoch zum Zeitpunkt des Kursendes kein Bedarf an zusätzlicher Betreuung bestand. In diesem Zusammenhang wären Ergebnisse aus Langzeituntersuchungen notwendig, um die Effekte der Intervention umfassender interpretieren zu können. Weitere Gründe sind: die Befürchtung der Ablehnung des Angebots durch den Erkrankten oder es bestand bereits zu Kursbeginn ein tragfähiges Unterstützungsnetzwerk innerhalb Familie oder mit professionellen Anbietern. Wiederrum andere KursteilnehmerInnen entschieden sich im Verlauf erstmalig für ein anderes Unterstützungsangebot und wählten bspw. Tagesbetreuung oder einen ambulanten Pflegedienst.

7.1.2 Einstellung der Angehörigen gegenüber ehrenamtlicher Hilfe

Die verschiedenen Untersuchungen der Effekte der Experimentalintervention auf die Einstellung der Angehörigen gegenüber dem Betreuungsangebot wurden in Kap. 6.2.2 dargestellt. Vor Beginn der Studie wurden zur Erfassung der Einstellung drei Subskalen für Kenntnisse bezüglich des Angebotes, Barrieren und Vertrauen entwickelt, welche die nach aktuellem Kenntnisstand so genannte einstellungsbezogenen Zugangsbarrieren für die Inanspruchnahme durch die Angehörigen operationalisieren. Anhand der erhobenen Daten wurde die Annahme untersucht, dass die **Gemeinsamen Pflegekurse** diese Barrieren senken und sich dies anhand der erfassten Skalenwerte über die drei Messzeitpunkte im Vergleich zwischen IG und KG nachweisen lässt. Für das Vertrauen konnte jedoch kein signifikanter Interventionseffekt nachgewiesen werden. Die Gründe lassen sich bereits anhand der ermittelten Ausgangswerte in beiden Gruppen ableiten. Bei der Auswertung des erfassten Vertrauens zeigte sich bereits zur Baseline-Erhebung vor Beginn der Intervention ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen den teilnehmenden Angehörigen der IG im Vergleich zur KG. Zudem lagen trotz des unterschiedlichen Ausgangsniveaus beide Gruppen über dem mittleren Normwert des zugrunde liegenden Originalinstruments (**Interpersonellen Vertrauensskala (IVS)**) von 5.77 Punkten (Buck & Bierhoff, 1986). Demnach verfügten die Angehörigen beider Gruppen bereits zur Baseline – Erhebung über eine hohe Ausprägung des gemessenen Vertrauens gegenüber ehrenamtlichen Helfern und Helferinnen. Das bedeutet, das erfasste Vertrauen der TeilnehmerInnen in der IG war im Mittel bereits vor Interventionsbeginn überdurchschnittlich hoch und wird sich durch die Intervention nicht zu noch stärkerem überdurchschnittlichen Vertrauen entwickeln. Dabei stellt sich die Frage, ob im Modellprojekt PAuSE das passende Instrument zur Erhebung für das Vertrauen im untersuchten Milieu eingesetzt wurde. Möglicherweise hätte der Einsatz einer alternativen Befragungsskala sowohl andere Baseline-, als auch abweichende Verlaufswerte erfasst und im Zuge dessen auch deutlichere Ergebnisse in der Datenauswertung ergeben. Um die angeführte Vermutung begründen zu können, wären weitere Untersuchungen notwendig, deren Ergebnisse auch in Bezug auf zukünftige Studien im ähnlichen Versorgungskontext verwendbar wären.

7.1.3 Einfluss der Einstellung pflegender Angehöriger auf die Inanspruchnahme ehrenamtlicher Hilfen

Die Ergebnisse der durchgeführten Analysen unterstützen im wesentlichen die Resultate der zuvor untersuchten Interventionseffekte auf die Einstellung pflegender Angehöriger. Dies zeigen die Ergebnisse der bivariaten Untersuchungen, wo sich der Zusammenhang zwischen den Indikatoren Wissen und Barrieren zur Inanspruchnahme nachweisen ließ. Für das erfasste Vertrauen hingegen konnte kein Einfluss belegt werden, was mit den korrespondierenden

Analysen und im vorigen Abschnitt diskutierten Interventionseffekten korreliert. Die möglichen Gründe hierfür wurden oben deshalb ausführlich diskutiert.

Die Ergebnisse der abschließenden multivariaten Analysen zum Einfluss der Einstellung auf die Inanspruchnahme unter Kontrolle anderer Variablen, konnten diesen Effekt nicht belegen. Allerdings zeigt die Betrachtung der Ergebnisse zumindest eine statistische Tendenz hinsichtlich des Einflusses der **sekundären Zielgröße: Einstellung** auf die **primären Zielgröße: Inanspruchnahme**. Im Zusammenhang mit den Ergebnissen aller weiteren Untersuchungen weist dies zumindest tendenziell auf einen Zusammenhang zwischen der Einstellung der Angehörigen und der Inanspruchnahme des ehrenamtlichen Betreuungsangebots hin. Unterstützt wird diese Aussage durch die limitierte Generalisierbarkeit der Stichprobe, aufgrund des geringen Stichprobenumfangs. Für den Vergleich von **Nutzern** und **Nicht-Nutzer** ist das statistische Gewicht der operationalisierten Einstellungen zu gering, um deren Zusammenhang zum Outcome in Kombination, mit dem entwickelten Modell nachzuweisen.

7.2 Limitationen

Vor Studienbeginn wurde mit Hilfe von **GPower Version 3.1.** die benötigte Fallzahl der Studie ermittelt. Das Ergebnis wurde für die Clusterung in Gruppen, für ungleiche Clustergrößen und für den Ausfall im Verlauf der Studie adjustiert (Eldridge et al., 2006). Angenommen wurde eine Ausfallrate von maximal 20% , welche nach Robinson et al. (2007) einer erreichbaren Quote entspricht. Die Wahl eines Signifikanzniveaus von $\alpha = .05$ bei zweiseitiger Testung und einer Teststärke von $1 - \beta = .80$ stellen als gebräuchliche Grenzen einen ausgewogenen Ausgleich zwischen den beiden Fehlerarten dar. Geplant wurde eine Stichprobengröße von insgesamt 168 Angehörigen, je 84 in der Interventions- und der Kontrollbedingung. An der vorliegenden Untersuchung haben insgesamt 164 pflegende Angehörige von MmD, 76 in der Interventions- und 88 in der Kontrollgruppe teilgenommen, was nahezu dem des errechneten Stichprobenumfangs entsprach. Im Längsschnitt lag die Rücklaufquote über 3 Messzeitpunkte bei 78.7%. Die Drop-out Rate zur Follow-up Erhebung von 21.3% entsprach annähernd der angenommenen Ausfallrate, welche im Rahmen der Fallzahlplanung vor Studienbeginn berücksichtigt wurde (Robinson et al., 2007). Um die Validität der Studie, aufgrund systematischer Verzerrung durch den Verlust an Studienteilnehmern oder fehlender Daten nicht zu gefährden, basiert:

1. die Datenauswertung auf dem Intention-to-treat Prinzip und
2. wurden fehlenden Daten mittels multipler Imputation ersetzt.

Im Mittel sind die Charakteristika der Studienteilnehmer in Alter (63.9 Jahre), Geschlecht (76.1%), Verwandtschaftsgrad (Ehepartner: 44.9%, Kinder: 41.8%, Schwiegerkinder: 6.3%) mit den Teilnehmern anderer Studien vergleichbar (Schneekloth & Wahl, 2005; Gräbel et al., 2010;

Ehlers, 2010; Hochgraeber et al., 2014). Der Zugang zur Stichprobe erfolgte zum einen über professionelle Multiplikatoren. Zum anderen wurde die Stichprobe gezielt mit dem Ansatz der klassisch medialen sowie stadtteilbezogenen Öffentlichkeitsarbeit für die Studienteilnahme gewonnen (Kap. 3.4). Die Verwendung der unterschiedlichsten Rekrutierungswege ermöglichte es eine Vielzahl von pflegenden Angehörigen für die Studie zu gewinnen. Der Erfolg dieser Zugangsstrategie zeigte sich bspw. dadurch, dass im Ergebnis zur Baseline-Erhebung knapp die Hälfte (42%) der eingeschlossenen Angehörigen bis dato keinerlei professionelle Unterstützungsangebote nutzten (Abb. 17). Mögliche Stichprobenverzerrungen durch Selektionskriterien (*selection-bias*) sind nicht anzunehmen, die z.B. entstehen können wenn Zugangswege ausnahmslos über professionelle AnbieterInnen erfolgen und entsprechend die Stichprobenzusammensetzung ausschließlich aus Angehörigen besteht, welche sich bereits im Unterstützungsnetz befinden. Analog zu der beschriebenen Rekrutierungsstrategie wurde auch die Durchführung der Pflegekurse bewusst von den verschiedenen Praxispartnern in der Routineversorgung umgesetzt. Die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse entsprach den Vorgaben der Rahmenvereinbarungen der gesetzlichen Pflegekassen und wurden nicht als standardisiertes Schulungsmanual vorgegeben, um im Sinne von „effectiveness“ die Wirksamkeit **Gemeinsamer Pflegekurse** in der Normalversorgung zu überprüfen (Witt et al., 2011)

7.3 Bedeutung der Ergebnisse im Versorgungskontext

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigt die Wirksamkeit der Experimentalintervention **Gemeinsame Pflegekurse**, welche im Rahmen des Projektes **PAuSE – für pflegende Angehörige von MmD** erfolgreich in die Versorgungsstruktur implementiert wurde. Es hat sich gezeigt, dass das Inanspruchnahmeverhalten der Angehörigen positiv durch den gemeinsamen Kursbesuch beeinflusst wurde. Der entscheidende Einflussfaktor ist an dieser Stelle letztendlich der **gemeinsame Kontakt** zwischen den Angehörigen und ehrenamtlichen HelferInnen.

Für die Optimierung bestehender Versorgungsangebote wird anhand der untersuchten Intervention eine Möglichkeit aufgezeigt, das Inanspruchnahmeverhalten pflegender Angehöriger gezielt zu beeinflussen. Durch den sehr praxisnahen Charakter bei der Durchführung des Modellprojektes, ist eine gute und direkte Übertragbarkeit der Intervention in die aktuelle Versorgungsstruktur gegeben. Weiterhin besticht die angewandte Intervention durch Ihre Simplizität. Im derzeitigen Versorgungskontext werden bereits Pflegekurse sowohl für pflegende Angehörige, als auch für ehrenamtliche HelferInnen durchgeführt und nach § 45c SGB XI von den Gesetzlichen Pflegekassen finanziert. Die Wirksamkeit beider Angebote wurde bereits sowohl für Pflegekurse (vgl. Brodaty et al., 2003; Pinguart & Sörensen, 2002) als auch für die stundenweise häusliche Entlastungsbetreuung (Pinguart & Sörensen, 2002; Zarit et al., 1999) mehrfach in wissenschaftlichen Studien belegt. Diese beiden vorhandenen Unterstützungsangebote wurden im Zuge des vorliegenden Forschungsprojekts kombiniert. Hieraus ergab sich ohne Implementation einer Zusatzintervention und ohne damit verbundene zusätzliche Kosten ein Synergieeffekt, welcher bedeutsame Zugangsbarrieren für die Inanspruchnahme reduziert und pflegende Angehörige bei der häuslichen Versorgung des Demenzerkrankten unterstützt. Die Bedeutung für das Gesundheitssystem liegt deshalb vor allem im Aufzeigen des Synergieprinzips der Intervention. Möglicherweise existieren in den aktuellen Versorgungsangeboten oder vorhandenen Versorgungsstrukturen noch mehr bislang ungenutzte Synergien. Diese zukünftig sichtbar und damit nutzbar zu machen könnte zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen. Die Ergebnisse des Projektes **PAuSE** zeigen eine Möglichkeit die Anregung von Unterstützungsleistungen gezielt zu beeinflussen.

8 Gender Mainstreaming Aspekte

Das Projekt richtete sich an pflegende Angehörige und ehrenamtliche Helfer beider Geschlechter. Demenziell Erkrankte werden jedoch mehrheitlich durch weibliche Pflegepersonen, überwiegend von den Ehefrauen und Töchtern gepflegt. Deshalb wurde in der Ansprache der Zielgruppen darauf geachtet, dass sich männliche pflegende Angehörige und Helfer ebenso angesprochen fühlen. Diese Situation spiegelt sich auch in der Zusammensetzung der ersten **Gemeinsamen Pflegekurse** wieder. Insgesamt waren 76.1 % der teilnehmenden Angehörigen und 88.7 % der ehrenamtlichen HelerInnen Frauen. Mit Hilfe der zielgruppengerechten Ansprache ist es gelungen, 11 % Männer für ein klassisch weibliches Ehrenamt zu gewinnen.

9 Verbreitung der Projektergebnisse

PRÄSENTATIONEN DER PROJEKTERGEBNISSE

02.02.2015	Tag des Forschungszentrums HTWK Leipzig
21.05.2015	Angehörigengruppe ASB Leipzig Seniorenheim Am Sonnenpark
22.05.2015	Abschlussveranstaltung Expertenbeirat Projekt PAuSE
26.05.2015	AG Gerontopsychiatrie Stadt Leipzig
10.06.2015	Tag der Wissenschaft HTWK Leipzig
18.06.2015	Helfernetzwerk Selbstbestimmt Leben Leipzig und Umgebung e.V.
21.09.2015	Abschlussveranstaltung Zukunftswerkstatt Demenz Berlin
05.10.2015	AG Gesundheitliche Versorgung Stadt Leipzig
28.10.2015	Tag der Pflege HTWK Leipzig

10 Nachhaltigkeit / Transferpotenzial

- 17 **Gemeinsame Pflegekurse** durchgeführt
- 130 pflegende Angehörige von MmD geschult
- Aufbau eines Helfernetzwerkes, welches vom Kooperationspartner Selbstbestimmt Leben Leipzig und Umgebung e.V. fortgeführt wird (62 ehrenamtliche Helfer und Helferinnen ausgebildet und in Netzwerk integriert)
- 22 ehrenamtliche Betreuungen von MmD in der Häuslichkeit initiiert und begleitet
- 4 Angehörigengruppen neu gegründet
- 6 PraxispartnerInnen führen **Gemeinsame Pflegekurse** fort, nach Abschluss der Implementierung der Intervention im September 2014 wurden bereits fünf **Gemeinsame Pflegekurse** ohne Unterstützung der Projektmitarbeiterinnen von den Praxispartnern durchgeführt, zwei weitere befinden sich derzeit in Planung
- Initiierung eines Expertenpools bestehende aus Fachreferenten für Pflegekurse mit Schwerpunkt Demenz, welche weiterführend die PraxispartnerInnen bei der Durchführung qualitativer Pflegekurse unterstütze
- Initiierung einer Arbeitsgruppe **Demenzwegweiser Leipzig**, weiterführende Schritte für die praktische Umsetzung des Projektes wurde in kommunale Verantwortung übergeben, die Entwicklung der Broschüre befindet sich derzeit in Vorbereitung
- Broschüren und Informationsmaterialien des Projektes wurden den Praxispartnern als Schulungsmaterial der **Gemeinsamen Pflegekurse** zur Verfügung gestellt
- in Vorbereitung: Handreichung mit den Ergebnissen der projektbegleitenden wissenschaftlichen Evaluation und Handlungsempfehlungen für die regionale Fachöffentlichkeit

11 Publikationsverzeichnis

- Koch, S. (2015): PAuSE - Pflegende Angehörige Demenzerkrankter und ehrenamtliche Betreuungspersonen gemeinsam schulen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten. Ergebnisse einer kontrollierten Längsschnittstudie. Masterthesis, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 2015.
- Uth, H. S. (2015): Gemeinsame Schulung von ehrenamtlichen Betreuungspersonen und pflegenden Angehörigen von Demenzkranken - Untersuchung des Nutzens einer gemeinsamen Schulung für ehrenamtliche Betreuungspersonen am Beispiel des Projektes PAuSE für Angehörige von Demenzkranken. Besondere Lernleistung (BELL), BIP-Kreativitätsgymnasium Leipzig.
- Mania-Schlegel, J. (2015): Helfer auf Zeit. In: Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig. Referat Forschung (Hrsg.): *Einblicke. Das Forschungsmagazin der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig*. S. 40-43.
- Jackowski, A. (2014): Hilfe bei Pflege von Demenzkranken. Kursangebot: Angehörige betreuen und dennoch auf sich selbst achten. In: *Leipziger Volkszeitung*. Nr.189 vom 15.08.2014, S. 5.
- Große, J., Koch, S. und Grande, G. (*in Vorbereitung*): Zugang pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. In: *Pflege*: Hogrefe-Verlag.
- Große, J., Koch, S. und Grande, G. (*in Vorbereitung*): Inanspruchnahme ehrenamtlicher Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz. *Das Gesundheitswesen*: Thieme.
- Koch, S., Große, J. und Grande, G. (*in Vorbereitung*): Einstellung als Prädiktor für die Inanspruchnahme ehrenamtlicher Entlastungsbetreuung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*: Springer.

Literatur

- ADLER, C., WILZ, G. & GUNZELMANN, T. (1996): Frei fühle ich mich nie - Frauen pflegen ihren an Demenz erkrankten Ehemann, Vater oder Mutter. In: Gesundheitswesen, **2**: 125–131.
- ANDERSEN, R. (1995): Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? In: Journal of Health and Social Behavior, **36**: 10.
- ANDERSEN, R. & NEWMAN, J. (1973): Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. In: Milbank Mem Fund Q Health Soc, **51(1)**: 95–124.
- BICKEL, H. (2015): Die Häufigkeiten von Demenzerkrankungen. URL https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf.
- BLÜMEL, S. & LEHMANN, F. (2011): Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: BLÜMEL, S. & LEHMANN, F. [Hrsg.]: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.*, 575–579. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.
- BMFSFJ (2002): Vierter Altenbericht: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. URL <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-21787-4.-Altenbericht-Teil-II,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>.
- BODNER, T. (2008): What improves with increased missing data imputations? Structural Equation Modeling. In: Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, **15**, 4: 651–675.
- BORTZ, J. & SCHUSTER, C. [Hrsg.] (2010): *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer, Berlin, Heidelberg.
- BRAUN, M., SCHOLZ, U., HORNING, R. & MARTIN, M. (2010): Die subjektive Belastung pflegender Ehepartner von Demenzkranken. Hinweise zur Validität der deutschen Version des Zarit Burden Interviews. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, **43(2)**: 111–119.
- BRODATY, H. & DONKIN, M. (2009): Family caregivers of people with dementia. In: Dialogues in Clinical Neuroscience., **11(2)**: 217–228.
- BRODATY, H., GREEN, A. & KOSCHERA, A. (2003): Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia. In: J Am Geriatr Soc., **51(5)**: 657–664.

- BRODATY, H., THOMSON, C., THOMPSON, C. & FINE, M. (2005): Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **20**: 537–546.
- BUCK, E. & BIERHOFF, H.-W. (1986): Verlässlichkeit und Vertrauenswürdigkeit: Skalen zur Erfassung des Vertrauens in eine konkrete Person. In: *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, **7**, 4: 205–223.
- BUNDESAMT, S. (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. URL https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile.
- COHEN, J. [Hrsg.] (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. NJ: Erlbaum, Hillsdale.
- CUIJPERS, P. (2005): Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. In: *Aging Ment Health*, **9**(4): 325–330.
- DIAS, R., SANTOS, R., BARROSO DE SOUSA, M., NOGUEIRA, M., TORRES, B., BELFORT, T. & DOURADO, M. (2015): Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. In: *Trends Psychiatry Psychother.*, **37**(1): 12–19.
- DONATH, C., LUTTENBERGER, K. & GRÄSSEL, E. (2009): Pflegekurse- Prädiktoren der Inanspruchnahme und Qualitätserwartungen aus Sicht pflegender Angehöriger eines Demenzpatienten. In: *Gesundheitswesen*, **71**: 291–292.
- EHLERS, A. [Hrsg.] (2010): *Gesamtbericht zur Angehörigenbefragung. Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen für Demenzkranke und ihre Angehörigen. Ermittlung des Innovationspotenzials und Handlungsempfehlung für den Transfer (EVIDENT)*. Technische Universität Dortmund, Dortmund.
- ELDRIDGE, S., ASHBY, D. & KERRY, S. (2006): Sample size for cluster randomized trials: effect of coefficient of variation of cluster size and analysis method. In: *International Journal of Epidemiology*, **35**(5): 1292–1300.
- ELLIS, P. [Hrsg.] (2010): *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge University Press., Cambridge, New York.
- EMME VON DER AHE, H., WEIDNER, F., LAAG, U., ISFORT, M. & MEYER, S. [Hrsg.] (2010): *Entlastungsprogramm bei Demenz. EDe. Optimierung der Unterstützung*

für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze. Monsenstein und Vannerdat, Köln.

ENGEL, S. [Hrsg.] (2007): *Belastungserleben bei Angehörigen Demenzkranker aufgrund von Kommunikationsstörungen.* LIT, Berlin.

FERNÁNDEZ-LANSAC, V., CRESPO-LÓPEZ, M., CÁCERES, R. & M., R.-P. (2012): Resilience in caregivers of patients with dementia: A preliminary study. In: *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, **47**: 102–109.

FORBES, D., JANSEN, S., MARKLE-REID, M., HAWRANIK, P., MORGAN, D., HENDERSON, S., LEIPERT, B. & PEACOCK, D., S.AND KINGSTON (2008): Gender differences in use and availability of home and community-based services for people with dementia. In: *Canadian Journal of Nursing Research*, **40**, 1: 39–59.

FORBES, D., JANSEN, S., MARKLE-REID, M., HAWRANIK, P., MORGAN, D., HENDERSON, S., LEIPERT, B., PEACOCK, S. & KINGSTON, D. (2004): Increasing the Use of Formal Services by Caregivers of People with Dementia. In: *Social Work*, **49**, 3: 441–450.

GREENWOOD, N. & RAYMOND, S. (2015): Barriers and facilitators for male carers in accessing formal and informal support: A systematic review. In: *Elsevier*, **82(2)**: 162–169.

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

GRÄSSEL, E. (2000): Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, **13(2)**: 85–94.

GRÄSSEL, E., LUTTENBERGER, K., RÖMER, H. & DONATH, C. (2010): Ehrenamtlicher Betreuungsdienst bei Demenz - Prädiktoren der Inanspruchnahme und Qualitätserwartungen aus Sicht pflegender Angehöriger. In: *Fortschr Neurol Psychiat*, **78**: 536–541.

GRÄSSEL, E., RÖMER, H. & DONATH, C. (2009): Betreuungsgruppen. Prädiktoren der Inanspruchnahme und Qualitätserwartungen aus Sicht pflegender Angehöriger eines Demenzkranken. In: *Gerontol Geriatr*, **45**, 5: 394–401.

GUNZELMANN, T. & WILZ, G. (2005): Demenz und Angehörige. In: C.W., W. & FÖRSTL, H. [Hrsg.]: *Demenzen.* Thieme, Stuttgart.

HASCH, J., WEITKUNAT, R. & WILDNER, M. (1999): Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin 2010: IDA-Studie eröffnet Perspektiven für die zukünftige Versorgungsforschung.

Hauptergebnisse der Studie. URL <http://www.projekt-ida.de/media/downloads/presse/03%20IDA%20Ergebnisfolder%202%20digital.pdf>.

HOCHGRAEBER, I., DORTMANN, O., BARTHOLOMEYCZIK, S. & HOLLE, B. (2014): Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz aus Sicht pflegender Angehöriger. In: *Pflege*, **27**(1): 7–18.

JANSSON, W., ALMBERG, B., GRAFSTRÖM, M. & WINBLAD, B. (1998): The Circle Model-Support für relatives of people with dementia. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **13**, 3-4: 674–681.

JURK, R., AMANATIDIS, E., MATTHES, C., SCHUSTER, M. & SCHÜTZWOHL, M. (2010): Behandlungsbedürfnis und Inanspruchnahmeverhalten bei Demenzerkrankungen (BIADEM). Versorgungsforschung für Patienten und ihre pflegen den Angehörigen. URL https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/BIADEM_Abschlussbericht.pdf.

KLAUER, K. J. [Hrsg.] (2001): *Handbuch kognitives Training*. Hogrefe, Göttingen.

KLEIST, P. (2009): Das Intention-to-treat-Prinzip. In: *Schweiz Med Forum*, **9**, 25: 450–454.

KURZ, A. (2006): AENEAS-Studie: Evaluation einer Schulungsreihe für pflegende Angehörige Demenzkranker. Multizentrische, randomisierte und kontrollierte Studie. Schlussbericht. URL http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/AENEAS_Schlussbericht_0307.pdf.

LAMURA, G., MNICH, E., WOJSZEL, B., NOLAN, M., KREVERS, B., MESTHENEOS, 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.

LANKERS, D., KISSLER, S., HÖTTE, S., FREYBERGER, H. & SCHRÖDER, S. (2010): Leben Demenzkranke zu Hause länger als im Heim? In: *Z Gerontol Geriat*, **43**: 254–258.

LÉVESQUE, L., COSSETTE, S., POTVIN, L. & BENIGERI, M. (2000): Community service and caregivers of a demented relative. Users and those perceiving a barrier to their use. In: *Canadian Journal on ageing*, **19**, 2: 186–209.

MCCURRY, S., LOGSDON, R., TERI, L. & VITIELLO, M. (2007): Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: Contributing factors and treatment implications. In: *Elsevier.*, **11**: 143–153.

- MCCURRY, S. & TERI, L. (1995): Sleep disturbance in elderly caregivers of dementia patients. In: *Clin Gerontol.*, **16**: 51–66.
- MEWES, R., CHRIST, O., RIEF, W., BRÄHLER, E., MARTIN, A. & GLAESMER, H. (2010): Sind Vergleiche im Depressions- und Somatisierungsausmaß zwischen Migranten und Deutschen möglich? Eine Überprüfung der Messinvarianz für den PHQ-9 und PHQ-15. In: *Diagnostica*, **56(4)**: 230–239.
- MORGAN, D., SEMCHUK, K., STEWART, N. & D'ARCY, C. (2002): Rural families caring for a relative with dementia: Barriers to use of formal services. In: *Social Science and Medicine*, **55**, 7: 1129–1142.
- PINQUART, M. & SÖRENSEN, S. (2002): Interventionseffekte auf Pflegende Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie and -psychiatrie.*, **15(2)**: 85–100.
- PINQUART, M. & SÖRENSEN, S. (2006): Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? In: *Internationa Psychogeriatrics.*, **18(4)**: 577–595.
- PRINCE, M. (2004): Care arrangements for people with dementia in developing countries. In: *Int J Geriatr Psychiatry.*, **19(2)**: 170–177.
- ROBINSON, K., DENNISON, C., WAYMAN, D., PRONOVOST, P. & NEEDHAM, D. (2007): Systematic review identifies number of strategies important for retaining study participants. In: *J Clin Epidemiol*, **60(8)**: 757–765.
- ROTHGANG, H., IWANSKY, S., MÜLLER, R., SAUER, S. & UNGER, R. (2010): Barmer GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. URL <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2010/101130-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2010,property=Data.pdf>.
- ROTHGANG, H., MÜLLER, R. & UNGER, R. [Hrsg.] (2012): *Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten? Was ist zu tun?* Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- SAUER, P. & WISSMANN, P. (2006): Evaluation der Leistungen zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, Abschlussbericht. URL http://www.paritaet-alsopfleg.de/downloads/Pfleg/Versch/Pfl_lei_erg_ges.pdf.
- SAUER, P. & WISSMANN, P. [Hrsg.] (2010): *Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz. Erfahrungen Beispiele Perspektiven.* Mabuse Verlag GmbH, Frankfurt am Main.

- SCHACKE, C. & ZANK, S. (2004): Interventionskonzepte. In: KRUSE, A. & MARTIN, M. [Hrsg.]: *Enzyklopädie der Gerontologie*, 419–436. Huber, Bern.
- SCHACKE, C. & ZANK, S. (2009): Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz (BIZA-D). Manual für die Praxisversionen (BIZA-D-PV). URL <https://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/BIZA-D-PV%20mit%209%20Items.pdf>.
- SCHNEEKLOTH, U. & WAHL, H. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. URL <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf>.
- SCHÖNEMANN-GIECK, P. (2012): Vermittlung und Inanspruchnahme häuslicher Hilfe- und Unterstützungsangebote bei Menschen mit Demenz. URL http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/14265/1/Dissertation_Endversion.pdf.
- TOSELAND, R., MCCALLION, P., GERBER, T. & BANKS, S. (2002): Predictors of health and human services use by persons with dementia and their family caregivers. In: *Social Science and Medicine*, **55**, 7: 1255–1266.
- WEYERER, S. (2007): Altersdemenz. URL http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/22wKC7IPbmP4M_43.pdf.
- WILCOX, S. & KING, A. (1999): Sleep complaints in older women who are family caregivers. In: *J Gerontol Psychol Sci.*, **54**: 189–198.
- WITT, C., TRESZL, A. & WEGSCHEIDER, K. (2011): Externer Validität auf der Spur. In: *Deutsches Ärzteblatt*, **108(46)**: A2468–2475.
- ZANK, S. (2010): Belastung und Entlastung von pflegenden Angehörigen. In: *Psychotherapie im Alter.*, **7(4)**: 431–443.
- ZANK, S. & SCHACKE, C. (2006): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2. URL <https://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/Leander%20II%20-%20vollstaendiger%20Bericht.pdf>.
- ZARIT, S., GAUGLER, J. & JARROTT, S. (1999): Useful services for families: research findings and directions. In: *Int J Geriatr Psychiatry*, **14(3)**: 165–177.

Anhang

Listen-Nr.



Angehörigenfragebogen 1

Forschungsgruppe Soziales und Gesundheit

Prof. Dr. Gesine Grande
M.A. Carmen Kluge
Dipl. Soz Arb./Sozpäd. (FH) Janka Große

Wenn Sie Fragen zu unserer Studie oder zum Ausfüllen dieses Fragebogens haben, können Sie sich jederzeit gern an uns wenden:

Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig
Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften
Projekt PAUSE
Postfach 30 11 66, 04251 Leipzig

Ansprechpartnerin: Janka Große

Tel.: 0341/3076-3224

Fax: 0341/3076-3121

janka.grosse@fas.htwk-leipzig.de

Erklärung zum Datenschutz:

Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz behandelt. Die Fragebögen werden sofort anonymisiert, so dass eine Verknüpfung der Fragebogenangaben mit Ihrem Namen und Ihrer Adresse nicht mehr möglich ist. Niemand kann aus den Ergebnissen erkennen, welche Person welche Angaben gemacht hat.

Für Ihre Unterstützung und Mitarbeit bedanken wir uns schon jetzt recht herzlich!

Ihre Forschungsgruppe Soziales und Gesundheit



Prof. Dr. Gesine Grande

Hinweise zu diesem Fragebogen

- Bitte beantworten Sie die Fragen **vollständig**. Geschätzte Angaben sind besser als keine!
- Kreuzen Sie bitte die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft.
- Verschiedene Abschnitte können ähnliche Fragen enthalten. **Bitte beantworten Sie jede Frage!**

Bitte tragen Sie hier Ihren Namen und Ihre Adresse ein, damit wir Ihnen die Unterlagen für die dritte Erhebung zusenden können.

Dieser Abschnitt wird sofort nach Eingang des Fragebogens abgetrennt und separat aufbewahrt.



Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon oder E-Mail für Rückfragen (freiwillig)

Bitte geben Sie das heutige Datum an.

Tag		Monat		Jahr	

Listennummer

A FRAGEN ZU INFORMATIONSWEGEN

A 1 Wie haben Sie von der Schulung für Angehörige dementiell Erkrankter erfahren? Mehrfachantworten sind möglich.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Flyer | <input type="checkbox"/> Bekannte/Freunde/Familie |
| <input type="checkbox"/> Aushang/Plakat | <input type="checkbox"/> Arzt |
| <input type="checkbox"/> Zeitung | <input type="checkbox"/> Pflegedienst |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Anders, und zwar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Radio/Fernsehen | _____ |

B FRAGEN ZUR DEMENZERKRANKUNG UND PFLEGE IHRES ANGEHÖRIGEN

B 1 Angaben zur Erkrankung ihres Angehörigen

Wurde die Diagnose Demenz oder Alzheimer gestellt? ja nein weiß nicht

In welchem Jahr erhielt Ihr Angehöriger die Diagnose? _____ Jahr

Welche Pflegestufe hat Ihr Angehöriger: 0 1 2 3
 weiß ich nicht keine

B 2 Angaben zu Ihrer Pflegesituation

In welchem (verwandtschaftlichen) Verhältnis stehen Sie zur erkrankten Person? _____

Leben Sie mit dem Erkrankten in einem Haushalt? ja nein

Wie viele Stunden **pfliegen** (bspw. Körperpflege, Nahrungsaufnahme) **und betreuen** (bspw. beschäftigen, anleiten bei alltäglichen Aufgaben, begleiten, beaufsichtigen) Sie ihren erkrankten Angehörigen pro Tag (inkl. Nacht)? _____ Stunden

Wie viele Stunden können Sie den Erkrankten pro Tag allein lassen? _____ Stunden

Seit wie vielen Jahren pflegen und betreuen Sie ihren erkrankten Angehörigen? _____ Jahr(en)

C

FRAGEN ZU IHRER UNTERSTÜTZUNG BEI DER BETREUUNG UND PFLEGE

C 1		Welche Unterstützung haben Sie bei der Pflege/Betreuung ihres dementiell erkrankten Angehörigen? Mehrfachantworten sind möglich.			
	mehrmals wöchentlich	1 x wöchentlich	1 x monatlich	seltener als 1 x monatlich	
Familienmitglied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ehrenamtlicher Helfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tagespflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hauswirtschaftliche Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbsthilfegruppe für Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Unterstützung, und zwar:					
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>					

C 2		Bitte geben Sie an, inwieweit folgende Einschätzungen auf Sie zutreffen.				
	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft genau zu	
Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung (z.B. Blumen, Haustiere, Post) kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft genau zu
Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde/ Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/ Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei manchen Freunden/ Angehörige kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C 3	Haben Sie vor, in nächster Zeit Unterstützungsangebote wahrzunehmen?
------------	--

- Nein, und ich habe nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- Nein, aber ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- Nein, aber ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.

Mit welchen Angeboten? _____

D	FRAGEN ZUR BEZIEHUNG ZUR IHREM ERKRANKTEM ANGEHÖRIGEN
----------	--

D 1	Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Antwort an.			
Wie nahe fühlen Sie sich Ihrem erkrankten Angehörigen?	sehr nahe <input type="checkbox"/>	ziemlich nahe <input type="checkbox"/>	etwas nahe <input type="checkbox"/>	überhaupt nicht nahe <input type="checkbox"/>
Wie ist die Kommunikation zwischen Ihnen und Ihrem erkrankten Angehörigen?	sehr gut <input type="checkbox"/>	ziemlich gut <input type="checkbox"/>	weniger gut <input type="checkbox"/>	überhaupt nicht gut <input type="checkbox"/>
Wie ähnlich sind Ihre Ansichten/ Meinungen/Sichtweisen?	sehr ähnlich <input type="checkbox"/>	ziemlich ähnlich <input type="checkbox"/>	etwas ähnlich <input type="checkbox"/>	überhaupt nicht ähnlich <input type="checkbox"/>
Wie gut kommen Sie mit Ihrem erkrankten Angehörigen aus?	sehr gut <input type="checkbox"/>	ziemlich gut <input type="checkbox"/>	weniger gut <input type="checkbox"/>	überhaupt nicht gut <input type="checkbox"/>

D 2 Bitte kreuzen Sie auf der vorgegebenen Linie an, wie gut Sie Ihre Beziehung zu Ihrem erkrankten Angehörigen einschätzen.

Unsere Beziehung ist heute

überhaupt nicht gut sehr gut

E FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

E 1 Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
<input type="checkbox"/>				

E 2 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

schlecht	weniger gut	gut	sehr gut	ausgezeichnet
<input type="checkbox"/>				

E 3 Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F FRAGEN ZUR EHRENAMTLICHEN HILFE

Unser Projekt beschäftigt sich insbesondere mit der Unterstützung von Angehörigen durch ehrenamtliche Helfer. Wir möchten herausfinden, ob Angehörige ehrenamtliche Hilfe benötigen und ob ehrenamtliche Helfer pflegende Angehörige tatsächlich entlasten können. Bitte beantworten Sie deshalb jede Frage, auch wenn Sie bisher noch keine Erfahrung mit ehrenamtlicher Hilfe haben, geschätzte Angaben sind dabei besser als keine. Es interessiert uns nun, wie Sie im Allgemeinen über ehrenamtliche Hilfe für Angehörige von dementiell Erkrankten denken.

F1	Können Sie sich vorstellen, ehrenamtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen?
-----------	--

	ja	nein	vielleicht
Können Sie sich vorstellen, ehrenamtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennen Sie einen ehrenamtlichen Helfer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

F2	Bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgenden Aussagen zustimmen.
-----------	---

	stimme überhaupt nicht zu				stimme voll und ganz zu
Ich weiß, wie ich ehrenamtliche Hilfe bekommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mir genau vorstellen, wobei ein Ehrenamtlicher mir helfen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, ehrenamtliche Helfer sind gut ausgebildet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, ich kann meinem erkrankten Angehörigen keine fremde Betreuungsperson zumuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauche keine ehrenamtliche Hilfe, weil ich die Betreuung allein schaffen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe nicht gern fremde Helfer im Haus/ in meiner Wohnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich befürchte, dass die helfenden Personen oft wechseln könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vermute, ehrenamtliche Hilfe entlastet mich nur wenig, weil sie zu selten stattfindet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, ehrenamtliche Hilfe wäre eine zusätzliche organisatorische Belastung in meinem Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehrenamtliche Hilfe könnte ich mir aufgrund der Aufwandsentschädigung nicht leisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich könnte mich einem ehrenamtlichen Helfer anvertrauen mit der Gewissheit, dass er mir zuhören will.												
stimmt nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	stimmt	
	<input type="checkbox"/>											

Ich könnte von einem ehrenamtlichen Helfer erwarten, mir die Wahrheit zu erzählen.												
stimmt nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	stimmt	
	<input type="checkbox"/>											

Wenn ein ehrenamtlicher Helfer versprechen würde, mir einen Gefallen zu tun, würde er es auch halten.												
stimmt nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	stimmt	
	<input type="checkbox"/>											

Ich könnte mich auf einen ehrenamtlichen Helfer verlassen, einen wichtigen Brief für mich abzuschicken, wenn ich selbst nicht zum Postamt gehen könnte.

stimmt nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 stimmt

G FRAGEN ZU IHRER BELASTUNG DURCH BETREUUNG UND PFLEGE

G 1 Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Antwort an.

	nie	selten	häufig	fast immer
Sind Sie der Meinung, dass Sie durch die Zeit, die Sie mit Ihrem erkrankten Angehörigen verbringen, nicht ausreichend Zeit für sich selbst haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich überfordert bei Ihrem Versuch, neben der Pflege Ihres erkrankten Angehörigen, Ihren anderen Verpflichtungen gegenüber Familie oder Beruf nachzukommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie wütend, wenn Sie bei Ihrem erkrankten Angehörigen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, dass Ihr erkrankter Angehöriger zurzeit Ihre Beziehungen mit anderen Familienmitgliedern oder Freunden negativ beeinflusst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich angespannt, wenn Sie bei Ihrem erkrankten Angehörigen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit unter Ihrem Engagement in der Pflege Ihres erkrankten Angehörigen leidet, bzw. gelitten hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Sie wegen Ihres erkrankten Angehörigen weniger Privatsphäre oder Raum für sich alleine haben als Sie es gerne hätten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie der Meinung, dass Ihr Sozialleben unter der Pflege Ihres erkrankten Angehörigen leidet, bzw. gelitten hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, seit der Krankheit Ihres erkrankten Angehörigen, die Kontrolle über Ihr eigenes Leben verloren zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie unsicher, was Sie im Fall Ihres erkrankten Angehörigen unternehmen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, Sie sollten mehr für Ihren erkrankten Angehörigen tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie der Meinung, dass Sie die Pflege Ihres erkrankten Angehörigen besser machen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G 2	Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Antwort an.				
Wie stark fühlen Sie sich insgesamt durch die Pflege Ihres erkrankten Angehörigen belastet?	ein bisschen <input type="checkbox"/>	mäßig <input type="checkbox"/>	ziemlich <input type="checkbox"/>	extrem belastet <input type="checkbox"/>	

G 3	Bitte geben Sie an, inwieweit folgende Einschätzungen auf Sie zutreffen.				
Ich habe das Gefühl, ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
... dass ich zu wenig Rückzugsmöglichkeiten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass ich zu wenig Zeit für Hobbies / Interessen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass ich mich zu wenig um meine Gesundheit kümmern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass ich zu wenig Zeit für Aktivitäten mit anderen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass ich zu wenige Dinge für mich selbst erledigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H FRAGEN ZU IHRER PERSON

H 1	Sie sind	H 2	Wie alt sind Sie?
<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>	weiblich
			_____ Jahre

H 3	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?
<input type="checkbox"/>	deutsch
<input type="checkbox"/>	andere: _____

H 4	Wie ist Ihr Familienstand?	H 5	Leben Sie mit einem Partner/einer Partnerin zusammen?
<input type="checkbox"/>	ledig	<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	verheiratet	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	geschieden/getrennt lebend		
<input type="checkbox"/>	verwitwet		

H 6	Haben Sie Kinder?
<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja, _____ Kind(er)
Wie viele davon leben mit in Ihrem Haushalt? _____ Kind(er)	

H 7	Wie schätzen Sie das monatliche Nettoeinkommen aller Personen Ihres Haushaltes insgesamt ein? (Nettoeinkommen: Die Summe aus Lohn/Gehalt/Sozialleistungen usw. nach Abzug aller Steuern und Abgaben)
------------	---

- gering mittel hoch

H 8	Sind Sie berufstätig?
------------	-----------------------

Ja, und zwar...

- ganztags
 mindestens halbtags
 weniger als halbtags

Nein, sondern...

- Hausfrau/Hausmann Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente
 in Ausbildung Altersrente
 arbeitslos/erwerbslos Anderes: _____

H 9	Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?
------------	--

- Keinen Schulabschluss Fachhochschulreife
 Hauptschule/Volksschule Abitur/Allgemeine Hochschulreife
 Realschule/Mittlere Reife/POS Anderen: _____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie keine Frage vergessen haben.

Einheit zu...	Inhalte	Umfang
1. Einführung	Begrüßung, Vorstellung, Motivation, Bedarf der TN	90 min
2. Demenz - Was ist das?	Formen, Stadien der Krankheit Symptome, Ursachen, Diagnostik, Therapie	90 min
3. Validation Teil I: Kommunikation und Umgang mit verwirrten Menschen	Prinzipien/Leitlinien zum Umgang und Kommunikation mit desorientierten alten Menschen; verbale- und nonverbale Kommunikation	90 min
4. Validation Teil II: Kommunikation und Umgang mit verwirrten Menschen	Umgang mit herausfordernden Verhalten und schwierigen Situationen: Ständiges Hin- und herlaufen/Nachfragen, Weglaufen, Suchen/Kramen/Sammeln, Vergesslichkeit, gefährlichen Situationen, Beschuldigungen, Aggressives Verhalten, Depressive Verstimmung, Sinnestäuschungen, Tag-Nacht-Rhythmus	90 min
5. Selbstsorge / Entlastungsangebote	Überblick über die lokalen Unterstützungsangebote (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, niedrigschwellige Entlastungsbetreuung durch Ehrenamtliche Helfer, Betreuungsgruppen, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Betreuten Urlaub...), Hilfreiche Adressen und Literaturempfehlungen, Familiäres Helfernetz	90 min
6. Gesetzliche Grundlagen der Pflege	Leistungen der Pflegeversicherung (von ambulant bis stationär) Feststellung der Pflegestufen, Gutachtungslinien, Grundsicherung im Alter	90 min
7. Rechtliche Grundlagen der Betreuung und Vorsorge	Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung	90 min
8. Methoden der Beschäftigung Teil I	Tagesgestaltung, Biografiearbeit, Beschäftigung, Musik, Snoezeln, Zeit-, Raum, Milieugestaltung	90 min
9. Methoden der Beschäftigung Teil II	Aktivierung: Bewegung, Sport, Tanz	90 min
10. Grundlagen der Pflege	Waschen, Ankleiden, Ernähren: Veränderungen des Essverhaltens und Trinkverhalten, Inkontinenzversorgung technische Hilfsmittel für die Pflege zu Hause (Wohnumbau), Umgang mit Schmerzen, Sturzprophylaxe	90 min
11. Abschluss und Planung der Ehrenamtlichen Entlastungsbetreuung	Wann findet Betreuung statt? Wie oft? Wo findet Betreuung statt? Welche Wünsche haben die Angehörigen in Bezug auf Beschäftigungsmöglichkeiten mit dem Erkrankten?	90 min



**... FÜR MICH?
DAS RUDER
AUS DER HAND GEBEN?
ZEIT NEHMEN?**

Wir unterstützen pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz im Alltag mit der Informationsreihe „Leben mit Demenz zu Hause“ und stundenweiser Betreuung demenziell Erkrankter durch ehrenamtliche Helfer.

PFLEGE ZU HAUSE

„Bei Besorgungen außer Haus bin ich ständig unter Stress – Einkäufe und Arztbesuche erledige ich so schnell wie möglich weil ich meinen Mann nicht sorglos allein lassen kann. Jemand der mich manchmal entlastet wäre einfach schön!“
(Marlene Weber, 73)

„Früher waren meine Frau und ich gemeinsam im Kegelclub – heute ist sie dement und ich betreue sie. Gerne würde ich wieder dort meine Freizeit verbringen, aber wer soll nach ihr schauen, wenn ich im Vereinshaus bin?“
(Uwe Hiltz, 69)

„Als meine Frau und ich vom Arzt erfahren haben, dass sie demenzkrank ist und bald immer mehr vergessen wird, haben wir uns schon gefragt, wie sich unser Leben verändern wird und wie es weiter gehen soll. Wie sollen wir das schaffen?“
(Josef Schönberg, 64)



MELDEN SIE SICH BEI UNS!

www.pause-fuer-angehoerige.de

Sabine Koch: 0341 30763257, koch@sug.htwk-leipzig.de

Janka Große: 0341 30763224, groese@sug.htwk-leipzig.de

HTWK Leipzig, Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften
Projekt PAUSE, PF 301166, 04251 Leipzig

KOSTEN

Die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen.

TERMINE

Die Informationsreihe „Leben mit Demenz zu Hause“ wird regelmäßig angeboten und findet an 10 Terminen für jeweils 2 Stunden statt. Bei Bedarf wird eine Betreuung der demenziell Erkrankten für den Kurszeitraum ermöglicht.



Projektleitung: Prof. Dr. Gesine Grande. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und durch die HTWK Leipzig wissenschaftlich begleitet. **Kooperationspartner:** Alzheimer Gesellschaft Sachsen, ADK Plus Sachsen, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Freiwilligenagentur für Leipzig e.V., Gedächtnisambulanz des Sächsischen Krankenhauses Nitschkebritz und des Park-Krankenhauses Leipzig, Geriatriezentrum der Helios-Klinik Zwickau, Seniorenbeauftragte der Stadt Leipzig, Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health und viele weitere.



**... FÜR MICH?
DAS RUDER
AUS DER HAND GEBEN?
ZEIT NEHMEN?**

Wir unterstützen pflegende Angehörige von demenziell Erkrankten in ihrem Alltag mit Informationen und helfenden Händen.



**... DURCH MICH?
DAS RUDER
ÜBERNEHMEN?
ZEIT SCHENKEN?**

Wir unterstützen pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz mit Informationen und helfenden Händen im Alltag. Engagieren Sie sich ehrenamtlich und betreuen Sie demenziell Erkrankte stundenweise zu Hause. Wir bilden Sie dafür aus und begleiten kontinuierlich Ihr Engagement.

Nehmen Sie Kontakt mit uns auf!
www.pause-fuer-angehoerige.de

Carmen Kluge: 0341 30763257, kluge@sug.htwk-leipzig.de
Janka Große: 0341 30763224, groesze@sug.htwk-leipzig.de

PFLEGE ZU HAUSE



„Seit einem Jahr gehe ich regelmäßig Herrn Müller besuchen der demenkrank ist. Wir spielen dann oft einfache Spiele, im Sommer sitzen wir im Garten und beobachten die Vogel und manchmal gehen wir sogar ein paar Schritte spazieren. Seiner Tochter hilft das sehr – sie backt uns immer tollen Kuchen und geht dann zu ihrer Tanzgruppe.“
(Maria, 43 Jahre, ehrenamtliche Helfer)

„Ich würde mir wünschen, in Ruhe das Haus verlassen zu können. Nicht immer diese Hast und Hetze, weil ich meine Frau nicht sorglos alleine lassen möchte. Besonders gern blättere ich in unseren Fotoalben. Manchmal erinnert sie sich an Urlaub und alte Freunde. Es wäre toll, wenn jemand regelmäßig mit ihr die Bilder anschauen könnte.“
(Hilke, 76 Jahre, Ehrenamt)

„Jetzt wo Hermann krank ist, hat er ja fast nur noch mit mir Kontakt. Dabei freut er sich immer so wenn Besuch kommt. Und dann kann ich ihn auch mal ein paar Minuten aus den Augen lassen und das Haus aufräumen.“
(Margit, 64 Jahre, Ehefrau)



MELDEN SIE SICH BEI UNS!

www.pause-fuer-angehoerige.de
Sabine Koch: 0341 30763257, koch@sug.htwk-leipzig.de
Janka Große: 0341 30763224, grose@sug.htwk-leipzig.de

HTWK Leipzig
Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften
Projekt PAuSE
PF 301166, 04251 Leipzig

TERMINE

Die Pflegeschulung wird regelmäßig angeboten und findet an 10 Terminen für jeweils 2 Stunden statt.



... DURCH MICH?
DAS RUDER
ÜBERNEHMEN?
ZEIT SCHENKEN?



Projektleitung: Prof. Dr. Gesine Grande. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und durch die HTWK Leipzig wissenschaftlich begleitet. **Kooperationspartner:** Alzheimer Gesellschaft Sachsen, AGK Plus Sachsen, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Freiwilligenagen für Leipzig e.V., Gedächtnisambulanz des Sächsischen Krankenhauses Mittelschleitz und des Poliklinikkrankenhauses Leipzig, Geriatriezentrum der Helios-Klinik Zwickau, Seniorenservice der Stadt Leipzig, Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health und vieeelweitere.

Engagieren Sie sich ehrenamtlich und betreuen Sie stundenweise demenziell Erkrankte in ihrer häuslichen Umgebung!